

**Poradnictwo
w dyskursie
interdyscyplinarnym**



Poradnictwo w dyskursie interdyscyplinarnym

redakcja naukowa

Beata Szluz, Anna Szluz

Recenzował

dr hab. Arkadiusz Żukiewicz, prof. Uniwersytetu Opolskiego

Opracowanie redakcyjne i korekta

Bogdan Strycharz

Opracowanie techniczne, skład i łamanie

Witold Ziaja

Projekt okładki

Krzysztof Motyka

© Uniwersytet Rzeszowski

Rzeszów 2017

Wydawcy

Uniwersytet Rzeszowski

Aleja Rejtana 16c, 35-959 Rzeszów

Larus Studio Witold Ziaja

ul. Krośnieńska 1/3, 35-505 Rzeszów

ISBN

978-83-923511-8-4

Wydanie książki zostało sfinansowane przez



Uniwersytet Rzeszowski

Spis treści

Wstęp (Beata Szluz, Anna Szluz)	7
Malgorzata Duda, Katarzyna Wojtanowicz <i>Asystentura rodzinna jako istotny komponent współczesnego poradnictwa rodzinnego</i>	13
Agnieszka Kozdroń <i>Komunikacja i współpraca z systemem rodzinnym dziecka zagrożonego niepełnosprawnością</i>	29
Marta Czechowska-Bieluga, Barbara Sordyl-Lipnicka <i>Funkcjonowanie dzieci emigrantów z perspektywy specjalistycznego poradnictwa rodzinnego</i>	49
Marta Mikołajczyk <i>Poradnictwo i pomoc dla osób współzależnych</i>	65
Martyna Kawińska <i>Poradnictwo i wsparcie osób starszych wobec idei aktywnego starzenia się</i>	85
Beata Szluz <i>„Zaradni czy bezradni?” – poradnictwo specjalistyczne dla opiekunów rodzinnych osób z chorobą Alzheimera</i>	101
Katarzyna Błaszczuk <i>Poradnictwo medyczne w chorobach o niepomyślnym rokowaniu</i>	113
Maryana Mykolaychuk, Iryna Myshchysyn <i>Poradnictwo psychologiczno-pedagogiczne przy cerkwiach na Ukrainie: rozwój, właściwości, skuteczność</i>	147
Iryna Drozd <i>Poradnictwo socjalne w Polsce i na Ukrainie</i>	161
Anna Szluz <i>Nieodpłatne poradnictwo prawne – wybrane aspekty</i>	175
Izabela Bentkowska-Furman <i>Nieodpłatne poradnictwo prawne – zakres podmiotowy i przedmiotowy</i>	187
Beata Jamrógiewicz <i>Mediacje rodzinne jako alternatywna forma rozwiązywania konfliktu</i>	201

Jolanta Lenart

*Od poradnictwa dyrektywnego do poradnictwa dialogowego. Przemiany
polskiego poradnictwa zawodowego* 217

Agnieszka Belcer

*Doradztwo zawodowe w szkole – kluczowy element wsparcia ucznia
w wyborach edukacyjno-zawodowych* 231

Katarzyna Kutek-Sładek

*Wyzwania poradnictwa zawodowego dla dorosłych osób z niepełno-
sprawnościami w kontekście zmian na rynku pracy* 245

Noty o Autorach 257

Wstęp

Rozwój poradnictwa, a wraz z nim wzrost znaczenia działalności poradniczej i jej profesjonalizacja stały się przedmiotem refleksji naukowej w XX wieku (por. McLeod 2003; Brech 2001; Kargulowa 2007; Bilon 2010). Ponieważ nastąpiła swoista ekspansja praktyki poradniczej, w ślad za tym zaczęto prowadzić badania naukowe nad jej formami i skutecznością. W związku z podejmowanymi przez naukowców próbami wykorzystywania różnorodnych koncepcji teoretycznych i metodologicznych A. Kargulowa podkreśliła, że „obecny kształt poradnictwa, jako zróżnicowanego zbioru opisów, wyjaśnień i zarysów teorii, najlepiej oddają metafory kolażu, puzzli lub podróży” (Kargulowa 2009: 11). Mając na uwadze wielość ujęć i znaczenie poradnictwa, podjęto próbę rozważań nad działaniami składającymi się na ten zakres społecznej aktywności. Przyjęto perspektywę interdyscyplinarną, odnosząc się do teorii i praktyki. Autorzy artykułów reprezentują różne dyscypliny naukowe: socjologię, pedagogikę, prawo, nauki medyczne, a także rozwijający się w naszym kraju kierunek praca socjalna.

Pierwszą część monografii poświęcono poradnictwu specjalistycznemu, medycznemu i mediacjom rodzinnym. Współczesne poradnictwo rodzinne podlega różnicowaniu w zależności m.in. od problemów oraz beneficjentów. W ten zakres rozważań wpisuje się tekst pt. *Asystentura rodzinna jako istotny komponent współczesnego poradnictwa rodzinnego*. Celem artykułu Małgorzaty Dudy i Katarzyny Wojtanowicz jest ukazanie znaczenia asystentury rodzinnej w sytuacjach doświadczanych kryzysów rodzinnych.

Artykuł Agnieszki Kozdroń zatytułowany *Komunikacja i współpraca z systemem rodzinnym dziecka zagrożonego niepełnosprawnością* zwraca uwagę na konieczność zmian w relacji między specjalistą a rodzicami dziecka zagrożonego niepełnosprawnością. Artykuł został przygotowany z wykorzystaniem doświadczeń rodzin z dziećmi zagrożonymi niepełnosprawnością. Zdaniem autorki organizacja spotkania, sposób formułowania komunikatów, zaangażowanie emocjonalne specjalisty determinują kierunek ich działań.

Marta Czechowska-Bieluga i Barbara Sordyl-Lipnicka w tekście pt. *Funkcjonowanie dzieci emigrantów z perspektywy specjalistycznego poradnictwa rodzinnego* podkreśliły, że dzieci, które doświadczają skutków migracji zarobkowej, żyją w specyficznych warunkach wychowawczych. W badaniach posłużyły się metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystując inwentarz „Profil Rodziny” Zbigniewa Gasia. Celem badań było określenie pozytywnych i negatywnych wymiarów funkcjonowania systemu rodzinnego z punktu widzenia dzieci. Analizom poddano spójność, adaptacyjność, poczucie wzajemnego zrozumienia, poziom trudności rozwojowych oraz dezintegracji rodzinnej. Wyniki badań pozwalają sądzić, że pomimo wielości inspiracji pomocowych w tym w zakresie specjalistycznego poradnictwa rodzinnego wskazane jest stałe diagnozowanie rodzin doświadczających migracji. Istotne jest także monitorowanie przebiegu skierowanego do nich poradnictwa.

Marta Mikołajczyk w artykule pt. *Poradnictwo i pomoc dla osób współuzależnionych* zaprezentowała treść pojęcia współuzależnienia, jego uwarunkowania, symptomy i fazy. Omówiła zakres pomocy i poradnictwa ukierunkowanego do osób żyjących w rodzinie z osobą uzależnioną. Przedstawione treści odnoszą się do choroby alkoholowej, należy jednak zaznaczyć, że mogą dotyczyć również innych uzależnień, także behawioralnych.

Celem artykułu Martyny Kawińskiej na temat *Poradnictwo i wsparcie osób starszych wobec idei aktywnego starzenia się* jest wskazanie wartości wynikających z przygotowania się do aktywnego starzenia się poprzez wykorzystanie praktycznego narzędzia w postaci poradnictwa dla seniorów i osób w wieku okołoemerytalnym. Przedstawione rozważania mają charakter teoretyczny, ich podstawą jest literatura przedmiotu i opracowania statystyczne. Główny wniosek płynący z opracowania to przekonanie, że współcześni seniorzy nie są odpowiednio przygotowani do zmian wynikających ze starzenia się, przez co zdecydowana większość przeżywa swoją starość biernie. Realną szansą na zmianę takiej postawy powinna być edukacja i poradnictwo.

Beata Szluz w rozważaniach zatytułowanych „*Zaradni czy bezradni?*” – *poradnictwo specjalistyczne dla opiekunów rodzinnych osób z chorobą Alzheimera* podkreśliła, że opieka nad osobą z chorobą Alzheimera jest nie tylko wyczerpująca fizycznie i psychicznie, ale także kosztowna. Problem ten nabiera szczególnego znaczenia wobec procesu starzenia się społeczeństw i systematycznie zwiększającej się liczby osób chorych. Sprawowanie opieki nad osobą

z chorobą Alzheimera stwarza wysokie ryzyko obniżenia jakości życia – przede wszystkim opiekunów rodzinnych silnie związanych emocjonalnie z chorym. W artykule podjęto próbę ukazania problemów oraz poradnictwa specjalistycznego dla opiekunów.

Zdaniem Katarzyny Błaszczuk poradnictwo medyczne obejmuje wszelką działalność edukacyjną prowadzoną przez pracowników ochrony zdrowia, która ma na celu promocję zdrowego stylu życia i utrzymywanie potencjału zdrowia na optymalnym poziomie. W artykule pt. *Poradnictwo medyczne w chorobach o niepomyślnym rokowaniu* przedstawiono wybrane metody i formy poradnictwa medycznego w chorobach przewlekłych, w których występują powikłania prowadzące do wielu dysfunkcji narządów i tkanek organizmu pacjenta, oraz w chorobach degeneracyjnych wieku geriatrycznego i chorobach nowotworowych.

Maryana Mykolajchuk wspólnie z Iryną Myshchysyn przygotowały artykuł noszący tytuł *Poradnictwo psychologiczno-pedagogiczne przy cerkwiach na Ukrainie: rozwój, właściwości, skuteczność*. Przedstawiły doświadczenia z tworzenia i rozwijania poradni psychologiczno-pedagogicznych przy greckokatolickich cerkwiach na Ukrainie (na przykładzie miasta Lwowa). Porównanie poradnictwa socjalnego w Polsce na Ukrainie stało się z kolei tematem artykułu Iryny Drozd.

Kolejne dwa artykuły: Anna Szluz i Izabeli Bentkowskiej-Furman, zostały poświęcone nieodpłatnej pomocy prawnej w Polsce. W Polsce porady prawnicze są kosztowne, co skutkuje tym, że wielu obywateli naszego kraju nie stać na to, aby z nich korzystać. Wykluczenie prawne w tym zakresie ma charakter wykluczenia społecznego. Zjawisko depriwacji prawnej obywateli dotyka najsłabsze społecznie i ekonomicznie grupy społeczne. Można więc mówić – nawiązując do teorii Roberta Mertona – o tzw. efekcie św. Mateusza. Osoby będące w trudnej sytuacji często mają większą liczbę problemów, w tym takich, które są trudne do rozwiązania. Osoby takie mają też zwykle mniejsze możliwości, aby je rozwiązać, co powoduje, że są bardziej narażone na ich negatywne następstwa (*Bezpłatne poradnictwo prawne i obywatelskie – analiza danych zastanych 2012*: 6).

Artykuł Beaty Jamrógiewicz pt. *Mediacje rodzinne jako alternatywna forma rozwiązywania konfliktu* ma na celu przybliżenie zagadnienia mediacji rodzinnych, czyli metody, która może zapobiegać eskalacji problemu, pozwoli jej uczestnikom określić kwestie sporne, zmniejszyć bariery komunikacyjne, opra-

cować propozycje rozwiązań i – jeśli taka jest ich wola – zawrzeć wzajemnie satysfakcjonujące porozumienie. Mediacje rodzinne, nawet jeśli nie gwarantują rozwiązania sporu, to z pewnością uczą wzajemnego szacunku oraz respektowania nie tylko swoich praw, lecz także uprawnień innych osób.

Druga część książki poświęcona została poradnictwu zawodowemu. Otwiera ją artykuł Jolanty Lenart zatytułowany *Od poradnictwa dyrektywnego do poradnictwa dialogowego. Przemiany polskiego poradnictwa zawodowego*. Autorka prezentuje przemiany polskiego poradnictwa zawodowego od okresu międzywojennego do czasów współczesnych. J. Lenart przybliżyła modele i koncepcje poradnictwa zawodowego, zmieniające się wraz z przemianami społecznymi, gospodarczymi i politycznymi w Polsce. W artykule ukazała także problemy, które na różnych etapach rozwoju i funkcjonowania poradnictwa zawodowego uniemożliwiały jego pełne wykorzystanie w procesie wspierania rozwoju zawodowego młodego człowieka i w podejmowaniu przez niego decyzji edukacyjno-zawodowych.

Agnieszka Belcer zwróciła uwagę na uwarunkowania kariery zawodowej człowieka, która zdaniem autorki zależy od prawidłowych wyborów dokonanych już na początku edukacji szkolnej. W związku z tym działania poradnicze w szkolnictwie są szczególnie ważne i mają decydujące znaczenie w kształtowaniu przyszłej kariery edukacyjno-zawodowej, co więcej – są warunkiem późniejszego sukcesu na rynku pracy. Artykuł ukazuje istotę doradztwa zawodowego, jako procesu towarzyszenia uczniom w podejmowaniu decyzji związanych z wyborem kierunku kształcenia i zawodu. Z kolei Katarzyna Kutek-Sładek przedstawiła *Wyzwania poradnictwa zawodowego dla dorosłych osób z niepełnosprawnościami w kontekście zmian na rynku pracy*.

Pokazanie w niniejszej książce wybranych teoretycznych ujęć poradnictwa, zarysowanie jego wielowymiarowości, specyfiki, a także zobrazowanie egzemplifikacji rozwiązań ma w zamierzeniu autorów tekstów stanowić inspirację do dalszych poszukiwań naukowych oraz stać się podstawą do aplikowania płynących z nich wniosków do praktyki. Mamy nadzieję, że monografia zainteresuje socjologów, pedagogów, prawników czy pracowników socjalnych, którzy prowadząc badania i poszukując pomocnych rozwiązań, włączą się w dalszą dyskusję na temat poradnictwa.

Beata Szluz, Anna Szluz

Bibliografia

- Bezpłatne poradnictwo prawne i obywatelskie – analiza danych zastanych* (2012), Instytut Prawa i Społeczeństwa, Warszawa.
- Bilon A. (2010), *Współczesne konteksty poradnictwa*, „Edukacja Dorosłych”, nr 1.
- Brech J.M. (2001), *Do Brief Interventions Reduce Waiting Times for Counselling* [in:] *Counselling: The BACP Counselling Reader*, eds. P. Milner, S. Palmer, vol. 2, New Delhi SAGE Publications Ltd London, Thousand Oaks.
- Kargulowa A. (2007), *O teorii i praktyce poradnictwa*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- McLeod J. (2003), *An Introduction to Counselling*, Open University Press, Philadelphia.

Asystentura rodzinna jako istotny komponent współczesnego poradnictwa rodzinnego

Wprowadzenie

Rodzina... w niej się rodzimy, dorastamy, odchodzimy. Doświadczamy radości i smutków, przeżywamy kryzysy. Dotychczasowa wiedza na temat funkcjonowania rodziny jest obszerna, mimo to nadal istnieją zjawiska niekorzystne dla jej prawidłowego rozwoju. Nieustannie wzrasta liczba rodzin ulegających rozpadowi, związków nieformalnych czy liczba urodzeń pozamałżeńskich. Te i inne niekorzystne zjawiska budzą uzasadniony niepokój nie tylko wśród badaczy rodziny, ale także całego społeczeństwa – w myśl zasady, że niezdrowa komórka, niczym wirus, rozprzestrzenia się, wywołując epidemię. Prócz wielu przyczyn o charakterze polityczno-gospodarczym czy społeczno-kulturowym równie istotne są te o charakterze aksjologicznym. Jak pisze M. Słowik, „to właśnie chaos aksjologiczny, czyli brak jasno określonych norm moralnych, relatywizm wartości, powoduje, że współczesna rzeczywistość w wielu dziedzinach życia okazuje się bardzo schizofreniczna: z jednej strony deklaruje się wartość rodziny, z drugiej strony nie promuje się jej w realnym działaniu, a nawet szerzy się ideologie wypaczające jej wartość” (Słowik 2012: 194). W takiej rzeczywistości przychodzi funkcjonować rodzinie, która w sytuacjach granicznych nie potrafi sama przezwyciężyć powstałego problemu. Z pomocą przychodzi poradnictwo rodzinne, a wśród jego form – asystentura rodzinna.

Poradnictwo rodzinne

Termin „poradnictwo” jest różnie definiowany, chociaż poszczególne definicje są zgodne w tym, że jego celem jest wsparcie wszystkich, którzy zmagają się z problemami zbyt trudnymi, aby je samodzielnie pokonać

(Krasiejko 2010: 138; Murgatroyd 2000: 16). Rozwój poradnictwa w Polsce, zwłaszcza po 1989 roku, podobnie jak w pozostałych państwach postkomunistycznych, ale i szerzej – w świecie – wskazuje na silne jego zakorzenienie w społeczeństwie. Są więc niejako od siebie zależne – zmiana w jednym wymiarze (tu: społecznym) pociąga za sobą zmianę w obszarze poradnictwa. A. Bilon w dyskusji nad materią poradnictwa przywołuje m.in. propozycję J. McLeoda i jego trzy główne kierunki definiowania i interpretowania poradnictwa, ze wskazaniem na:

- „profesjonalne relacje, występujące w poradnictwie oraz cele poradnictwa, rozumiane jako działanie klienta (osoby radzącej się),
- rozumienie poradnictwa jako procesu wyjaśniania i interpretowania sytuacji życiowej klienta, a nie jako działania klienta,
- łączenie się poradnictwa z wszelkimi innymi formami pomocy drugiemu człowiekowi, np. z pracą socjalną, czy nawet z codziennymi relacjami międzyludzkimi” (Bilon 2010: 58).

W polskiej literaturze przedmiotu poradnictwo pojmuje się m.in. jako „działanie społeczne, interakcję międzyosobową, działalność zorganizowaną i formę pomocy społecznej” (tamże: 59).

Na szczególną uwagę zasługuje poradnictwo rodzinne – wyodrębnione w ramach poradnictwa specjalistycznego, któremu przychodzi realizować zadania wynikające ze specyficznej sytuacji rodziny współczesnej i prowadzonej w tym obszarze polityki społecznej. Swoje powołanie do zaspokajania podstawowych potrzeb swoich członków rodzina realizuje dzisiaj w zmieniających się warunkach, co nie sprzyja poczuciu bezpieczeństwa jej członków. Relacje małżeńskie oparte na uczuciu często mylone są z fascynacją i w sytuacji pierwszego konfliktu nie wytrzymują próby czasu. Jak pisze E. Sujak, „gdy straci swoją moc wiążącą (tu: uczucie), to tej funkcji dzisiaj nie przejmują zależność materialna czy poczucie obowiązku, ani też nacisk opinii środowiska społecznego” (Sujak 1995: 19). Mimo olbrzymiego postępu technologicznego rozwiązywanie trudności w prowadzeniu gospodarstwa domowego nie poprawiło się. Młodzi ludzie nie posiadają wiedzy i umiejętności, które do niedawna ich rodzice czy dziadkowie wynosili z domów rodzinnych, gdzie uczono, jak zarządzać gospodarstwem domowym, by bezpiecznie realizować przypisane rodzinie funkcje. Innym istotnym wymiarem poradnictwa stała się pomoc w realizacji funkcji wychowawczej, zwłaszcza w odniesieniu do ludzi

młodych, którzy w sposób naturalny przeżywali młodzieńczy bunt. W świecie, także tym edukacyjnym, nastawienie na bardziej „mieć i znaczyć” niż „być” nie pomaga zapracowanym rodzicom, często nieobecnym w codziennym życiu swoich dzieci. Wreszcie nie sposób przecenić wsparcia indywidualnego wobec piętrzących się problemów osobistych pojedynczych członków rodziny. Mimo że przeżywane kryzysy stają się doświadczeniem wszystkich rodzin, to jednak w sposób szczególnie bolesny odciskają się negatywnymi skutkami pośród rodzin będących beneficjentami systemu pomocy społecznej.

Jednym z istotnych elementów realizowania pomocy społecznej jest zapewnienie możliwości dostępu do specjalistycznego poradnictwa. Zakres tego wsparcia reguluje odpowiedni zapis w Ustawie o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r., który w art. 46 brzmi następująco:

1. „Poradnictwo specjalistyczne, w szczególności prawne, psychologiczne i rodzinne, jest świadczone osobom i rodzinom, które mają trudności lub wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych, bez względu na posiadany dochód.
2. Poradnictwo prawne realizuje się przez udzielanie informacji o obowiązujących przepisach z zakresu prawa rodzinnego i opiekuńczego, zabezpieczenia społecznego, ochrony praw lokatorów.
3. Poradnictwo psychologiczne realizuje się przez procesy diagnozowania, profilaktyki i terapii.
4. Poradnictwo rodzinne obejmuje szeroko rozumiane problemy funkcjonowania rodziny, w tym problemy wychowawcze w rodzinach naturalnych i zastępczych oraz problemy opieki nad osobą niepełnosprawną, a także terapię rodzinną” (Ustawa o pomocy społecznej).

W innym miejscu zapisano, iż „poradnictwo rodzinne/pedagogiczne to działania osoby przygotowanej do pracy z rodziną podejmowane we współpracy z instytucjami i organizacjami, które zainteresowane są sprawami prawidłowego rozwoju oraz wychowania dzieci i młodzieży, m.in. poprzez wspieranie prawidłowego funkcjonowania rodziny” (Jasnoch 2018: 7).

Ustawa o pomocy społecznej wprost nakreśliła formy pomocy, z jakiej mogą korzystać rodziny dysfunkcyjne, a które sprowadzają się do pomocy pieniężnej i niepieniężnej. W ramach pierwszej grupy wymienia się:

- zasiłek stały,
- zasiłek okresowy,

- zasiłek celowy i specjalny zasiłek celowy,
- zasiłek i pożyczkę na ekonomiczne usamodzielnienie,
- pomoc na usamodzielnienie się oraz na kontynuowanie nauki,
- świadczenie pieniężne na utrzymanie i pokrycie wydatków związanych z nauką języka polskiego dla uchodźców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą,
- wynagrodzenie należne opiekunowi z tytułu sprawowania opieki przyznanej przez sąd.

W skład świadczeń niepieniężnych wchodzi natomiast:

- praca socjalna,
- bilet kredytowany,
- składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- składki na ubezpieczenie społeczne,
- pomoc rzeczowa, w tym na ekonomiczne usamodzielnienie się,
- sprawienie pogrzebu,
- poradnictwo specjalistyczne,
- interwencja kryzysowa,
- schronienie, posiłek, niezbędne ubranie,
- usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, w ośrodkach wsparcia oraz w rodzinnych domach pomocy,
- specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania oraz w ośrodkach wsparcia, mieszkanie chronione,
- pobyt i usługi w domu pomocy społecznej,
- pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych, w tym w mieszkaniu chronionym, pomoc w uzyskaniu zatrudnienia, pomoc na zagospodarowanie – w formie rzeczowej dla osób usamodzielnianych (Ustawa o pomocy społecznej).

Zróżnicowane dostępne formy wsparcia wyraźnie ukierunkowane są z jednej strony na poprawienie sytuacji socjalno-bytowej rodziny oraz na działania stymulujące rodzinę (poszczególnych jej członków) do odbudowania/podwyższenia zdolności do przezwyciężenia niekorzystnej sytuacji życiowej, w której znalazła się rodzina. Na szczególną uwagę w realizacji tak rozumianej pomocy zasługuje osoba pracownika socjalnego, który w tych działaniach odgrywa kluczową rolę. Jest odpowiednio przygotowany merytorycznie, a więc posiada stosowną wiedzę, umiejętności i kompetencje; cech-

je go „empatia, zrozumienie istniejącego problemu, jak również przekonanie o słuszności podejmowanych działań” (Świdarska 2013: 29–30). Liczba spraw przypadających na jednego pracownika socjalnego oraz ich zróżnicowany charakter sprawiają jednak, że pracownik socjalny poświęca swoim klientom coraz mniejszą ilość czasu w stosunku do ich potrzeb.

Coraz częściej i głośniejsze wskazywano na konieczność wzmocnienia systemu pomocy społecznej o rozwiązania mogące z jednej strony wzmocnić działania wspierające rodziny dysfunkcyjne, a z drugiej strony – prowadzące do większej skuteczności pracy socjalnej. Podjęte przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej działania na rzecz wspierania rodziny w sytuacjach kryzysowych zostały zwieńczone przyjęciem Ustawy o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej, uchwalonej 9 czerwca 2011 roku. Twórcy nowej ustawy szczególnie pochylili się nad zagadnieniem opieki nad dzieckiem oraz jego rodziną, szukając takiego modelu pracy, który motywowałby rodzinę do zmiany dotychczasowej niekorzystnej sytuacji (Lisota 2011: 1–7). W tym celu wprowadzono funkcję swoistego mentora rodziny – asystenta rodziny, którego główne zadanie sprowadzało się do zażegnania powstałego w rodzinie konfliktu (konfliktów), aby nie dopuścić do oddzielenia dziecka od rodziców (Świdarska 2013: 33).

Asystent rodziny

Asystentura w rodzinie to ważny element wsparcia rodziny, szczególnie tej przeżywającej chroniczne kryzysy w funkcjonowaniu. Jak pokazują współczesne badania i analizy, wiele rodzin doświadcza trudności w prawidłowym funkcjonowaniu, podejmowaniu ról społecznych w rodzinie w wymiarze, jakiego oczekuje społeczeństwo. Obserwuje się spadek poziomu kompetencji, koniecznych do podjęcia pracy nad zmianą niekorzystnych sytuacji. Dotyczy to zwłaszcza relacji interpersonalnych, zarówno tych wewnątrzrodzinnych, jak i w odniesieniu do wszystkich, którzy budują środowisko zewnętrzne codziennej aktywności.

Sama asystentura rodziny – w szerokim rozumieniu – w praktyce polskiego systemu pomocy społecznej funkcjonuje w obszarach życia rodzinnego i społecznego od wielu lat. I tak w roku 2001 asystent osoby niepełnosprawnej został formalnie ustanowiony zawodem na mocy Rozporządzenia Ministra

Edukacji Narodowej i tym samym wpisany na listę pracowników pomocy społecznej i pracy socjalnej (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej 2001). W roku 2011 na mocy Ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej została ustanowiona asystentura w rodzinach przeżywających trudności w realizacji funkcji opiekuńczo-wychowawczej (Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej). W dalszej kolejności, w roku 2017 wraz z wejściem w życie Ustawy „Za życiem”, asystent rodziny podjął funkcję koordynatora kompleksowego wsparcia (poradnictwa) dla kobiet w ciąży i i ich rodzin, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet w ciąży z powikłaniami. Ustawa nałożyła na niego obowiązek tworzenia sieci wsparcia poprzez współpracę z instytucjami i organizacjami pracującymi na rzecz kobiety w ciąży i jej rodziny (Ustawa „Za życiem”).

Termin „asystentura w rodzinie” można definiować jako czasową formę wsparcia rodziny zmierzającą do usprawnienia rodziny w jej przyszłym samodzielnym funkcjonowaniu. Przy czym pojęcie „asystenta” zostało wyprowadzone od słowa „asysta”, jako określenie osoby towarzyszącej, współobecnej, pomagającej, będącej w pogotowiu (Dunajska, Dunajska, Klein 2011: 36–38).

Funkcjonowanie w systemie pomocy społecznej asystentury jako ważnej formy wsparcia, pomocy i poradnictwa jest zatem wyzwaniem dla powszechnego jej wdrożenia i skutecznego działania. Jak wskazuje I. Krasiejko, „jesteśmy świadkami tworzenia się kultury praktyki pracy asystenta z rodziną, czyli zespołu działań unikalnych dla danej grupy zawodowej i wyodrębnionych w odniesieniu do czynności innej grupy, stanowiących jej charakterystykę i tożsamość” (Krasiejko 2016: 5).

W myśl założeń Ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej z dnia 9 czerwca 2011 r. wprost zaakcentowano obowiązek rozwijania i wzmocnienia systemu pomocy dziecku i rodzinie przez samorządy, stąd na samorządzie gminnym spoczywa obowiązek realizacji tego zadania. Głównym kierunkiem aktywności asystenta rodziny jest takie towarzyszenie rodzinie, aby nie dopuścić do oddzielenia dziecka od rodziny, lub stworzenie warunków do możliwie szybkiego powrotu dziecka z systemu pieczy zastępczej do rodziny pochodzenia. W myśl założeń tej ustawy zakres zadań asystenta rodziny obejmuje cztery obszary działalności: bezpośrednią pracę z rodzicami, bezpośrednią pracę z dziećmi, działania realizowane na rzecz dziecka i rodziny oraz organizację własnej pracy. W tym celu określono szczegółowe

funkcje, w obrębie których porusza się niejako asystent rodziny. Są nimi funkcja opiekuńcza, doradcza, diagnostyczno-monitorująca, mediacyjna, wychowawcza, motywująco-aktywizująca, jak również koordynacji działań skierowanych na rodzinę (Malinowski 2011: 40). Z kolei zadania asystenta rodziny zostały dookreślone w art. 15.1 tejże ustawy. Są to:

- „opracowanie i realizacja planu pracy z rodziną we współpracy z członkami rodziny i w konsultacji z pracownikiem socjalnym,
- opracowanie, we współpracy z członkami rodziny i koordynatorem rodzinnej pieczy zastępczej, planu pracy z rodziną, który jest skoordynowany z planem pomocy dziecku umieszczonemu w pieczy zastępczej,
- udzielanie pomocy rodzinom w poprawie ich sytuacji życiowej, w tym w zdobywaniu umiejętności prawidłowego prowadzenia gospodarstwa domowego,
- udzielanie pomocy rodzinom w rozwiązywaniu problemów socjalnych,
- udzielanie pomocy rodzinom w rozwiązywaniu problemów psychologicznych,
- udzielanie pomocy rodzinom w rozwiązywaniu problemów wychowawczych z dziećmi,
- wspieranie aktywności społecznej rodzin,
- motywowanie członków rodzin do podnoszenia kwalifikacji zawodowych,
- udzielanie pomocy w poszukiwaniu, podejmowaniu i utrzymywaniu pracy zarobkowej,
- motywowanie do udziału w zajęciach grupowych dla rodziców, mających na celu kształtowanie prawidłowych wzorców rodzicielskich i umiejętności psychospołecznych,
- udzielanie wsparcia dzieciom, w szczególności poprzez udział w zajęciach psychoedukacyjnych,
- podejmowanie działań interwencyjnych i zaradczych w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa dzieci i rodzin,
- prowadzenie indywidualnych konsultacji wychowawczych dla rodziców i dzieci,
- prowadzenie dokumentacji dotyczącej pracy z rodziną,
- dokonywanie okresowej oceny sytuacji rodziny, nie rzadziej niż co pół roku,

- monitorowanie funkcjonowania rodziny po zakończeniu pracy z rodziną,
- sporządzanie, na wniosek sądu, opinii o rodzinie i jej członkach,
- współpraca z jednostkami administracji rządowej i samorządowej, właściwymi organizacjami pozarządowymi oraz innymi podmiotami i osobami specjalizującymi się w działaniach na rzecz dziecka i rodziny” (Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej).

Tak szeroki zakres wsparcia, jaki przychodzi realizować asystentowi w rodzinie, wymaga od niego posiadania stosownej wiedzy, umiejętności i predyspozycji zawodowych. Ustawa o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej w art. 12 określa konieczne wykształcenie asystenta rodziny. Powinien legitymować się on dyplomem ukończenia studiów wyższych na takich kierunkach jak: pedagogika, praca socjalna, psychologia czy nauki o rodzinie, albo zaświadczeniem potwierdzającym odbycie co najmniej 230-godzinnego szkolenia, jeżeli jest absolwentem innego kierunku studiów (niż wymienione wcześniej), plus udokumentowanie co najmniej rocznego stażu pracy z dziećmi lub rodziną, bądź potwierdzenie odbycia studiów podyplomowych obejmujących programowy zakres szkolenia określony na podstawie ust. 3 ustawy oraz udokumentowanie co najmniej rocznego stażu pracy z dziećmi lub rodziną. Asystentem rodziny może również zostać osoba, która posiada wykształcenie średnie i odbyła szkolenie z zakresu pracy z dziećmi lub rodziną, a także udokumentuje co najmniej 3-letni staż pracy z dziećmi lub rodziną. Zakres takiego szkolenia określa szczegółowo Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z grudnia 9 grudnia 2011 r. Zgodnie z nim przyszły asystent rodziny winien posiadać wiedzę m.in. z zakresu:

- prawa rodzinnego, administracyjnego, karnego, cywilnego, zabezpieczenia społecznego oraz prawa pracy,
- wybranych elementów pedagogiki i psychologii rozwojowej i wychowawczej, z uwzględnieniem problemów dotyczących rozwoju dziecka i wpływu sytuacji kryzysowych na zachowanie i rozwój dziecka,
- problemów rodziny, w tym: problemów destrukcyjnych dla zachowań dziecka i rodzica, nieprawidłowych postaw rodzicielskich, problemów wychowawczych,
- problemów w pełnieniu ról społecznych,
- problematyki z zakresu interwencji kryzysowej.

- zagadnień dotyczących opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym oraz zakresu uprawnień i wsparcia osób niepełnosprawnych,
- organizacji czasu wolnego dzieci i młodzieży, pielęgnacji niemowląt,
- systemu funkcjonowania instytucji prowadzącej pracę z rodziną (Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie szkoleń na asystenta rodziny).

Przyszły asystent rodziny nie może być pozbawiony (ani nie może mieć ograniczonej) władzy rodzicielskiej. Nie może mieć problemów w kwestiach prawnych – np. w przypadku obowiązku alimentacyjnego musi się z niego wywiązywać. Art. 16 Ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej zabezpiecza prawną ochronę asystentowi rodziny przewidzianą dla funkcjonariuszy publicznych. Asystent może korzystać z poradnictwa, które pomoże mu wzmacniać jego kompetencje; jego praca powinna być poddawana superwizji dla przeciwdziałania zjawisku wypalenia zawodowego.

Asystent powinien posiadać wszechstronną wiedzę teoretyczną i praktyczną do pracy z rodziną. Jako niezbędne wskazuje się umiejętności w zakresie komunikacji interpersonalnej, a także oczekuje się, aby przyszły asystent rodziny wykazywał się życzliwością, empatią, cierpliwością, wyrozumiałością, umiejętnością zdobycia zaufania i sympatii, tolerancją (Janowska 2014: 12).

Asystentura w rodzinie realizowana jest we współpracy z innymi specjalistami i instytucjami, dlatego tak ważne są umiejętności współpracy interdyscyplinarnej i międzyresortowej. Podstawowym obszarem współpracy jest dążenie do synergii na linii asystent rodziny – pracownik socjalny. Działają oni na wspólnej płaszczyźnie niesienia pomocy oraz wsparcia dziecku i rodzinie. Proces pomocy jest nadzorowany przez pracownika socjalnego, a w sposób komplementarny realizowany przez asystenta rodziny. Asystent rodziny, jako koordynator procesu pracy z rodziną, jest najbliższym związany z rodziną poprzez częsty i bezpośredni kontakt, pogłębioną diagnozę potrzeb i deficytów rodziny, a przede wszystkim jako koordynator planu pomocy dziecku i rodzinie. Wśród podmiotów sieci wsparcia rodziny można wskazać m.in.: pedagoga szkolnego, nauczycieli i wychowawców, kuratora sądowego, jeśli nadzór w rodzinie jest ustanowiony; sąd rodzinny, psychologa, terapeutów czy zespół interdyscyplinarny, jeśli prowadzona jest procedura Niebieskiej Karty. Takie współdziałanie pozwala na spojrzenie na wspomaganą rodzinę

z wielu punktów odniesienia oraz zbudowanie kompleksowego, a co ważniejsze – skutecznego systemu wsparcia.

Jak wynika z danych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, w Polsce na koniec 2016 r. zatrudnionych było 3905 asystentów rodziny (*Wsparcie dla rodzin*) i liczba ta ciągle się zwiększa. Jest to jednak nadal liczba niewystarczająca, zważywszy, że asystent rodziny zgodnie z ustawą może prowadzić pracę z nie więcej niż 15 rodzinami. Asystent, realizując swoją misję w rodzinie, towarzyszy jej w przezwyciężaniu trudności i kryzysów. Towarzystwo to jest odmienne od innych metod w poradnictwie rodzinnym czy zawodowym. Oparte jest bowiem na indywidualnym planie poszukiwania rozwiązań dostosowanych do potrzeb konkretnej osoby oraz uczestniczeniu w ich wdrażaniu w środowisku życia klienta (Krasiejko 2016: 9). Asystent rodziny wspiera rodzinę w realizacji postawionych celów, które mają doprowadzić do przywrócenia zdolności do podjęcia podstawowych funkcji i zadań rodziny, w szczególności: funkcji gospodarstwa domowego, funkcji opiekuńczej, funkcji integracyjnej, funkcji socjalizacyjno-wychowawczej (Adamski 2002: 37).

Asystent, jak wskazuje I. Krasiejko, nie ma wyręczać, a jedynie aktywizować i motywować osobę lub rodzinę do działania w celu przezwyciężenia trudnej sytuacji, w jakiej się znalazła. Ma poszukiwać i uaktywniać jej zasoby, dawno niewykorzystywane kompetencje; modelować lub trenować umiejętności, których beneficjent nie posiada, towarzyszyć w ich wykonywaniu do momentu osiągnięcia biegłości. Asystent rodziny nie jest opiekunem, lecz inspiratorem zmiany. Przez pewien czas towarzyszy i wspiera rodzinę z dziećmi, aby w przyszłości samodzielnie potrafiła pokonywać trudności życiowe, zwłaszcza dotyczące opieki i wychowania potomstwa, oraz stwarzała podopiecznym optymalne warunki do prawidłowego rozwoju (Krasiejko 2016: 10–11).

Asystent w rodzinie podejmuje określone role i zadania. Wszystkie te działania mają służyć uzyskaniu jak największej samodzielności rodziny w codziennym wypełnianiu jej funkcji. I. Krasiejko i A. Imielińska wskazują czynniki świadczące o efektywności pracy asystenta rodziny, do których m.in. zaliczyły:

- stworzenie bezpiecznych warunków dla dzieci – pozbawionych zachowań przemocowych zarówno względem dzieci, jak i dorosłych, zabezpieczanie potrzeb dzieci (psychicznych, fizycznych, materialnych),
- osiągnięcie co najmniej dobrego poziomu umiejętności opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego,

- osiągnięcie co najmniej dobrych relacji w rodzinie nuklearnej,
- rozwiązanie problemu uzależnień,
- uregulowanie spraw sądowych i urzędowych,
- uzyskanie przez rodzinę samodzielności w rozwiązywaniu sytuacji trudnych i konfliktowych,
- podniesienie poczucia siły rodziny, wartości, sprawstwa i kontroli, umiejętności egzekwowania praw, stawiania granic (Krasiejko, Imielińska 2018).

Całość pracy asystenta koncentruje się zatem na działalności wspierająco-doradczej, która ma służyć usamodzielnieniu się rodziny względem systemu pomocy społecznej. Jednak, jak stanowią przepisy prawa i praktyka, na tym działalność asystenta w rodzinie się nie kończy. Rodziny te z mocy prawa podlegają monitoringowi asystenta rodziny, który co jakiś czas odwiedza wspieranych. Czynnikiem monitorującym jest szczególnie istotny w sytuacji, kiedy dzieci zostały przywrócone do rodziny z systemu pieczy zastępczej. Również i same rodziny często potrzebują doraźnego wsparcie, życzliwej porady, a przede wszystkim zauważenia ze strony systemu, że ich starania są widoczne i przynoszą wymierne rezultaty. Często rodzina po przeżyciu kryzysów zamyka się na system, szczególnie ta, która doświadczyła odebrania dziecka. Jednak to właśnie w tych rodzinach zbudowanie postaw otwarcia się na korzystanie z dalszego poradnictwa jest najpotrzebniejsze.

System poradnictwa rodzinnego w Polsce wymaga ciągłego rozwoju, szczególnie w zakresie dostępności, rozwoju świadczonych form i metod pracy, zwłaszcza tych środowiskowych i adresowanych do całych społeczności lokalnych. Usamodzielnienie się rodziny to przejście z korzystania z poradnictwa indywidualnego czy grupowego do poradnictwa adresowanego do całych społeczności lokalnych, w których rodzina poczuje się jak jedna z wielu, uzyska nowe punkty odniesienia i nawiąże nowe relacje. W tym procesie rodzinę może wspierać asystent rodziny, aby następnie jego miejsce zajął animator społeczności lokalnej.

Jednakże tak zaplanowany proces realizacji nie musi się zakończyć. Wręcz przeciwnie – po ciągu doświadczeń wzmacniających i pozytywnej zmianie działania zaczyna się od początku. Strategia konsensusu i współdziałania jest najbardziej przydatną i skuteczną strategią wpływającą na wywoływanie pozytywnych trwałych zmian w społecznościach lokalnych. W związku z tym po-

winna stanowić podstawę działań organizatora społeczności lokalnej, jeśli to tylko możliwe. Bazuje ona na założeniu, że podejmowane w społeczności lokalnej działania powinny odpowiadać na jej rzeczywiste problemy i potrzeby, w proces zmian należy zaś włączać lokalne zasoby ludzkie oraz instytucjonalne. Zakłada się przy tym nie tylko aktywny udział, ale również współdziałanie, zatem budowanie sieci współpracy w realizacji procesu wsparcia.

Poradnictwo rodzinne z wykorzystaniem asystentury jest jednym z najbardziej kompleksowych podejść w pracy z rodziną. Jak podkreśla B. Bieniek, asystent rodziny z Ośrodka Pomocy Społecznej w Trzebinii, „każda budowa opiera się na solidnych podstawach i dobrym wykonawcy. Znając podstawy prawidłowego postępowania i prowadzenia rozmowy, zdobędziemy zaufanie wielu beneficjentów. W trakcie pierwszej wizyty u klienta możemy zbudować relacje, które będą owocowały w dalszej pracy z rodziną. Najważniejszą rzeczą jest, aby nie wywołać negatywnego wrażenia. Pierwsze gesty i słowa wypowiedziane podczas wizyty domowej będą rzutowały na dalszą pracę z rodziną. Zjednanie sobie obcych osób nie jest łatwe, a świadomość, że praca będzie długoterminowa, może przerażać, jeśli na początku naszej drogi pomocowej popełniliśmy błąd. Niestety, trzeba będzie takie relacje szybko podreperować i poprawić swoje błędy. Najważniejszymi elementami budowania zaufania w pracy asystenta rodziny jest: rozmowa dotycząca nie tylko życia rodzinnego, ale i spraw błażych, ogólnych, nie wymuszanie wizyt, które można przełożyć na inny dzień, nie stawianie siebie za wzór, unikanie dyrektywnego traktowania, *nie roztawianie całej rodziny po kątach*, chwalenie rodziny za wykonane postępy, mówienie prawdy, *nie owijanie w bawełnę*, zapobieganie nieporozumieniom i rozładowywanie napięć, uśmiech – nieoceniony w czasie dobrych relacji z całą rodziną, uprzejmość i takt” (Janowska 2014: 34).

Proces wsparcia rodziny asystent prowadzi we współpracy z innymi instytucjami i organizacjami. Jednak relacja na styku asystent rodziny – pracownik socjalny jest najbardziej znacząca. Współpracę tę opisuje K. Pietrzyk-Budzowska z MGOPS w Wieliczce. „Pracownik socjalny rozpoznaje środowisko jako pierwszy w oparciu o wywiad środowiskowy. Relacje pomiędzy pracownikiem socjalnym a asystentem rodziny są partnerskie i opierają się na współpracy, wymianie istotnych informacji na temat rodziny oraz wspólnego planowania jak najbardziej efektywnych działań na jej rzecz. Ważne jest, iż asystent rodziny nie podlega pracownikowi socjalnemu, tylko z nim współ-

pracuje. Wspólnie z rodziną, pracownikiem socjalnym i asystentem rodziny ustalany jest plan pracy z rodziną. Pracownik socjalny przygotowuje rodzinę i asystenta rodziny do wzajemnej współpracy. Pracownik socjalny spotyka się minimum raz w miesiącu z asystentem rodziny celem omówienia sytuacji rodziny” (tamże: 14).

Zakończenie

Wszystkich okoliczności, wymogów czy oczekiwań stawianych przed zawodami wsparcia społecznego, zwłaszcza przed asystentem rodziny, nie sposób ukazać bez odniesienia się do tego, co niezwykle istotne, a traktowane marginalnie – znaczenia wartości w tych zawodach (szerzej zob. Muszyński 2010). Skuteczność działań wspierających zależy bowiem nie tylko od wsparcia psychologicznego czy materialnego, ale w równej mierze od właściwej postawy w procesie kształtowania wartości w rodzinie. Nie jest to proces łatwy i wymaga ścisłego współdziałania zarówno osoby wspierającej, jak i poszczególnych członków rodziny, zwłaszcza rodziców. Właśnie m.in. od ich postaw, osobowości, uznawanych wartości czy stylów wychowania zależy cały proces życia w środowisku rodzinnym. Zależności, jakie istnieją w rodzinie, sposób komunikowania, spójność przekazywanych wartości i postaw rodziców – to tylko niektóre ze zmiennych wpływających na skuteczność oddziaływania asystentów rodziny. Nie mniej ważna jest postawa asystenta, jego system wartości, spójność przekazu i szacunek dla rodziny – to wszystko wpływa na sposób pracy z rodziną. Oddziaływanie słowne oraz własna postawa w pracy asystenta rodziny muszą być ze sobą kompatybilne – wszelka fałszywość będzie od razu wychwycona. Praca z rodziną w poczuciu wzajemnego szacunku dla swoich odmienności, otwartość na różnorodność i zrozumienie konieczności zmiany to podstawowe komponenty tej pracy. W refleksji o asystenturze rodzinnej nie należy zapominać o podstawowej wartości, jaką jest człowiek, często zagubiony, nieufny wobec obcych. Tym większego taktu wymaga postawa asystenta oraz wszystkich innych osób wspierających. Nie należy zapominać, że w każdym momencie współpracy rodzina ma prawo do jej przerwania bez podania przyczyny. I ten wybór należy uszanować, bez względu na obiektywne konsekwencje.

Zawód asystenta rodziny jest istotnym ogniwem w pracy z rodziną. Stanowi ważny element budowania skutecznego systemu wsparcia rodziny w jej wysiłkach na rzecz trwania jako całości. Zarówno sukcesy, jak i porażki w tych zmaganiach nie powinny wpływać na ocenę jego pracy. Osoby pracujące w tym zawodzie, po początkowych momentach zwątpienia w swoją skuteczność, wyraźnie podkreślają, iż formalne uznanie tego zawodu, który pozwala na ściślejszą pracę bezpośrednio w rodzinie z problemami, jest jedną z lepszych decyzji, jaką podjęto w ogólnym procesie budowania polityki społecznej wobec rodziny w ciągu ostatnich lat.

Bibliografia

- Adamski F. (2002), *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*, Wyd. Naukowe UJ, Kraków.
- Bilon A. (2010), *Współczesne konteksty poradnictwa*, „Edukacja Dorosłych”, nr 1.
- Dunajska A., Dunajska D., Klein B. (2011), *Asystentura w pomocy społecznej*, Wyd. Verlag Dashofer, Warszawa.
- Janowska J. (2014), *Poradnik asystenta rodziny*, Wyd. ROPS, Kraków.
- Jasnoch M., *Specjalistyczne poradnictwo rodzinne w Polsce (ekspertyza wykonana w ramach projektu 1.18 „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej”)*, www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/Ekspertyza%20ZE-%20RzD.pdf [10.01.2018].
- Krasiejko I. (2010), *Metodyka działania asystenta rodziny. Podejście skoncentrowane na rozwiązywaniu w pracy socjalnej*, Wyd. Śląsk, Katowice.
- Krasiejko I. (2016), *Asystentura rodziny*, MRPiPS, Warszawa.
- Krasiejko I., Imielińska A., *Efektywność asystentury rodziny na podstawie badań przeprowadzonych w MOPS w Częstochowie*, http://www.rodzinablizejsiebie.pl/IMG/pdf/10-Iza_Krasiejko_Anna_Imielinska_-_Efektywnosc_asystentury_rodziny---.pdf [9.02.2018].
- Lisota J. (2011), *Asystentura rodzin – nowa forma pracy środowiskowej*, „Świat Problemów”, nr 7.
- Malinowski J.A. (2011), *Role, funkcje i zadania asystenta rodzinnego*, [w:] A. Żukiewicz (red.), *Asystent rodzinny. Nowy zawód i nowa usługa w systemie wspierania rodzin. Od opieki do wsparcia*, Wyd. Impuls, Kraków.
- Murgatroyd S. (2000), *Poradnictwo i pomoc*, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań.
- Muszyński W. (red.) (2010), *Wartości w rodzinie: ciągłość i zmiana*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń.

- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 29 marca 2001 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz.U. Nr 34, poz. 405).
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2011 r. w sprawie szkoleń na asystenta rodziny (Dz.U. Nr 272, poz. 1608).
- Słowik M. (2012), *O potrzebie rozwoju poradnictwa rodzinnego opartego na wartościach chrześcijańskich – na przykładzie działalności Kościoła katolickiego w Polsce*, „Pedagogia Christiana”, nr 2/20.
- Sujak E. (1995), *Poradnictwo małżeńskie i rodzinne*, Księgarnia św. Jacka, Katowice.
- Świdarska M. (2013), *Asystent rodziny – współczesna forma pomocy rodzinie*, „Studia i Monografie” (Łódź), nr 40, s. 29–30.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. Nr 64, poz. 593, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, art. 36, Dz.U. Nr 64, poz. 593, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, Dz.U. 2016, poz. 1860.
- Ustawa z dnia z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, Dz.U. Nr 149, poz. 887.
- Ustawa z dnia z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, Dz.U. Nr 149, poz. 887.
- Wsparcie dla rodzin, <https://www.mpips.gov.pl/aktualnosci-wszystkie/art,5538,8787,wsparcie-dla-rodzin.html> [9.01.2018].

Streszczenie

Od dłuższego już czasu obserwuje się sytuację, w której polska rodzina doświadcza różnorodnych kryzysów. Co więcej, trudniej je akceptuje i coraz rzadziej podejmuje kroki przezwyciężające niekorzystne sytuacje. Współczesne poradnictwo rodzinne, jak wiele innych usług społecznych, podlega nieustannemu różnicowaniu, w zależności m.in. od problemów oraz beneficjentów. Takim przykładem jest m.in. asystentura rodzinna, dedykowana zarówno rodzinie jako całości, jak i poszczególnym członkom rodziny. Celem niniejszego artykułu jest przypomnienie prawdy o znaczeniu asystentury rodzinnej w sytuacjach doświadczanych kryzysów rodzinnych.

Słowa kluczowe: asystentura rodzinna, poradnictwo rodzinne, pomoc społeczna, problemy rodziny

Family Assistance as an important component of modern family counseling

Summary

For a long time, a situation has been observed in which the Polish family experiences various crises. What is more, it is more difficult to accept them, and less and less often take steps to overcome adverse situations. Contemporary family counseling, like many other social services, is subject to constant differentiation depending on the problems and beneficiaries. An example is, among others family assistant, dedicated to both the family as a whole and individual family members. The purpose of this article is to remind the truth about the importance of family assistants in situations of family crises.

Key words: family assistantship, family counseling, social assistance, family problems

Komunikacja i współpraca z systemem rodzinnym dziecka zagrożonego niepełnosprawnością

Wprowadzenie

Choroba, podejrzenie dysfunkcji rozwojowych czy wypadek dziecka to wydarzenia szczególne w życiu rodziny, które „stanowi niekorzystną zmianę w życiu pacjenta” (Kapusta 2011: 260), jak również jego bliskich. Sytuacja rodzinna, społeczna i życiowa tej grupy osób ulega pewnego rodzaju „zamrożeniu”. Gdy rokowania są pozytywne, a przybliżony czas powrotu do zdrowia nie przekracza kilku dni, mobilizacja każdego z członków rodziny, reorganizacja ról, to tylko chwilowy dyskomfort z realną szansą na szybki powrót do stanu równowagi. Opiekunowie spostrzegają lub zostaje im zwrócona uwaga, że ich dziecko manifestuje zaburzone behawioryzmy lub wzorce ruchowe, które są na tyle niepokojące, iż mogą świadczyć o dysfunkcji rozwojowej. Ta pierwsza rozmowa, sposób przekazania informacji o problemach zdrowotnych dziecka, rokowaniach, wpływa na losy tych ludzi. W ich świat uporządkowany i przewidywalny, z określonymi rolami, które pełnią w rodzinie i miejscu pracy, oraz regułami rodzinnymi, do których przywykli i które realizują automatycznie, wprowadzony zostaje niepokój, niepewność i lęk. Jak zauważa C. Jasmin, „jak budować przyszłość, gdy trzeba ją ograniczyć z powodu kawałka papieru, na którym napisano «koniec»: koniec normalności, koniec beztroski i pewnych nadziei, niekiedy koniec życia? Dziecko i rodzice potrzebują dużo siły, aby zaakceptować te ograniczenia. Chore dzieci łatwo zranić” (Jasmin 1998: 38). Od jakości komunikacji specjalisty z rodzicami dziecka zagrożonego niepełnosprawnością zależy przyszłość tej rodziny. Komunikaty werbalne wypowiedziane przez fachowca, zaangażowanie emocjonalne lub jego brak, poziom wiedzy i sposób jej prezentacji, jak również ton wypowiedzi, przestrzeń fizyczna, w której dochodzi do konfrontacji, czas przeznaczony na spotkanie – wszystko to jest istotne dla dalszych działań, jakie podejmą

opiekunowie. Rozmowa ta, jest wydarzeniem szczególnym, zdecydowanie można użyć określenia, iż jest momentem krytycznym w życiu rodziny. W zależności od sposobu jej przeprowadzenia może przyczynić się do obniżenia, a nawet wygaszenia aktywności własnej opiekunów, jak również może stać się motywującą i wzmacniającą interakcją partnerów, dla których dobro i zdrowie dziecka jest nadrzędną wartością.

Pan K. wraz z żoną i dzieckiem bezpośrednio po wypadku skorzystał z konsultacji u najbardziej utytułowanego specjalisty w regionie. Rodzina musiała pokonać wiele kilometrów, by skorzystać z pierwszej analizy wyników badań dziecka. W gabinecie fachowiec zasiadł za swoim biurkiem, przez czas konsultacji nie oderwał oczu od dokumentów, mówił suchym, bezbarwnym głosem, formułując kategoryczne wnioski: „padło na państwa, jakieś ofiary muszą być, dziecko prawdopodobnie nie będzie chodziło, uszkodzeń nie da się cofnąć”, po kilkunastu minutach Pan K. zasłabł i trzeba było wzywać pomoc medyczną. Diagnoza, sposób jej prezentacji, autorytet, jakim cieszył się ten człowiek, zaskutkowały nie tylko bieżącym pogorszeniem stanu zdrowia mężczyzny, lecz także świadomość problemów ujawniła jego brak zdolności i umiejętności do sprostania tym wyzwaniom życiowym. Krótco po konsultacji porzucił rodzinę. Mimo diagnozy lekarza dziecko odzyskało zdrowie, jednak straty, jakie ponieśli członkowie rodziny, są nieodwracalne. Czy inny sposób przedstawienia diagnozy zmieniłby losy tych ludzi – nie wiadomo. Faktem jest, iż dziecko wyzdrowiało, co znaczy tylko tyle, że formułowanie kategorycznych stwierdzeń na bazie uogólnień może wyrządzić wiele szkody ludziom, którzy znajdują się w bardzo trudnej sytuacji życiowej¹.

O wpływie wyrażonych komunikatów do ojca i matki, często w obecności dziecka, fachowcy zdają się zapominać. Reprezentują określoną dziedzinę, utożsamiani są z osobami kompetentnymi do werbalizowania twierdzeń pewnych, ich słowa traktowane są jak wyrocznia, a nie przypuszczenie, nadają kierunek dalszym działaniom rodziców, naznaczają przez werbalne reprezentacje dziecko, przyczepiając etykietę do wstępnie zauważonych objawów. Taki tok narracji przyczynia się do wykreowania pewnych ram mentalnych

¹ Wszystkie zaprezentowane doświadczenia rodziców dzieci z niepełnosprawnością pochodzą z wywiadów przeprowadzonych przez autorkę artykułu w ramach działania AKSON Centrum Wspierania Rodziny w latach 2013–2015 z terenu województwa lubelskiego.

w opiekunach, przez które od spotkania będą patrzeć na potomka. Rodzice nie kwestionują usłyszanych słów, identyfikują się z osobą, która zawodowo „wie lepiej”. Gdy diagnoza jest prawidłowa, ton wypowiedzi pozytywny, zasób wiedzy specjalistów o możliwych formach pomocy bogaty, wtedy spotkanie to przyczynia się do szybkiej rewalidacji zaobserwowanych i zdiagnozowanych zaburzeń rozwojowych. Konfrontacja, w której niepewność specjalisty wyrażona jest jak kategoryczne stwierdzenie, gdy stygmatyzacja dziecka przyczynia się do zablokowania aktywności opiekunów, zaburzenia rozwojowe traktowane są jako trwała niepełnosprawność – wszystko to zmienia życie, choć losu tego można by było uniknąć.

Jakość komunikacji zależy od rozwoju kompetencji społeczno-emocjonalnych oraz kwalifikacji merytorycznych specjalisty. G. King podkreśla, iż brak należytego przygotowania zawodowego do pracy z ludźmi odbija się także na specjaliście – „gdyby próbował stawić czoło problemom, których rozwiązania go nie uczono, byłby bardziej zestresowany i nad miarę zajęty” (King 2003: 89). Z drugiej strony fachowiec z samego faktu, iż zajmuje inną pozycję w relacji interpersonalnej, może dążyć do gloryfikacji siebie, umniejszając wartość członków rodziny. K. Pennock uwypukla to następująco: „profesjonalizm daje poczucie dumy. Oznacza to wykonywanie wartościowej pracy, robienie jej dobrze oraz świadomość szacunku, jakim obdarzają cię inni, za to, co robisz. Określenie profesjonalny sugeruje także skuteczność, staranność i kompetencje. Bardzo łatwo jednak wpaść w pułapkę poczucia wyższości i zacząć traktować tych, którzy wiedzą mniej od ciebie, w sposób protekcyjny. [...] Oznaką prawdziwego profesjonalizmu jest to, że znalezienie rozwiązania problemu jest ważniejsze od podania nazwiska tego, kto to rozwiązanie znalazł. Nikt nie zna wszystkich odpowiedzi. Odnosi się to w takim samym stopniu do uszkodzenia mózgu, jak i do każdego innego zagadnienia” (Pennock 1992: 239). Opiekunowie i dziecko to laicy, którzy wraz z informacją o prawdopodobnej dysfunkcji rozwojowej maluszka przekraczają symboliczne drzwi do przerażającego świata niepewności. Spotkanie to jest wyjątkowe z uwagi na problematykę, której dotyczy, emocje, które powstają podczas takiego spotkania, jak również z uwagi na skrajnie różny poziom wiedzy uczestników interakcji. Empatyczna komunikacja, umiejętność nawiązania realnego dialogu oraz udzielenie wsparcia rodzinie i dziecku zależą od kompetencji osobowych i zawodowych specjalisty. To także zdol-

ność do indywidualizacji technik i metod komunikacyjnych. Mistrzostwo to M. Erickson ujął w następującej dewizie zawodowej: „dla każdej osoby wymyślam nową teorię i nowe podejście” (Zeig, Munion 2005: 78). Komunikacja i umiejętność nawiązania współpracy przez specjalistę z rodzicami dziecka zagrożonego niepełnosprawnością to jeden z kluczowych momentów, który odpowiada za szybkość, efektywność i skuteczność zabezpieczenia potrzeb dziecka, jak również za kondycję psychofizyczną opiekunów i sposób, w jaki postrzegać będą swoje dziecko i poczucie sprawstwa osobowego.

1. Przepływ w komunikacji a skuteczność działań

Warunkiem koniecznym dla stworzenia przepływu w komunikacji między specjalistą a beneficjentem jego usług jest – podając za W. Głodowskim – wiedza. Autor zauważa, „aby móc się skutecznie komunikować, trzeba posiadać stosowną wiedzę lub inaczej mówiąc – kompetencję, jest ona podstawowym warunkiem, jeśli wykonanie ma być skuteczne” (Głodowski 1994: 9). Specjalistyczna wiedza to także terminy i zwroty, które są nieznane opiekunom, a przez to groźnie brzmiące, tajemnicze, poważne. Poziom komunikatów i sposób podania wiedzy musi być dostosowany do możliwości percepcji osób, które uczestniczą w interakcji. Trudno brzmiące terminy ułatwiają z pamięci, rodzice nie potrafią ich zapamiętać, by w domu sprawdzić ich znaczenie, przez to skala i ranga dysfunkcji dziecka urasta do gigantycznych rozmiarów. Wzmaga to niepotrzebnie i tak wysoki poziom stresu, wzmacnia lęk i poczucie zagrożenia, jak również skutkuje obniżeniem nadziei, niezbędnej do utrzymywania aktywności własnej na wysokim poziomie.

Pani M. zgłosiła się z dzieckiem do terapeuty integracji sensorycznej z uwagi na specyficzne reakcje syna na dotyk, dźwięk, światło. Spotkanie, które trwało godzinę, spowodowało, iż po wyjściu z konsultacji kobieta zalała się łzami i z lękiem obdzwaniała rodzinę, dzieląc się swoim przerażeniem. To, co aktywowało strach i skrajne obniżenie nastroju, wynikało z jakości komunikacji. Terapeuta używał specjalistycznego, groźnie brzmiącego języka dla nazwania nadwrażliwości. Terminy propriocepcja, kinestetyka, system przedsionkowy oraz powtarzane wielokrotnie słowo „zaburzony” przyczyniły się do rozlania fali niepokoju na wiele istnień ludzkich. Dziecko zostało pod-

dane dwuletniej terapii i objawy zaburzeń zniknęły. Inny sposób komunikacji, szacunek dla rozmówcy, inna jakość interakcji przyczyniłyby się do zredukowania stresu u wielu osób.

„Starą życiową prawdą jest, że słuchanie jest ważniejsze niż mówienie. Kiedy kogoś uważnie słucham, dowodzę mu, że poważnie go traktuję i akceptuję, i już dzięki tylko takiemu zachowaniu przyczyniam się do wzajemnego między nami porozumienia” (Bruhlmeier 1994: 80). Słowa A. Bruhlmeiera podkreślają, iż możliwość nawiązania porozumienia opiera się na najważniejszej zdolności, jaką jest słuchanie. Krótki czas konsultacji, stres spowodowany wizytą, emocjonalne napięcie, w jakim żyją opiekunowie, wszystko to przyczynia się do zakłóceń w komunikacji. Dwie strony interakcji, dążąc do maksymalnego wykorzystania czasu spotkania, kierując się dobrą wolą, wylewają z siebie potoki słów, prowadzące donikąd. Gdy celem konsultacji jest określenie skali problemów zdrowotnych dziecka, kilkanaście minut to zdecydowanie za krótki czas na przekazanie całej wiedzy, jaką dysponuje fachowiec. Z drugiej strony również napięcie, emocje, lęk o przyszłość potomka powodują, iż rodzice chcą przekazać wszystkie swoje niepokoje, nawet te, które nie dotyczą zakresu wizyty. Specjalista świadomy własnych kompetencji, jak również ograniczeń formalnych, którym podlega, zrównoważyć musi potrzeby własne i beneficjenta, ukierunkowując wypowiedzi rodzica na tematy stanowiące przedmiot konsultacji. To na nim spoczywa obowiązek koordynowania spotkania, ustalenia priorytetów, organizacji czasowej, uporządkowania działań z perspektywy potrzeb dziecka zagrożonego niepełnosprawnością.

Pani B., matka niemowlęcia, intuicyjnie czuła, iż rozwój jej dziecka nie przebiega prawidłowo. Przygotowała się do wizyty bardzo starannie, zapisała kilka stron notatek, uporządkowała je – od problemów, które uznała za bardzo poważne, do tych, które zakwalifikowała jako mniej istotne. Podczas konsultacji podała kopię dokumentów specjaliście, prosząc o uwagę i pomoc w zrozumieniu zachowań dziecka oraz poradę w kwestii znalezienia formy wsparcia. Specjalista wysłuchał matki, po czym stwierdził, iż przyszła do niego o kilka lat za wcześnie, bo takie szczegółowe analizy zachowań formułuje się, gdy dziecko wkracza w wiek szkoły, a nie w okresie niemowlęcym. Fachowiec zdyskredytował wysiłek kobiety, bagatelizując jej spostrzeżenia, stwierdził, iż jest nadwrażliwa i wmawia dziecku chorobę, której nie ma. By uspokoić

„rozhisteryzowaną matkę” – tak określił ją fachowiec – zwracając się do męża kobiety, zlecił wykonanie badań. Dziecko w dniu konsultacji miało 8 tygodni, wyniki badań potwierdziły intuicyjne spostrzeżenia kobiety. Maluszek trafił do specjalistycznego ośrodka.

Jednym z głównych problemów w komunikacji między specjalistą a laikiem jest wiedza, sposób jej prezentacji i umiejętność jej wykorzystania. W zależności od tego, czego dotyczy konsultacja, czy jest jednorazowa, czy kilkuletnia, czy dotyczy ingerencji w fizyczność dziecka, czy nie, czy rodzic może, wykorzystując wiedzę fachowca, także wspomóc własne dziecko w rozwoju, czy jest to niemożliwe – należy ustalić realny plan działań z maksymalnym wykorzystaniem zasobów opiekunów. Wielu specjalistów, którzy ponieśli ogromne nakłady finansowe, by wzrosnąć intelektualnie, uważa, iż nie należy dzielić się swoją wiedzą z innymi osobami. Są też tacy, z których wiedza wylewa się tak obficie, iż także trudno z niej skorzystać. Istotą nawiązania transformującego dialogu jest szacunek i miłość do drugiego człowieka oraz szacunek i miłość do samego siebie. Specjalista, który wybiera taką ścieżkę zawodową, z założenia pragnie pełnić służbę na rzecz innych ludzi, wnosząc wartości w postaci swoich kompetencji do świata innych, zależnych od niego. Mistrzostwo opiera się na przepływie informacji i emocji między uczestnikami interakcji i świadomości, iż specjalista nie istnieje bez beneficjentów jego usług, a oni nie będą w stanie pokonać trudności bez fachowej pomocy. Pozytywny komponent emocjonalny oraz wysoki poziom merytoryczny specjalisty warunkuje powrót do zdrowia dziecka zagrożonego niepełnosprawnością. Ponadto przepływ oparty na miłości przyczynia się do wzrostu wszystkich uczestników interakcji, specjalista z etosem rzemieślnika dzięki doświadczeniu może osiągnąć zawodowe mistrzostwo, a rodzice i dziecko mogą realnie pokonać własne ograniczenia. Relacja oparta na przepływie ma wymiar osobowy i społeczny.

Specjalista – człowiek, który służy innym swoją wiedzą w etyczny, moralny, uczciwy, odpowiedzialny, empatyczny sposób, po każdej konsultacji wzbogaca swoje doświadczenie, umiejętności, bardziej celowo i coraz doskonalej wykonując własne zawodowe obowiązki. Im więcej wysokiej jakości konsultacji i miłości do człowieczeństwa jest w stanie rozwinąć w swoim sercu fachowiec, tym bardziej energia ta przenosi się wraz z rodzinami do innych poszukujących wsparcia. Pozytywny przepływ staje się energią wzrostu:

- zawodowego – z każdą konsultacją zasób wiedzy o problemach beneficjentów wzrasta. Szukanie kreatywnych rozwiązań poszerza granice działania. Specjalista gromadzi informacje jak również uczy się, co tworzy bogaty zestaw możliwych wariantów pomocy, w każdej następnej sytuacji zawodowej, transformując daną osobę społeczną w roli zawodowej od ucznia do mistrza;
- osobowego – powołanie, które odczuwa jednostka, wybierając kierunek zawodowej aktywności, powinno ewoluować do osobowego mistrzostwa. Etyka, moralność, uczciwość, szacunek, odpowiedzialność, miłość do człowieczeństwa i inne, doskonalone w codziennej aktywności, stają się energią osobowego wzrostu. Interioryzacja ludzkich wartości, z potrzeby własnej, przyczynia się do budowania zdrowej tożsamości. Człowiek taki w każdej interakcji emanuje prawdą, co czyni jego życie wyjątkowym, pośrednio wzbogacając życie innych, z którymi ma kontakt;
- ekonomicznego, warunkiem koniecznym adaptacji do życia jest wykształcenie kompetencji warunkujących przetrwanie. Wiedza specjalistyczna, bez możliwości przeobrażenia jej w zasoby, czyli pieniądze, staje się bezużytecznym gadżetem. Specjalista, który posiada wiedzę, jest ważną osobą w strukturze społecznej dla tych, którzy jej potrzebują. Oferując wysokiej jakości usługi, wspierając i pomagając w realizacji potrzeb beneficjentów i czyniąc to skutecznie, reklamuje samego siebie, wzrastając ekonomicznie wraz z napływem nowych klientów;
- społecznego, gdyż specjalista, którego jakość usług jest na wysokim poziomie, oferując swoje doświadczenie i wiedzę rodzicom dziecka zagrożonego niepełnosprawnością, może przyczynić się do skutecznej kompensacji dysfunkcji rozwojowych. Wtedy wartość jego pracy będzie miała wymiar społeczny w tym zakresie, iż dziecko odzyska zdrowie, rodzina wróci do stanu homeostazy, opiekunowie będą mogli realizować swoje role zawodowe. Przeobrażenie społeczne, którego początkiem jest komunikacja z przepływem, prowadzi do społecznego wzrostu grupy ludzi, a nie do ich marginalizacji. Rodzic unika degradacji społecznej, dysfunkcja rozwojowa nie przyczynia się do tego, że opuszcza on aktywność zawodową, a staje się beneficjentem pomocy społecznej, dziecko ma możliwość przekroczenia pułapki naznaczenia niepełnosprawnością,

rodzina jako grupa może powrócić do stanu równowagi sprzed wydarzenia krytycznego wzmocniona. Fundamentem społecznego wzrostu staje się specjalista i mistrzostwo jego usług.

Umiejętność wyjścia z ludzkich słabości w postaci niskiego poczucia własnej wartości, działania z pozycji „ego”, lęku, poczucia zagrożenia, braku zaufania, poprzez stworzenie prawdziwej, uczciwej i szczerzej relacji, której fundamentem jest miłość do drugiego człowieka, otwiera drogę do zdrowia i społecznego wzrostu.

Proces komunikacji specjalisty z rodzicami niepełnosprawnego dziecka to każdorazowo specyficzne, unikatowe w swoim przebiegu i skutkach spotkanie kilkorga osób, które wywiera wpływ na wszystkich uczestników spotkania i dalszy przebieg ich życia. Choć przytoczone doświadczenia zawierają w sobie negatywną ocenę, przywołane zostały dla podkreślenia, iż od fachowca, który zawodowo służyć ma innym ludziom, oczekuje się więcej. Jego rola, komunikaty werbalne, emocjonalne nastawienie, mają realny wpływ na losy wielu ludzi. Stąd konieczność upubliczniania doświadczeń rodziców dzieci niepełnosprawnych w dłuższej perspektywie czasowej, by kreować inne standardy dla wyeliminowania sytuacji, które z perspektywy czasu okazały się niekorzystne. Za E. Paradowską możemy skonstatować, że „współpraca z rodzicami dziecka jest więc fundamentem, bez którego udzielenie pomocy dziecku w jego rozwoju ma nikłe lub żadne szanse” (Paradowska 2005: 20). K. Gwizdoń dodaje, „aby możliwa była pomoc dzieciom niepełnosprawnym, konieczne jest uznanie znaczenia wczesnej integracji z rodzicami i innymi członkami rodziny oraz uznanie zdolności rodziny do samoregulacji. Zrozumienie sytuacji emocjonalnej rodziny ma podstawowe znaczenie w procesie pomocy rodzinie i dzieciom” (Gwizdoń 2005: 155). O dobrych praktykach w zakresie komunikacji i współpracy na gruncie edukacji formalnej, które należałoby zastosować podczas spotkania specjalisty z rodzicami niepełnosprawnego dziecka, pisze E. Szczerba: „Najważniejsze, podstawowe zadanie, jakie spoczywa na szkole w tej kwestii, to zawsze służyć radą, pomocą i w razie potrzeby wspierać nie tylko ucznia, ale i rodzica. Istotna jest również odpowiednia komunikacja. Na początku spotkania z rodzicami staramy się wyrazić podziękowanie i docenić fakt, że rodzic znalazł czas na rozmowę. Następnie definiujemy problem, sprawę, o której chcemy porozmawiać. Prosimy rodzica o jego opinie na dany temat: co wie w tej

sprawie? Dopiero po wysłuchaniu go przedstawiamy swój sposób postrzegania sytuacji, własną opinię i emocjonalny stosunek do rozważanej kwestii. Po wzajemnym wysłuchaniu wspólnie staramy się znaleźć rozwiązanie, na przykład zaplanować działania własne lub edukacyjne. Na koniec rozmowy wyrażamy podziękowanie, doceniamy zaangażowanie się rodzica w sprawę jego dziecka. Ważne jest, aby szkoła zawsze przeznaczała odpowiednią ilość czasu na kontakty z rodzicami” (Szczerba 2015: 466). Pierwsza konsultacja rodziców ze specjalistą to wyjątkowy czas z uwagi na przełom, jaki dokonuje się w umysłach rodziców przez werbalny komunikat fachowca. „Państwa dziecko jest niepełnosprawne” – słowa te zawierają w sobie zakończenie, a nie początek. Świat, który znali opiekunowie znika w tej jednej chwili, pojawia się przerażenie i niepewność, żal, gniew i choć w wielu wypadkach diagnoza jest prawdziwa, a rokowania zgodne z dysfunkcją rozwojową, nie dotyczy to każdego organizmu biologicznego. Komunikat werbalny ma nieprawdopodobną moc, jest nie tylko dźwiękiem, jest wdrukowaniem. Genetycznie zaprogramowanym wiodącym kanałem, za pośrednictwem którego uczy się mózg, jest właśnie mowa. Szeroko opisuje ten proces T. Harv Eker (Eker 2012) – każdy werbalny komunikat zabarwiony silnym pobudzeniem emocjonalnym skutkuje natychmiastowym utrwaleniem, jak również wpływa na zmiany mentalne i biologiczne w organizmie człowieka. Za K. Oatley i J.M. Jenkins możemy więc stwierdzić, że „warunkowanie na bodźce negatywne dokonuje się szybko, ale wygasa powoli – jest to jeden z powodów głębokości i trwałości lęku jako zaburzenia klinicznego [...] lęk zawęży zakres uwagi. Kiedy ludzie są przestraszeni lub odczuwają lęk, wówczas koncentrują się głównie na tym, czego się boją, lub na sposobach zabezpieczenia się przed tym, i nie zważają na prawie nic innego” (Oatley, Jenkins 2003: 151, 262). Specjalista, autorytet, często niekwestionowany, dokładnie tak samo jak rodzic małego dziecka, w tej jednej chwili przez wypowiedziane słowo wdrukowuje określone przekonanie, które wcale nie musi być prawdziwe. Tak jak komunikaty werbalne pochodzące od dysfunkcyjnych rodziców przyczyniają się do tego, iż człowiek przez całe życie nosi w sobie poczucie nieadekwatności, tak samo słowa specjalisty stają się wyznacznikiem sposobu, w jaki rodzice zaczynają postrzegać małe dziecko. I ta praktyka wpycha gros dzieci i rodzin w szpony maszyny i świata na marginesie życia.

Specjalista z założenia jest merytorycznie przygotowany do pracy w wąskim wycinku uniwersum poznania. Organizm biologiczny manifestujący zaburzenia to ciało, którego zachowanie regulowane jest przez układ nerwowy, np. zaburzenia ruchowe, dewiacyjne behawioryzmy to objawy, których etiologia sięga głębiej niż wiedza jednego fachowca. Umiejętność holistycznego spojrzenia na dziecko i jego problemy to uwzględnienie przez fachowca własnej ograniczoności poznania i działania. Komunikaty werbalizowane na podstawie szczątkowych danych zawierać powinny przypuszczenia, a nie wyroki. Gdy podejrzewa się zaburzenia rozwojowe u dziecka, świadomość determinant rozwojowych, przede wszystkim środowiskowych, biograficznych i biologicznych, ukierunkowywać powinna działanie fachowca na tworzenie diagnozy progresywnej, a nie negatywnej. Wyeliminowanie czynnika generalizacji, schematyzmu i rutyny z pracy specjalisty z rodzicami dziecka zagrożonego niepełnosprawnością, przez uruchomienie pobudzenia emocjonalnego o wysokim ładunku dodatnim, wiara w możliwości dziecka i jego rodziny, kompetentna pomoc, obiektywizacja poznania – wszystko to tworzy energię sprzyjającą powrotowi do zdrowia.

Rodzice potrzebują w pierwszym kontakcie ze specjalistą, który nazywa problem, przede wszystkim emocjonalnego wsparcia i poczucia, że są w stanie sprostać wyzwaniu, z jakim przyszło im się zmierzyć. Potrzebują wysokiej jakości kontaktu opartego na wzajemnej miłości i szacunku dla człowieczeństwa. Nazwanie problemu powinno być ostatnim elementem takiego spotkania, gdyż etykieta, zwłaszcza taka, która jest już ubrana w społeczny mit o nieuleczalności zaburzenia, zamyka przez aktywowany słowem lęk możliwość słuchania, działania, a przede wszystkim pozbawia ludzi nadziei. Kierunek progresywny podczas konsultacji zakłada, że każdy organizm rozwija się w unikatowy sposób, a im młodsza jest jednostka, tym rokowania przy właściwie dobranych stymulacjach lepsze. Jeżeli kwestionując diagnozy medyczne, rodzice dzieci (Isacson 2010, Kaufman 1995, Kozdroń 2014) na całym świecie donoszą o całkowitym wyleczeniu potomstwa z podobno nieuleczalnych chorób, zmiana mentalna w specjalistach powinna prowadzić do otwarcia na możliwości rewalidacji, a nie do trwałego naznaczenia i społecznego wykluczenia dziecka i jego rodziców.

Pani S. podczas wizyty u specjalisty, który zajmował się jej potomkiem od wielu lat, zachwycona postępami dziecka, poprosiła o ponowną diagnozę.

Duży wysiłek, który włożyła cała rodzina i córka w pokonanie dysfunkcji rozwojowych, przyczynił się do niezwyklej poprawy zdrowia dziecka. Rodzina skonsultowała stan zdrowia córki u osób, które nie znały historii rodzinnej. Specjaliści ci, działający niezależnie od siebie, po dokładnym przebadaniu dziecka potwierdzili, iż dziewczynka jest zdrowa. Matka pojawiała się u prowadzącego proces rewalidacji specjalisty z dokumentami wystawionymi przez innych fachowców. Fakt ozdrowienia nie został przyjęty jako wynik wieloletniego procesu terapeutycznego – specjalista sformułował następujące stwierdzenia, że tamci fachowcy się mylili, a dziecko jest prawdopodobnie w dalszym ciągu chore, bo nie ma możliwości, by wyzdrowiało, jak również istnieje możliwość, że nigdy nie było chore, a wstępnie postawiona diagnoza była błędna.

Powyższe rozważania można podsumować słowami E. Fromma – „po raz pierwszy w historii fizyczne przetrwanie gatunku ludzkiego zależy od radykalnej zmiany ludzkiego serca” (Fromm 2008: 19). W podobnym tonie wypowiada się P. Promieńska – „i właśnie zaburzenia sfery uczuć (atrofia uczuć) zastępowanych kalkulacją, rachunkowym stylem życia i zamkniętością horyzontu posłuszeństwa, zaburzenia sfery woli i poczucia sensu życia oraz zdolności cieszenia się życiem bez popadania w hedonizm, uznane zostaną za symptomy zakłóceń w relacjach ze światem wartości jako takich i rozpoznane jako istotne zagrożenie dla dalszego trwania kultury i ludzkiej formy egzystencji” (Promieńska 2005: 51). Prawdziwy dialog o transformującym progresywnym wpływie na losy rodziny i społeczeństwa to nic innego jak zdolność do kochania siebie i drugiego człowieka.

2. Współpraca specjalisty z rodzicami dziecka zagrożonego niepełnosprawnością

Konsultacja specjalisty z rodzicami dziecka zagrożonego niepełnosprawnością z założenia służyć ma dobru dziecka. Spotkanie dorosłych ma na celu zrozumienie problemów małoletniego oraz dobranie indywidualnych technik i metod rewalidacyjnych. Warunkiem niezbędnym dla realizacji ww. celów jest umiejętność nawiązania współpracy. Jak zauważa J. Kiernko, „nie najlepiej układają się wzajemne relacje między osobami zdrowymi i niepełnosprawnymi.

Ludzie pełnosprawni zwykle nie potrafią przezwyciężyć pewnych uprzedzeń wynikających z niewielkiej wiedzy o prawdziwych problemach życiowych osób niepełnosprawnych. Często w swojej ocenie kierują się uproszczonymi stereotypami i przesadami. Przezwyciężeniu tych zachowań i obaw najlepiej mogą służyć indywidualne kontakty z osobami dotkniętymi niepełnosprawnością. Konieczne jest również upowszechnienie wiedzy o możliwościach i ograniczeniach osób niepełnosprawnych. To problem dotyczący nie tylko rodziny czy najbliższego otoczenia osób niepełnosprawnych, lecz całego społeczeństwa” (Kirenko 2006: 34). Bariera, którą tworzy odmienne zachowanie lub wygląd dziecka z deficytami, oparta jest na lęku przed nieznanym lub nietypowym zachowaniem. Dziecko, które się zanieczyszcza, nie nawiązuje kontaktu wzrokowego, nie słucha poleceń, jest labilne emocjonalnie, manifestując inne, społecznie nieakceptowane wzorce behawioralne czy ruchowe, może aktywować w specjaliście negatywne uczucia. W.W. Wilmot i J.L. Hocker podkreślają, że „musimy spoglądać na cały system, nie tylko na zbiór jednostkowych zachowań” (Wilmot, Hocker 2011: 253). Inna perspektywa, umiejętność empatii, dystans emocjonalny wobec danej chwili i mentalna wola współpracy z systemem rodzinnym – pozwalają na przekroczenie granicy dyskomfortu na rzecz realnego zabezpieczenia potrzeb beneficjenta. Platformą, na której taka współpraca może zostać nawiązana, jest empatia, czyli – podając za E. Wilczek-Rużyczką – „umiejętność wczuwania się w stany uczuciowe innych osób” (Wilczek-Rużyczka 2002: 17). Tylko specjalista, który potrafi zrozumieć świat uczuć beneficjentów, jak również rodzina, którą stać na realną oceną jego możliwości, a do tego także niezbędna jest empatia, mogą nawiązać uczciwy dialog. Efektem empatycznej komunikacji będzie umiejętność wypracowania rozwiązania najlepszego dla dziecka, czyli nawiązania progresywnej współpracy.

J. Kirenko, charakteryzując ten proces, pisze, że „pomoc udzielana rodzicom może przybierać różne formy, na przykład:

- rozpoznawanie i właściwe interpretowanie zachowań dziecka,
- pomoc w nawiązaniu kontaktów,
- instruktaż i poradnictwo dotyczące postępowania wychowawczego, usprawniającego i leczniczego,
- informacje o możliwości wyposażenia dziecka w odpowiedni sprzęt i pomoce,
- udzielanie informacji o sposobach uzyskania świadczeń zdrowotnych,

- a ponadto, co również bardzo ważne, wsparcie psychiczne rodziców” (Kirenko 2006: 55).

D. Osik-Chudowska, odnosząc się do relacji specjalisty z rodziną dziecka zagrożonego niepełnosprawnością, używa wręcz słowa partnerstwo, wskazując, jak ważna we współpracy jest relacja oparta na wzajemnym szacunku i równowadze w sposobie postrzegania człowieka, ze zmianą perspektywy „JA SPECJALISTA – ty laik” na „MY PARTNERZY”, którzy nawiązują współpracę, by wspomóc dziecko zagrożone niepełnosprawnością. Cytując tę autorkę, dodajmy, że „partnerstwo we współpracy z rodziną powinno przebiegać przez:

- rozpoznanie potrzeb dzieci,
- planowanie pracy,
- konsultacje, warsztaty,
- pomoc w wychowywaniu dziecka” (Osik-Chudowska 2012: 282).

Empatia to także umiejętność zrozumienia, iż rodzice dziecka zagrożonego niepełnosprawnością mogą posiadać mniejsze zasoby emocjonalne, społeczne czy intelektualne. Specyficzna sytuacja życiowa rodziców prowadzi może do usztywnienia ich zachowań, postawy obronnej, większej konfliktowości, labilności emocjonalnej, nierzadko agresji, gdyż – jak podają W.W. Wilmot i J.L. Hocker – „ludzie grzęzną w patologicznych wzorcach – wyuczonych lub wykształconych przez emocjonalne zdarzenia” (Wilmot, Hocker 2011: 40). Od specjalisty kształconego w kierunku służenia ludziom oczekuje się więcej, nawet wtedy, gdy relacja z rodzicami dziecka zagrożonego niepełnosprawnością układa się w różny sposób. K. Blanchard, definiując role specjalisty w relacji z beneficjentami, podkreśla, iż współpraca ta musi opierać się na umiejętności wspierania: „Wspieranie funkcjonuje na zasadzie współpracy – to proces, w którym informacja zwrotna płynie przebiega w obie strony, to wzmacnianie rozchwieanego poczucia pewności siebie u podopiecznego, to wspieranie wysiłków, wsłuchiwanie się w problemy, udzielanie sugestii, bycie w pobliżu i wspomaganie w razie potrzeby” (Blanchard 2007: 79). O trudnej sytuacji specjalisty wypowiada się E. Wilczek-Rużyczka – „sytuacja pomagającego jest złożona, gdyż z jednej strony ma poczucie, że angażowanie się w cudze sprawy zaburzy jego spokój, bądź może spowodować zaniedbanie własnych interesów, z drugiej zaś – kieruje nim poczucie obowiązku i odpowiedzialności, dostrzega w sobie naturalną

potrzebę pomagania, dzielenia się swą energią i równocześnie zauważa też satysfakcję i zadowolenie”. Autorka dodaje „pomagający nigdy nie jest do końca pewien, czego naprawdę chce wspomagany i czy tego właśnie mu potrzeba” (Wilczek-Rużyczka 2002: 28). Za W.W. Wilmotem i J.L. Hockerem możemy więc konkludować, że specjalista „musi robić to, czego ludzie, którym przewodzi, nie potrafią w danej chwili sami zrobić” (Wilmot, Hocker 2011: 66). Ma to czynić z intencją „wpływania na ludzi poprzez wyzwianie ich siły i potencjału w celu umożliwienia im dążenia do większego dobra” (Blanchard 2007: 82). Słowa K. Blancharda są trafnym podsumowaniem relacji specjalisty z rodzicami dziecka zagrożonego niepełnosprawnością. Reasumując, specjalista odpowiedzialny jest za przebieg spotkania i to on wyznacza kierunek i przebieg interakcji. Korzystając z kompetencji merytorycznych, dąży do wzmocnienia aktywności własnej opiekunów, by wzięli odpowiedzialność za akt prokreacji i wysiłek wychowywania oraz rewalidacji dziecka z deficytami rozwojowymi. Traktując rodziców jak partnerów, wyraża swoje zaufanie w ich sprawczość, aktywując w nich poczucie siły i władzy osobistej do zmierzania się z problemami rodzinnymi. Współpraca jest więc mentorstwem, które prowadzi do wzrostu osobowego opiekunów, aktywowaniem w nich wewnętrznych zasobów, mobilizacją do zintensyfikowania wysiłków na drodze do odzyskania zdrowia małoletniego. Jest przeniesieniem ciężaru odpowiedzialności ze specjalisty na rodziców. To trudny proces dojrzewania do wzięcia pełnej odpowiedzialności za wykreowane doświadczenia. Rozwój innej mentalności w kierunku dojrzałej tożsamości rodziców dziecka z deficytami rozwojowymi to proces, w którym muszą zmierzyć się z realiami, poprzez uświadomienie sobie, iż akt prokreacji nie był winą za grzechy czy karą sił nadprzyrodzonych, tylko ich osobistą decyzją, nie są też wybrańcami, bo cierpienie to nie błogosławieństwo, a zaburzenia rozwojowe, choć są szczególnie wydarzeniem w ich życiu, to konsekwencja decyzji zostania rodzicem. Odpowiedzialne rodzicielstwo to ufność w możliwości własne i dziecka oraz specjalistów, by w trudnym procesie dorastania do życia i jego wymagań okazać prawdziwe człowieczeństwo. Współpraca ta wymaga czasu. Jak zauważa U. Eckert, „rodzice muszą oswoić się z kalectwem, wyjść ze stanu depresji lub agresji, zaakceptować dziecko i nową sytuację. Dopiero wówczas można rozpocząć edukację rodziców w kierunku współpracy nad rewalidacją dziecka” (Eckert 1998: 224).

3. Podsumowanie

Umiejętność współpracy i komunikacji dla dobra małoletniego zagrożonego niepełnosprawnością to szczególny moment w życiu rodziny i wyzwanie dla specjalisty. Jak zauważają A. Atkinson i R.T. Chois, „budowanie porozumienia to gotowość do zrozumienia lub doświadczenia światopoglądu drugiej osoby, tak jakby się nią było, ponieważ niemożliwe jest całkowite bycie na czyimś miejscu, toteż silni rozmówcy budują porozumienie poprzez chęć zrozumienia i szanowania modelu świata drugiej osoby” (Atkinson, Chois 2010: 23). Celem takiego spotkania jest, po pierwsze, zdiagnozowanie dysfunkcji rozwojowych dziecka, a następnie zaangażowanie dorosłych do wykreowania doświadczeń o charakterze kompensacyjnym. Proces ten będzie miał progresywny wpływ na wszystkich uczestników interakcji wtedy, gdy każda osoba, łącznie z dzieckiem z deficytami, poczuje się w tej trudnej sytuacji życiowej bezpiecznie. Lęk i strach, poczucie zagrożenia, niepewność radykalnie obniżają kondycję psychosomatyczną członków rodziny, zawężają pole uwagi, blokują aktywność własną. Gdy specjalista autorytetem, szacunkiem i w przepływie miłości jest w stanie wykreować klimat zaufania i psychicznego komfortu w obliczu zagrożenia, siła, która płynie z jego pewności i zaufania do rodziców i dziecka, jest w tym pierwszym momencie najważniejszym czynnikiem warunkującym dalsze etapy działania. To siła miłości i wiara w potencjał człowieka, którymi powinien emanować specjalista, są kluczowe dla podtrzymania nadziei oraz wzmacniania i rozwijania aktywności własnej opiekunów i dziecka. Ludzie są świadomi tych prawidłowości, często bliscy osób po wypadkach wspominają: „Widziałam, jak chodzi, mówi, wiedziałam, że przeżyje”. Ta siła pozytywnego samokoncepcji, religijnie dookreślona słowem „modlitwa”, ta mentalna reprezentacja umysłowa wyrażona emocjonalną triadą „wierzę, ufam, wiem”, są niewidzialnym i najsilniejszym bodźcem, którego tak bardzo potrzebują członkowie rodziny na progu nieznanego. Rodzice w obliczu nieznanego, bez świadomości, z czym przyjdzie się im zmierzyć, często bez znajomości świata osób z deficytami, wpadają w machinę, która potrafi obnażyć wszystkie ludzkie słabości. Dlatego ten pierwszy kontakt, pierwsza wizyta, gdy przebiega w pozytywnym klimacie emocjonalnym, gdy koordynowana jest przez profesjonalistę, którego dewizą jest miłość do drugiego człowieka, jest początkiem doświadczenia,

które może stać się pozytywnym przełomem w życiu wszystkich osób. Specjalista jest tą osobą, która jest przygotowana do tej roli, od której oczekuje się najwięcej. Organizacja przestrzeni fizycznej, właściwa ilość czasu, pozytywny komponent emocjonalny, wysokie kompetencje merytoryczne i osobowe, umiejętność ustalania priorytetów podczas takiego spotkania – wszystkie te elementy przekładają się na aktywność własną opiekunów.

Pani P. zgłosiła się z córeczką na wizytę do specjalisty, kilkuletnia dziewczynka była przerażona perspektywą badania, zapachami, innym niż domowy wystrojem wnętrz, lękiem przed ingerencją w jej ciało. Widok wysokiego mężczyzny w białym uniformie, który zbliżał się do niej, aktywował przerażenie. Człowiek ten nieproszony przyciemnił światło w gabinecie, zapalił małą lampkę, mówił cichym, delikatnym głosem, używając języka zrozumiałego dla dziecka, formułując komunikaty wprost do dziewczynki, używając jej imienia. Spersonalizowane komunikaty, przyciemnione światło, własne imię – wszystko to zaskutkowało wyciszeniem dziecka i otwartością na konfrontację z nieznanym. Specjalista powiedział, że ma czas i że dziewczynka będzie o wszystkim informowana. Każdy komunikat zabarwiony był realnym przekazem oraz pozytywnym rokowaniem. Specjalista zachęcał do myślenia pozytywnego, mówił o sobie jak o narzędziu, które ma umiejętność, by widzieć, nazwać, lecz bez możliwości kreowania przyszłości. Przedstawił dziewczynce i jej mamie wszystkie znane możliwe procedury z zastrzeżeniem, że na pewno mogą występować jeszcze inne opcje. Pozostawił im czas na analizę danych, werbalizował przykłady z własnego doświadczenia, które wbrew rokowaniom okazały się szybko pokonanym zaburzeniem. Mówił o sile pozytywnego nastawienia, zapewniał, że służyć będzie swoją wiedzą i doświadczeniem. Po wizycie osobiście zadzwonił, by zapytać o samopoczucie. Diagnoza i rokowania nie były pozytywne, jednak przebieg tej pierwszej wizyty, emocjonalne zaangażowanie, człowieczeństwo w najwyższym wydaniu – wszystko to w konsekwencji przyczyniło się do powrotu po latach dziecka do zdrowia. Specjalista nie musiał, lecz pragnął, by jakość jego pracy reprezentowała mistrzostwo. W tym szczególnym przypadku dał możliwość mamie osobistego kontaktu w chwilach zwątpienia, sugerując, iż woli, by kobieta zadzwoniła do niego, niż wyciszała się farmakologicznie.

Współpraca i komunikacja człowieka z człowiekiem może być czymś negatywnym, jednak specjalista, wybierając kierunek rozwoju zawodowego

w dziedzinie, która z założenia związana jest z chorobą, zobowiązany jest do doskonalenia kompetencji społeczno-emocjonalnych i merytorycznych, by jakość jego pracy i wpływ na innych ludzi miały progresywny charakter. Podsumowując, czynnikiem, który zdecydowanie wpływa pozytywnie na dziecko z deficytami i aktywność własną opiekunów jest po prostu – albo aż – miłość.

Bibliografia

- Atkinson A., Choisi R.T. (2009), *Wewnętrzna dynamika coachingu*, Wyd. New DAWN, Warszawa.
- Blanchard K. (2007), *Przywództwo wyższego stopnia*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa.
- Eckert U. (1998), *Niektóre warunki rewalidacji w surdopedagogice*, [w:] Chodakowska M. (red. nauk.), *Pedagogika specjalna wobec potrzeb teraźniejszości i wyzwań przyszłości*, Wyd. UMCS, Lublin.
- Fromm E. (2008), *To Have or to Be?*, Wyd. Continuum, London.
- Głodowski W. (2001), *Komunikowanie interpersonalne*, Biuro Prasy i Informacji MON, Warszawa.
- Gwizdoń K. (2005), *Współpraca z rodzicami w procesie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka*, [w:] Walczak G. (red. nauk.), *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z uszkodzonym wzrokiem*, Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu, Warszawa.
- Harv Eker T. (2012), *Bogaty albo biedny. Po prostu różni mentalnie*, Wyd. Studio EMKA, Warszawa.
- Isaacson R. (2010), *Opowieść ojca. Przez mongolskie stepy w poszukiwaniu cudu*, Nasza Księgarnia, Warszawa.
- Jasmin C. (1998), *Homo Geneticus. Pytania o przyszłość człowieka*, Wyd. i Drukarnia UNI-DRUK s.c., Poznań.
- Kapusta A. (2011), *Szałamństwo i metoda. Granice rozumienia w filozofii i psychiatrii*, Wyd. UMCS, Lublin.
- Kaufman B.N. (1995), *Przebudzenie naszego syna*, Wyd. Fundacja Synapsis, Warszawa.
- King G. (2003), *Umiejętności terapeutyczne nauczycieli*, GWP, Gdańsk.
- Kirenko J. (2006), *Oblicza niepełnosprawności*, Wyższa Szkoła Społeczno-Przyrodnicza, Lublin.
- Kozdroń A. (2014), *Zespół Aspergera. Zrozumieć, aby pomóc*, Wyd. Difin S.A., Warszawa.
- Oatley K., Jenkins J.M. (2003), *Zrozumieć emocje*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa.

- Osik-Chudowska D. (2012), *Możliwości współpracy szkoły z oddziałami integracyjnymi z rodziną dzieci niepełnosprawnych*, [w:] Kierenko J., Zubrzycka-Maciąg T., Wosik-Kowala D. (red. nauk.), *Wychowawcza rola szkoły*, Wyd. UMCS, Lublin.
- Paradowska E. (2005), *Specyfika pracy i zadania nauczyciela domowego*, [w:] Walczak G. (red. nauk.), *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z uszkodzonym wzrokiem*, Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu, Warszawa.
- Pennock K. (1992), *Ratowanie dzieci z uszkodzeniem mózgu*, Wyd. Bookinista, Toruń.
- Promieńska P. (2005), *Etyka jako „organ” badań naukowych w XXI wieku*, [w:] Zamiatara K. (red. nauk.), *Etyczne aspekty badań społecznych*, Wyd. UAM, Poznań.
- Szczerba E. (2015), *Rodzice są partnerami naszej szkoły*, [w:] Mazurkiewicz G. (red. nauk.), *Jak budować dobrą szkołę. Potencjał i bariery ewaluacji w oświacie*, Wyd. UJ, Kraków.
- Wilczek-Rużyczka E. (2002), *Empatia i jej rozwój u osób pomagających*, Wyd. UJ, Kraków.
- Wilmot W.W., Hocker J.L. (2011), *Konflikty między ludźmi*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa.
- Zeig J.K., Munion W.M. (2005), *Milton H. Erickson*, GWP, Gdańsk.

Streszczenie

Artykuł zwraca uwagę na konieczność zmian w relacji między specjalistą a rodzicami dziecka zagrożonego niepełnosprawnością. Konsultacje ze specjalistami odrealniają ludzkie życie, wprowadzając sztywne rozgraniczenia fachowiec – laik, z wykluczeniem emocji, zaangażowania. Koncentracja na przekazie werbalnym, dystans emocjonalny i uprzedmiotowienie rozmówców ma długofalowe konsekwencje. Pozytywne emocje, szczerość, empatia, odpowiedzialność, świadomość, zaufanie umożliwiają bardziej adekwatne działanie uczestników spotkania. Komunikacja jako narzędzie wywierania wpływu, gdy używana jest przez specjalistę o niskich kwalifikacjach merytorycznych oraz słabych umiejętnościach społeczno-emocjonalnych, przyczynia się do wielu negatywnych skutków o krótkotrwałym i długotrwałym wpływie na system rodzinny. Zaproponowany autorski sposób stworzenia stanu przepływu w relacji między specjalistą i rodziną oparty jest na miłości i szacunku do człowieczeństwa. Uczestnicy interakcji mają możliwość wzrostu. Artykuł oparty jest na doświadczeniach rodzin z dziećmi zagrożonymi niepełnosprawnością. Z wywiadów z rodzinami wynika, iż inna organizacja spotkania, sposób formułowania komunikatów, zaangażowanie emocjonalne specjalisty nadałoby odmienny kierunek ich działaniom.

Słowa kluczowe: komunikacja, współpraca, niepełnosprawność, rodzina

Communication and cooperation with the family system of a child at risk of disability

Summary

An article points out a necessity of relationship's changes between families and kids threatened with disability. Consultations with specialists make the human life unreal. They implement stiff delimitations between specialist and layperson which exclude emotions and commitment. Concentration on very verbal transmission, the emotional distance and objectifying interviewed persons has his long-term consequences. From the other hand the positive emotions, frankness, empathy, responsibility, awareness, confidence enable more appropriate action of the meeting attendees. The communication used as the tool of exerting influence – if used by low technical qualifications and poor social-emotional abilities specialist – is contributing many adverse effects about short-lived and long-term impact to the family system. The suggested author's way of creating the state of the flow in the relation between the specialist and the family is based on love and the respect to the humanity. Interaction's participants in the mutual contact have a growth potential. The article is based on experience of families with children threatened with disability. It results from interviews with families that other organisation of the meeting, way of formulating announcements, an emotional commitment of the specialist, would send different direction of their action.

Key words: communication, cooperation, disability, family

Funkcjonowanie dzieci emigrantów z perspektywy specjalistycznego poradnictwa rodzinnego

Wprowadzenie

Zjawisko migracji zagranicznych z uwagi na duże znaczenie dla funkcjonowania kraju, jednostek, rodzin i grup społecznych stało się przedmiotem analiz różnych dziedzin nauki, takich jak: geografia, demografia, nauki społeczne i humanistyczne (Górny, Kaczmarczyk 2003: 4). Migracja jest ujmowana jako zjawisko wieloaspektowe chociażby z uwagi na fakt, że przynosi zarówno korzyści, jak i straty. Wśród kosztów wymienia się drenaż umiejętności i redukcję kapitału ludzkiego powodowaną masowymi wyjazdami osób wykształconych i młodych, osłabienie dynamiki wzrostu niektórych regionów warunkowane osłabieniem więzi społecznych oraz społeczne koszty tzw. odpływu, czyli rozłąka z rodziną lub jej rozpad.

Z kolei korzyści mają wymiar indywidualny (np. znalezienie lepszej pracy), ale też zalicza się do nich zmniejszenie napięcia społecznego wynikającego z trudnej sytuacji na rynku pracy oraz transfery pieniężne (Iglicka 2008). Niewątpliwie jednak emigracja jest sytuacją trudną dla funkcjonowania rodziny, zwłaszcza z perspektywy dziecka. Z socjopedagogicznego punktu widzenia dzieci emigrantów wychowują się czasowo w rodzinach niepełnych. Sytuację każdego takiego dziecka należy rozpatrywać, uwzględniając jej indywidualny kontekst oraz nieostrość kategorii pojęciowych odnoszących się do funkcjonowania i struktury rodziny.

Szczególny niepokój społeczny wzbudza pozbawienie dziecka oddziaływań socjalizacyjnych obojga rodziców oraz rozluźnienie więzi w rodzinach emigrantów, zwłaszcza że negatywnych konsekwencji emigracji nie kompensują oddziaływania rodziny poszerzonej ani wspólnoty lokalnej (Chodkowska 2010: 69–71).

Specjalistyczne poradnictwo rodzinne

Poradnictwo to forma pomocy osobom znajdującym się w trudnej sytuacji problemowej, ale i zaradnym (Kargulowa 2010: 9–13). Poradnictwo rodzinne jest z kolei rozumiane jako usprawnienie funkcjonowania małżeństwa i rodziny. Stanowi propozycję dla osób doświadczających problemów życiowych, małżeńskich, wychowawczych i moralnych (Szewczyk 1999: 52–61). Jego celem jest ułatwianie samodzielnego rozwiązywania problemów rodzinnych i małżeńskich oraz podnoszenie kultury życia rodzinnego (Parysiewicz, Tomkiewicz 2003: 2). Specjalistyczne poradnictwo, „w szczególności prawne, psychologiczne i rodzinne, jest świadczone osobom i rodzinom, które mają trudności lub wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych, bez względu na posiadany dochód [...]. Poradnictwo rodzinne obejmuje szeroko rozumiane problemy funkcjonowania rodziny, w tym problemy wychowawcze w rodzinach naturalnych i zastępczych oraz problemy opieki nad osobą niepełnosprawną, a także terapię rodzinną” (Ustawa o pomocy społecznej).

Specjalistyczne poradnictwo rodzinne ma za zadanie pomóc osobie w zmianie dotychczasowego sposobu podejmowania decyzji, postaw, myślenia itd. Powinno optymalizować konstruktywne wykorzystanie własnego potencjału osób wspomaganych i minimalizować niekorzystne warunki środowiskowe, co w efekcie ma prowadzić do wzrostu możliwości przezwyciężenia problemu. Praca ta powinna uwzględniać wewnętrzne przeżycia osób wspieranych, a jej celem jest podniesienie jakości życia osób i rodzin zgłaszających się po pomoc, a także stworzenie im warunków do odzyskania lub uzyskania w przyszłości możliwości samodzielnego rozwiązywania problemów (Jasnoch 2012: 5–7). Szczególną kategorię klientów specjalistycznego poradnictwa rodzinnego stanowią rodziny doświadczające skutków migracji zagranicznych. Niewątpliwie złożoność ich sytuacji życiowej wymaga współpracy zespołu profesjonalistów.

Założenia metodologiczne badań własnych

Problematyka emigracji zarobkowej oraz towarzyszące jej zjawiska w postaci określonych skutków dla funkcjonowania całej rodziny coraz częś-

ciej znajdują się w centrum zainteresowań wielu specjalistów, w tym z obszaru pomocy społecznej. W celu poznania, w jaki sposób funkcjonują rodziny emigracyjne, istotne staje się uzyskanie wiedzy z zakresu tych przejawów życia rodzinnego, które umożliwiają członkom rodziny przeżywanie poczucia bliskości emocjonalnej, adaptację do zmieniających się warunków życia, sprzyjają łatwości nawiązywania kontaktów.

W prezentowanych badaniach¹ posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Jako główne narzędzie badawcze wykorzystano inwentarz „Profil Rodziny” Zbigniewa Gasia², który służy do określenia pozytywnych i negatywnych wymiarów funkcjonowania systemu rodzinnego z punktu widzenia każdego z jego członków. Inwentarz składa się łącznie z 86 twierdzeń, tworzących sześć skal, z których trzy dotyczą pozytywnych wymiarów funkcjonowania systemu rodzinnego, tj. spójność rodziny, adaptacyjność, wzajemne zrozumienie, natomiast kolejne trzy odnoszą się do trudności, jakie przeżywa rodzina w zakresie ról rodzinnych, trudności rozwojowych, dezintegracji rodzinnej.

W badaniu uczestniczyły dwie grupy respondentów: grupa polska i holenderska. Polska próba liczyła 200 uczniów z terenu gminy Andrychów (województwo małopolskie), holenderska zaś – 120 uczniów pochodzenia polskiego uczęszczających na zajęcia do Szkolnego Punktu Konsultacyjnego przy Ambasadzie Rzeczypospolitej Polskiej w Hadze. Przebadano łącznie 320 uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych (w tym 170 dziewcząt i 150 chłopców; średnia wieku 13,73). Uczniowie pochodzili z kilku typów rodzin emigracyjnych:

- emigruje matka, a opiekę nad dzieckiem przejmuje ojciec lub inny opiekun (N = 72),
- emigruje ojciec, a opiekę nad pozostającym w kraju dzieckiem sprawuje matka lub inny opiekun (N = 73),
- emigrują rodzice w tym samym czasie, a dziecko pozostaje pod opieką rodziców zastępczych bądź innych opiekunów (N = 55),
- emigruje rodzina z dzieckiem do obcego kraju (N = 120).

¹ Jest to fragment szerszych wieloletnich badań na temat funkcjonowania rodziny doświadczającej emigracji zarobkowej rodziców prowadzonych przez B. Sordyl-Lipnicką.

² Zastosowana w badaniach wersja narzędzia jest dostępna w książkach Zbigniewa Gasia *Uzależnienia. Skuteczność programów profilaktycznych*, WSiP, Warszawa 1994; *Badanie zapotrzebowania na profilaktykę w szkole. Poradnik dla szkolnych liderów profilaktyki*, Wyd. Fundacja „Masz Szansę”, Lublin 2004.

Spójność, adaptacyjność i poczucie wzajemnego zrozumienia jako podstawowe wymiary funkcjonowania systemu rodzinnego

W celu poznania, w jaki sposób funkcjonują rodziny emigracyjne, w zależności od tego, które z rodziców wyjechało zarobkowo poza granice kraju, czy wyjechała cała rodzina, z kim pozostało dziecko i jak radzi sobie rodzina ze zmianą warunków życia – analizy ukierunkowano na identyfikację podstawowych wymiarów funkcjonowania rodziny, m.in. takich jak: spójność, adaptacyjność oraz poczucie wzajemnego zrozumienia.

Spójność jest tą cechą funkcjonowania systemu rodzinnego, która odnosi się do więzi emocjonalnej łączącej poszczególnych członków rodziny, a także indywidualnego poczucia niezależności od własnej rodziny. Na tworzenie się więzi emocjonalnej między członkami rodziny wskazują następujące zachowania: wzajemna wymiana myśli i informacji, dawanie i przyjmowanie emocjonalnego oparcia, wzajemne udzielanie sobie pomocy, a także werbalne i niewerbalne wyrażanie uczuć (Gaś 2004: 221).

Adaptacyjność rodziny to z kolei zdolność systemu rodzinnego do reagowania na stres rozwojowy (lub sytuacyjny) przez zmianę struktury władzy, wymianę ról oraz modyfikację zasad rodzinnych. W prawidłowo funkcjonującej rodzinie istotne jest zachowywanie równowagi pomiędzy zdolnością do wprowadzania zmian a utrzymaniem stanu dotychczasowego (Gaś 2004: 223).

Dodatkowym wymiarem funkcjonowania rodzin, obok spójności i adaptacyjności, jest komunikacja rodzinna (poczucie wzajemnego zrozumienia), która pełni ważną rolę regulacyjną. Funkcjonalny system rodzinny musi opierać się na właściwych relacjach między członkami rodziny. Pozytywnym relacjom w rodzinie sprzyja swoista empatia rodzinna. Prawidłowo funkcjonująca rodzina jest w stanie zrozumieć motywy postępowania swoich członków oraz w sposób otwarty przyjmować ich komunikaty.

Zastosowanie jednoczynnikowej analizy wariancji (ANOVA) oraz analizy porównawczej ujawniło istotne różnice w średnich dla poziomu spójności ($F = 9,13$; $p < 0,001$), adaptacyjności ($F = 11,8$; $p < 0,001$) i poczucia wzajemnego zrozumienia ($F = 11,7$; $p < 0,001$) w zależności od typu rodziny emigracyjnej. W poniższej tabeli zamieszczono statystyki opisowe dla wymienionych skal.

Tabela 1. Statystyki opisowe dla skali spójność, adaptacyjność, wzajemne zrozumienie

Skala Typ rodziny	Spójność			Adaptacyjność			Wzajemne zrozumienie		
	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD
Emigruje matka	72	24,3	8,4	72	25,4	7,4	72	20,6	4,2
Emigruje ojciec	73	25,4	8,9	73	24,8	7,9	73	20,0	5,9
Emigrują rodzice	55	24,1	9,0	55	24,0	9,8	55	20,2	5,6
Emigruje cała rodzina	120	19,0	10,7	120	18,7	9,9	120	16,3	6,6
OGÓŁEM	320	22,5	9,9	320	22,5	9,4	320	18,8	6,1

Źródło: obliczenia własne

Na podstawie analizy wyników badań ustalono następujące wnioski:

- dzieci doświadczające emigracji zarobkowej matki, ojca lub obojga rodziców określają spójność rodziny w kategoriach umiarkowanych wartości,
- w percepcji dzieci z rodzin, które w całości wyemigrowały do Holandii, spójność rodziny mieści się w granicach wartości przeciętnych, ale jest najniższa wśród wszystkich badanych typów rodzin,
- średnia wartość wyników w skali „adaptacyjność” wynosi 22,5 punktu na 34 punkty możliwe do uzyskania, co oznacza, iż w percepcji dziecka umiejętność dokonywania przez rodzinę zmian w strukturze władzy, wymiana ról, modyfikacja zasad rodzinnych wyżej jest oceniana przez dzieci pozostające w Polsce w porównaniu z dziećmi przebywającymi w Holandii; rodziny emigrujące w całości wykazują trudności w omawianym zakresie,
- badane dzieci oceniają rodzinę pod względem wzajemnego zrozumienia na poziomie średnim (18,8 punktów na 28 możliwych), przy odchyleniu standardowym wynoszącym 6,1 punktów, co świadczy o niskim wyniku w omawianej skali,
- podobnie jak w przypadku skali „spójność” i „adaptacyjność” także w skali „wzajemne zrozumienie” rodziny, które w całości wyemigrowały do Holandii, uzyskały niższy wynik w porównaniu do rodzin, w których dziecko pozostało w Polsce.

Wyniki uzyskane w poszczególnych skalach pozwalają ustalić również, czy poziom spójności, adaptacyjności i wzajemnego zrozumienia w rodzinie jest niski, przeciętny czy wysoki. Szczegółowe dane zaprezentowano w poniższej tabeli.

Tabela 2. Poziom spójności, adaptacyjności, wzajemnego zrozumienia w badanych typach rodzin emigracyjnych

Skala Typ rodziny	Spójność			Adaptacyjność			Wzajemne zrozumienie		
	Poziom (w %)			Poziom (w %)			Poziom (w %)		
	niski	przeciętny	wysoki	niski	przeciętny	wysoki	niski	przeciętny	wysoki
Emigruje matka	12,5	65,3	22,2	18,1	55,6	26,4	37,5	50,0	12,5
Emigruje ojciec	13,7	57,5	28,8	20,5	54,8	24,7	34,2	45,2	20,5
Emigrują rodzice	16,4	60	23,6	27,3	38,2	34,5	38,2	40,0	21,8
Emigruje cała rodzina	38,3	44,2	17,5	45,8	38,3	15,8	59,2	34,2	6,7
OGÓŁEM	N = 74	N = 175	N = 77	N = 98	N = 147	N = 75	N = 144	N = 132	N = 44
	23,1	54,7	22,2	30,6	45,9	23,4	45,0	41,3	13,8

Źródło: obliczenia własne

Na podstawie analizy danych ustalono, że wyższy poziom spójności występuje w rodzinach, w których emigruje ojciec, a matka pozostaje z dzieckiem w Polsce, więź emocjonalna między członkami rodziny jest bardzo silna, matka daje wsparcie i bezpieczeństwo dzieciom. Ponadto rodziny, w których dzieci pozostają w Polsce, a emigruje rodzic bądź rodzice, stanowią pod względem poziomu adaptacyjności względnie jednorodną grupę. Wykazano także, że w całej badanej próbie przeważają rodziny o niskim poziomie wzajemnego zrozumienia (45% całej zbiorowości), na taki wynik mają wpływ przede wszystkim rodziny emigrujące w całości, wśród których udział rodzin o niskim poziomie wzajemnego zrozumienia wynosi prawie 60%.

Przejawy dysfunkcjonalności ról rodzinnych

W rodzinie emigracyjnej, jak w każdej innej, możliwe jest występowanie patogennych ról rodzinnych, czyli takich, które mogą świadczyć o istnieniu dysfunkcjonalnego systemu rodzinnego. Pojęcie „rola rodzinna” używane jest najczęściej w celu opisanie wzorów zachowań lub wyobrażeń o nich, jakie podejmuje się w sytuacjach społecznych związanych z funkcjonowaniem rodziny. W systemie rodzinnym można wyodrębnić wiele ról, które są udziałem poszczególnych członków rodziny. Istotny wpływ na jakość życia rodzinnego może mieć przejmowanie przez członków rodziny nieodpowiednich wzorów zachowania oraz wykształcenie błędnego obrazu roli (Rostowska 2009: 142–143).

Skala „role rodzinne”, którą zawiera inwentarz „Profil Rodziny” Zbigniewa Gasia, pozwala na określenie występowania w rodzinie ról patogennych o charakterze wzajemnie powiązanych tożsamości, które świadczą o dysfunkcjonalności systemu rodzinnego. Poniższa tabela prezentuje statystyki opisowe dla danej skali.

Tabela 3. Statystyki opisowe dla skali „role rodzinne”

Skala Typ rodziny	Role rodzinne		
	N	M	SD
Emigruje matka	72	21,6	10,0
Emigruje ojciec	73	21,8	10,7
Emigrują rodzice	55	24,1	10,3
Emigruje cała rodzina	120	21,5	9,8
OGÓŁEM	320	22,0	10,1

Źródło: obliczenia własne

We wszystkich typach rodzin emigracyjnych w ocenie badanych dzieci występuje umiarkowana ilość patogennych ról rodzinnych. Najwyższą tendencję do występowania patogennych ról rodzinnych obserwuje się w rodzinach, w których emigrują oboje rodzice, a dziecko pozostaje pod opieką innych osób.

Rezultaty analizy wariancji ANOVA nie wskazują na istotność tych różnic ($F = 0,93$; $p = 0,4256$). Warto jednak podkreślić, iż w percepcji dzieci-

ka nieobecność obojga rodziców spowodowana emigracją zarobkową generuje zmiany w zakresie realizacji ról rodzinnych. Dziecko zauważa, że role te ulegają ciągłym zmianom. Podejmujący pracę zarobkową poza miejscem zamieszkania rodzice często pragną zrekompensować dziecku swoją nieobecność poprzez zbyt liberalizację procesu wychowania i stawianych wymagań. Sytuacja taka sprzyja kształtowaniu się u dziecka błędnego obrazu realizowanych ról rodzinnych i kształtowaniu się niewłaściwych warunków dla jego rozwoju.

W percepcji badanych dzieci rodziny emigracyjne mogą wykazywać niski, umiarkowany bądź wysoki poziom patogennych ról rodzinnych. Poniższa tabela prezentuje szczegółowe dane.

Tabela 4. Poziom patogennych ról rodzinnych z uwzględnieniem typu rodziny emigracyjnej

Skala Typ rodziny	Role rodzinne		
	Poziom (w %)		
	niski	przeciętny	wysoki
Emigruje matka	19,4	65,3	15,3
Emigruje ojciec	15,1	64,4	20,5
Emigrują rodzice	12,7	61,8	25,5
Emigruje cała rodzina	17,5	67,5	15,0
OGÓŁEM	N = 53	N = 209	N = 58
	16,6	65,3	18,1

Źródło: obliczenia własne

Warto zauważyć, iż we wszystkich typach rodzin emigracyjnych dominuje przeciętny poziom patogennych ról rodzinnych. Nieznaczne różnice uwiadcniają się w rodzinach, w których decyzję o emigracji podjęli jednocześnie oboje rodzice, a dziecko pozostało w Polsce pod opieką innych osób. Z perspektywy osób świadczących poradnictwo rodzinne w ośrodkach pomocy społecznej skierowane do rodzin emigracyjnych występowanie mniejszej ilości patogennych ról rodzinnych sprzyja radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi, m.in. rozłąką z emigrującymi członkami rodziny lub zmianą warunków życia.

Poziom trudności rozwojowych i dezintegracji rodzinnej

Emigracja zarobkowa całych rodzin lub niektórych członków rodziny może być odczuwana przez dzieci jako sytuacja trudna lub kryzysowa. Niewątpliwe już etap podejmowania decyzji o wyjeździe zarobkowym może powodować stres, a nawet wiele negatywnych emocji u najmłodszych członków rodziny. To, w jaki sposób dana rodzina poradzi sobie z tą sytuacją, zależy od działań podejmowanych na rzecz rozwiązania pojawiających się problemów. W niektórych typach rodzin może dochodzić do integracji lub dezintegracji rodziny.

Skala „trudności rozwojowe” w inwentarzu „Profil Rodziny” służy do pomiaru poczucia trudności rozwojowych rodziny manifestujących się w schematyzmie działania, stagnacji, pesymizmie życiowym i bezradności w sytuacji kryzysu. Z kolei skala „dezintegracja rodzinna” mierzy poziom trudności rodziny w zintegrowanym przeciwstawianiu się kryzysom. Występowanie tych trudności natomiast wiąże się z sytuacjami kryzysowymi, które powodują, iż rodzina nie integruje się, nie ma poczucia własnej siły i zaradności, wręcz przeciwnie – nasila się poczucie zagrożenia i wrasta poziom dysfunkcjonalności. Poniżej zaprezentowano statystyki opisowe dla wymienionych skal.

Tabela 5. Statystyki opisowe dla skali „trudności rozwojowe” i „dezintegracja rodzinna”

Skala Typ rodziny	Trudności rozwojowe			Dezintegracja rodzinna		
	N	M	SD	N	M	SD
Emigruje matka	72	7,1	4,4	72	4,5	4,0
Emigruje ojciec	73	5,7	4,1	73	5,3	4,8
Emigrują rodzice	55	6,9	4,3	55	5,7	5,4
Emigruje cała rodzina	120	8,3	4,8	120	8,2	5,4
OGÓŁEM	320	7,2	4,5	320	6,3	5,2

Źródło: obliczenia własne

Wyniki analizy wariancji ANOVA wskazują na istotne różnice między średnim nasileniem trudności rozwojowych ($F = 5,26$, $p = 0,002$) oraz

dezintegracji rodzinnej ($F = 10,12$; $p < 0,001$) w czterech typach rodzin emigracyjnych. W percepcji badanych dzieci rodziny emigracyjne najczęściej charakteryzuje umiarkowana ilość trudności rozwojowych. Niższe wyniki (mniej trudności) obserwuje się w grupie rodzin, w których dzieci doświadczają emigracji zarobkowej ojca. Z kolei średnia wartość uzyskanych wyników w skali „dezintegracja rodzinna” wynosi 6,3³. Średnie wyniki w omawianej skali w poszczególnych typach rodzin wskazują na dominację umiarkowanego stopnia dezorganizacji życia rodzinnego.

Tabela 6. Poziom trudności rozwojowych i dezintegracji rodzinnej w poszczególnych typach rodzin emigracyjnych

Skala Typ rodziny	Trudności rozwojowe			Dezintegracja rodzinna		
	Poziom (w %)			Poziom (w %)		
	niski	przeciętny	wysoki	niski	przeciętny	wysoki
Emigruje matka	40,3	52,8	6,9	43,1	52,8	4,2
Emigruje ojciec	57,5	37,0	5,5	38,4	52,1	9,6
Emigrują rodzice	41,8	50,9	7,3	38,2	49,1	12,7
Emigruje cała rodzina	30,8	55,0	14,2	20,8	56,7	22,5
OGÓŁEM	N = 131	N = 159	N = 30	N = 105	N = 171	N = 44
	40,9	49,7	9,4	32,8	53,4	13,8

Źródło: obliczenia własne

Całą zbiorowość badanych charakteryzuje przeciętny poziom trudności rozwojowych, najczęściej obecnych w rodzinach, gdzie wyjechała matka, oboje rodzice czy cała rodzina. Ponadto okazuje się, że niewielki odsetek badanych dzieci spostrzega wysoki stopień trudności rozwojowych w swojej rodzinie, ale częściej ma to miejsce w rodzinach, które przebywają w Holandii – 14,2%. Jednocześnie ocena stopnia spostrzeganej przez dzieci dezintegracji w rodzinach nie kwalifikuje ich do systemów dysfunkcyjnych.

³ Jest to fragment szerszych badań B. Sordyl-Lipnickiej na temat funkcjonowania rodziny doświadczającej emigracji zarobkowej rodziców.

Poczucie funkcjonalności rodzin doświadczających emigracji zarobkowej

Poczucie funkcjonalności rodzin doświadczających emigracji zarobkowej wynika z poziomu osiągniętego w poszczególnych wymiarach: spójność, adaptacyjność, wzajemne zrozumienie, role rodzinne, trudności rozwojowe, dezintegracja rodzinna. Rezultaty analizy wariancji ANOVA potwierdzają istotne różnice w średnim poziomie poczucia funkcjonalności rodziny u dzieci z poszczególnych typów rodzin emigracyjnych ($F = 5,15$; $p = 0,0017$). Rodziny, które emigrują w całości, różnią się (na niekorzyść) w porównaniu z pozostałymi typami rodzin pod względem średnich wyników. Poniżej zaprezentowano szczegółowe dane.

Tabela 7. Statystyki opisowe dla skali „poczucie funkcjonalności”

Skala Typ rodziny	Poczucie funkcjonalności		
	N	M	SD
Emigruje matka	72	2,7	1,8
Emigruje ojciec	73	2,6	1,6
Emigrują rodzice	55	2,5	2,1
Emigruje cała rodzina	120	1,8	1,8
OGÓŁEM	320	2,3	1,9

Źródło: obliczenia własne

Wszystkie typy rodzin emigracyjnych uzyskują umiarkowane wartości średnie dla wskaźnika poczucia funkcjonalności. Zaobserwować można, iż w rodzinach, które w całości wyemigrowały do Holandii, wartości te są niższe, jednak nie można ich określić jako bardzo niskie. Funkcjonowanie rodzin, które w całości przebywają na emigracji, może zatem wykazywać pewne znamiona zaburzeń. Sytuacja ta jednak może wynikać z kilku przyczyn. Pobyt w obcym kraju, nowe warunki pracy, zmiana otoczenia, utrata przyjaciół oraz dalszych członków rodziny, np. dziadków, powoduje, iż rodzina będąca na emigracji nie jest w stanie poradzić sobie z pojawiającymi się problemami, co jednocześnie obniża jej poziom funkcjonowania.

Szczegółowa analiza funkcjonowania rodzin emigracyjnych pozwala również na wyróżnienie trzech poziomów poczucia funkcjonalności rodziny, tj. wysokiego, przeciętnego i niskiego. Dane na ten temat zawiera poniższa tabela.

Tabela 8. Poziom poczucia funkcjonalności w poszczególnych typach rodzin emigracyjnych

Skala Typ rodziny	Poczucie funkcjonalności		
	Poziom (w %)		
	niski	przeciętny	wysoki
Emigruje matka	11,1	73,6	15,3
Emigruje ojciec	9,6	76,7	13,7
Emigrują rodzice	16,4	76,4	7,3
Emigruje cała rodzina	45,0	49,2	5,8
OGÓŁEM	N = 78	N = 210	N = 78
	24,4	65,6	10,0

Źródło: obliczenia własne

W badanej zbiorowości dominuje przeciętny poziom poczucia funkcjonalności rodziny. Interesujące jest spostrzeżenie dotyczące rodzin o niskim poziomie poczucia funkcjonalności w ocenie dzieci. Wśród rodzin emigracyjnych o niskim poziomie funkcjonalności 45% stanowią te, które w całości zdecydowały się emigrować. Zatem rodziny przebywające w Holandii w percepcji dzieci funkcjonują gorzej, a ich sytuacja jest trudniejsza niż rodzin, które pozostają w rozłące z powodu emigracji niektórych członków. W percepcji dziecka pobyt poza granicami kraju z rodzicami bardziej negatywnie wpływa na funkcjonowanie rodziny, niż pozostanie w dotychczasowym miejscu zamieszkania z jednym z rodziców.

Dopełnieniem analizy wyników inwentarza „Profil Rodziny” Zbigniewa Gasia jest ukazanie korelacji między wszystkimi wymiarami funkcjonowania rodziny, tj. spójnością, adaptacyjnością, wzajemnym zrozumieniem, rolami rodzinnymi, trudnościami rozwojowymi i dezintegracją. Z obserwowanych zmiennych kształtujących funkcjonowanie rodzin emigracyjnych rysuje się

podział na dwie grupy. Pierwszą grupę stanowią takie zmienne (wymiary), jak: spójność, adaptacyjność i wzajemne zrozumienie, które jednocześnie zwiększają poczucie funkcjonalności rodziny, natomiast do drugiej grupy zalicza się takie zmienne, jak: role rodzinne, trudności rozwojowe i dezintegrację rodzinną, które wpływają na zmniejszenie poczucia funkcjonalności rodziny. Wyniki obliczeń zawiera poniższa tabela. Dodatkowo zamieszczono korelacje tych cech i sumaryczny wskaźnik poczucia funkcjonalności rodzin.

Tabela 9. Współczynniki korelacji liniowej cech z inwentarza „Profil Rodziny” dla wszystkich rodzin emigracyjnych

Adaptacyjność	Wzajemne zrozumienie	Role rodzinne	Trudności rozwojowe	Dezintegracja	
0,580	0,454	0,045	-0,346	-0,467	Spójność
	0,556	0,085	-0,427	-0,531	Adaptacyjność
		0,043	-0,376	-0,455	Wzajemne zrozumienie
			-0,059	0,059	Role rodzinne
				0,432	Trudności rozwojowe
					Dezintegracja

Źródło: obliczenia własne

* Wartość krytyczna (przy dwustronnym 5% obszarze krytycznym) = 0,1097

Istotne statystycznie korelacje między cechami w ramach jednej grupy są dodatnie, a między cechami z różnych grup – ujemne. W następujących parach cech: spójność i adaptacyjność, spójność i wzajemne zrozumienie, adaptacyjność i wzajemne zrozumienie, trudności rozwojowe i dezintegracja wraz ze wzrostem wartości jednej cechy rosną również wartości drugiej cechy. Natomiast im większe wartości obserwujemy w skalach: trudności rozwojowe i dezintegracja, tym niższe są wartości skal: spójność, adaptacyjność i wzajemne zrozumienie. Korelacje między zmienną role rodzinne a pozostałymi zmiennymi okazały się nieistotne statystycznie.

Wskazania dla poradnictwa rodzinnego w obszarze funkcjonowania rodzin emigracyjnych

Wraz z przemianami społecznymi, których przykładem może być migracja zarobkowa, konieczne jest wychodzenie naprzeciw wszelkim dysfunkcjom wynikającym z tych transformacji, a nawet przeciwdziałanie pojawianiu się ich negatywnych skutków. Jest to możliwe dzięki skorelowaniu poradnictwa rodzinnego z dynamiką występujących problemów i ze stopniem zaspokojenia potrzeb społecznych, co w efekcie pozwoli na określanie pożądanych tendencji w jego rozwoju. Warto podkreślić, że oferta specjalistycznego poradnictwa rodzinnego jest bardzo różnorodna. W poradniach pracują specjaliści, tacy jak: doradcy rodzinni, terapeuci rodzin, terapeuci uzależnień, psychologowie, radcy prawni, prawnicy, logopedzi, pedagodzy, mediatorzy, lekarze itp. Pomimo wielości inspiracji pomocowych wskazane jest stałe prowadzenie badań nad rodzinami doświadczającymi migracji i monitorowanie przebiegu skierowanego do nich poradnictwa (Jasnoch 2018). Jedną z głównych tez wynikających z prezentowanych badań wskazuje, że rozwój dziecka zaburza szczególnie rozłąka z matką, co znajduje potwierdzenie w literaturze (Chodkowska 2010: 69–71). Wówczas profil rodziny ulega największej dezintegracji. W dalszych badaniach warto byłoby zatem poddać pogłębionemu rozpoznaniu rodziny, w których dzieci zostają czasowo oddzielone od migrujących matek.

Bibliografia

- Chodkowska M. (2010), *Emigracja a problemy wychowawcze – studium porównawcze II i III Rzeczypospolitej Polskiej*, [w:] R. Bera (red.), *Wielka emigracja zarobkowa młodzieży. Wyzwania dla edukacji*, Wyd. UMCS, Lublin.
- Gaś Z. (2004), *Badanie zapotrzebowania na profilaktykę w szkole. Poradnik dla szkolnych liderów profilaktyki*, Wyd. Fundacja „Masz Szansę”, Lublin.
- Gaś Z. (1994), *Uzależnienia. Skuteczność programów profilaktycznych*, WSiP, Warszawa.
- Górny A., Kaczmarczyk P. (2003), *Uwarunkowania i mechanizm migracji zarobkowych w świetle wybranych koncepcji teoretycznych*, Wyd. ISS UW, Warszawa.
- Iglicka K. (2008), *Kontrasty migracyjne Polski. Wymiar transatlantycki*, Wyd. Scholar, Warszawa.
- Jasnoch M., *Specjalistyczne poradnictwo rodzinne*, <http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/Ekspertyza%20ZE%20RzD.pdf> [13.02.2018].

- Kargulowa A. (2010), *Zmiany w polskim poradnictwie*, „Edukacja Dorosłych”, nr 1 (62).
- Parysiewicz B., Tomkiewicz A. (2003), *Podstawowe sposoby prowadzenia poradnictwa małżeńsko-rodzinnego w parafii*, „Efektywne Zarządzanie Parafią”, nr 12.
- Rostowska T. (2009), *Psychologia rodziny. Małżeństwo i rodzina wobec współczesnych wyzwań*, Wyd. Difin, Warszawa.
- Szewczyk W. (1999), *Poradnictwo rodzinne – osobowy kontakt pomocny*, „Homo Dei”, nr 1.
- Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r., Dz.U. Nr 64, poz. 593.

Streszczenie

Dzieci, które doświadczają skutków migracji zarobkowej, żyją w specyficznych warunkach wychowawczych. Nierzadko ich system rodzinny jest poddawany negatywnym oddziaływaniom związanym z czasowym brakiem jednego lub obojga rodziców. W prezentowanych analizach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystując inwentarz „Profil Rodziny” Z. Gasia. Celem badań było określenie pozytywnych i negatywnych wymiarów funkcjonowania systemu rodzinnego z punktu widzenia dzieci. Analizom poddano spójność, adaptacyjność, poczucie wzajemnego zrozumienia, poziom trudności rozwojowych oraz dezintegracji rodzinnej. Wyniki badań pozwalają sądzić, że pomimo wielości inspiracji pomocowych, w tym w zakresie specjalistycznego poradnictwa rodzinnego, wskazane jest stałe diagnozowanie rodzin doświadczających migracji. Istotne jest także monitorowanie przebiegu skierowanego do nich poradnictwa. Jedną z głównych tez wynikających z prezentowanych analiz wskazuje, że rozwój dziecka zaburza szczególnie rozłąka z matką, co znajduje potwierdzenie w literaturze. Wówczas profil rodziny ulega największej dezintegracji. W dalszych badaniach warto byłoby zatem poddać pogłębionemu rozpoznaniu rodziny, w których dzieci zostają czasowo oddzielone od migrujących matek.

Słowa kluczowe: emigracja, specjalistyczne poradnictwo rodzinne, dziecko

Functioning of children of immigrants from the perspective of specialist family counseling

Summary

Children who are affected by economic migration live in a distinctive upbringing environment. Their family system is negatively affected by a temporary separation

from one or both parents. The presented analyses implement the diagnostic survey method using the Family Profile Inventory developed by Z. Gaš. The aim of the study was to define positive and negative characteristics of the family system functioning from the children's vantage point. Coherence, adaptability, sense of mutual understanding, the level of developmental difficulties and the level of family disintegration were analyzed. The results suggest that, despite numerous inspirations for assistance, including specialist family counselling, it is advisable to provide a constant diagnosis for the families affected by migration. It is also important to monitor the course of the counselling provided for those families. One of the theses arising from the presented analyses indicates that the development of the child is particularly disturbed by the separation from the mother, which is confirmed by the literature. This separation leads to the most significant disintegration. Therefore, further studies should be devoted to a more in-depth diagnosis of families in which children are temporarily separated from their migrating mothers.

Key words: emigration, specialist family counselling, child

Poradnictwo i pomoc dla osób współuzależnionych

1. Wstęp

Według Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) około 2% Polaków jest uzależnionych od alkoholu, około 4% żyje w otoczeniu alkoholika (będąc jego rodzicem lub małżonkiem), a także około 4% jest dzieckiem wychowywanym przez pijącego dorosłego. PARPA podaje też, że w 2016 roku średnie spożycie trunku zawierającego 100% alkoholu na pełnoletniego mieszkańca wyniosło 9,37 litra. To o 0,04 litra mniej niż w roku 2015, ale o 2,85 litra więcej niż w 1993 (materiały informacyjne parpa.pl). W 2016 roku najczęściej spożywanym alkoholem było piwo, następnie wyroby spirytusowe, potem wino i miody pitne (tamże). W Polsce poziom spożycia alkoholi mocnych oraz piwa jest wyższy od średniego w Unii Europejskiej. Odwrotnie jest w przypadku konsumpcji wina, gdzie zajmujemy najniższą pozycję (Poznańska, Rabczenko, Wojtyniak 2016: 338).

Z danych przedstawionych przez Główny Urząd Statystyczny w 2014 roku wynika, że o dwa punkty procentowe zmniejszył się w stosunku do roku 2009 odsetek osób pijących napoje alkoholowe. Zmiana ta odnosi się zarówno mężczyzn (85% do 83%), jak i kobiet (66% do 63%). Trzeba jednak zaznaczyć, że do picia alkoholu co najmniej raz w tygodniu przyznał się co trzeci mężczyzna i co siódma kobieta, trwająca zaś przynajmniej 12 miesięcy abstinencja dotyczyła 28% badanych. Co czwarta osoba, która spożywała alkohol w ciągu roku przed wykonaniem badania, robiła to przynajmniej raz w tygodniu, zwykle podczas weekendów (GUS 2015: 6, 7).

Niepokojące są statystyki dotyczące spożywania alkoholu przez dzieci i młodzież. Jak pokazano w opracowaniu Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), 42,6% badanych polskich nastolatków w wieku 11–15 lat pija jakikolwiek napój alkoholowy, w tym 6,4% co najmniej raz w tygodniu. Przypadki upicia się wystąpiły u 21,1% ankietowanych, przy czym 3,2% zrobi-

ło to więcej niż dziesięć razy (Dzielska 2014: 178). Co ciekawe – więcej nastolatków, którzy przyznali się do przynajmniej dwóch upić, pochodziło z rodzin zrekonstruowanych lub z jednym rodzicem niż tych, którzy dorastali w rodzinach biologicznych. Nie odnotowano natomiast znaczących różnic w sytuacji materialnej rodziny – ogólny odsetek upijających się dziewcząt i chłopców był identyczny w przypadku rodzin ubogich i zamożnych (Dzielska 2014: 183).

Przytoczone statystyki pozwalają na wyciągnięcie kilku konstatacji dotyczących spożywania alkoholu. Po pierwsze, jest ono problemem społecznym, który nieustająco wymaga zainteresowania specjalistów w zakresie profilaktyki, poradnictwa i leczenia. Po drugie, za priorytetowe należy uznać wdrożenie kompleksowych programów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży, jak również poradnictwa/terapii skierowanych do całych rodzin z problemem alkoholowym. Wreszcie, po trzecie, trzeba podkreślić znaczenie rodziny w kontekście konsumpcji alkoholu: jej funkcjonowanie może być traktowane jako czynnik zagrażający, ale i chroniący przed negatywnymi skutkami picia szkodliwego czy uzależnienia. Jak podkreślono w badaniu HBSC, funkcjonowanie to bardziej odnosi się do kwestii emocjonalnych niż materialnych.

2. Pojęcie i uwarunkowania współuzależnienia

Nadmierne spożywanie alkoholu, w tym uzależnienie, przez przynajmniej jedną osobę nie pozostaje obojętne dla pozostałych członków rodziny. Choroba alkoholowa determinuje całe życie rodzinne, decydując nie tyle o przebiegu jej dnia, ale – co bardziej dotkliwe – wpływa na całokształt procesów myślowych, emocje i działania żyjących z uzależnionym.

Pojęcie współuzależnienia zaczęło być stosowane w latach 70. XX wieku. Jak zauważają specjaliści, jego rozpropagowanie w środowisku psychoterapeutów nie oznaczało, że dopiero wtedy dostrzeżono konsekwencje picia odbijające się na pozostających w trzeźwości. Melody Beattie pisze, że „była to nazwa starego zjawiska” i że wcześniej już podejrzewano, iż „z ludźmi związanymi blisko z osobami uzależnionymi od środków chemicznych dzieje się coś dziwnego” (Beattie 2003: 50). Współuzależnienie odnosi się przede wszystkim do dorosłych osób, które są związane z chorym na chorobę alkoholową (lub też uzależnionych od innych substancji zmieniających świadomość

albo od czynności) i mogą od niego odejść (jeśli nie od razu, to po odbytych konsultacjach, poradnictwie, terapii). W przypadku dzieci zaś stosuje się termin „dorosłe dziecko alkoholika” (DDA), jednak z zastrzeżeniem, że w przyszłości także one mogą być współzależnione.

W definiowaniu współzależnienia, nazywanego również koalkoholizmem czy paraalkoholizmem, można wyodrębnić trzy podejścia (Margasiński 2000). Zgodnie z pierwszym interpretowane jest ono jako zaburzenie osobowości, drugie traktuje współzależnienie jako reakcję na czynniki zewnętrzne, na przykład stres, trzecie zaś oparte jest na założeniu, że współzależnienie jest chorobą. Stanowisko to popiera Pia Mellody, tłumacząca termin jako „upośledzenie dojrzałości spowodowane urazem z dzieciństwa”. Autorka podkreśla, że współzależnieni są niedojrzali lub dziecinni w stopniu przeszkadzającym im w życiu (Mellody 2007: 21, 22).

Utożsamianie współzależnienia z chorobą budzi jednak kontrowersje w środowisku niektórych terapeutów zajmujących się uzależnieniami, pracowników socjalnych czy lekarzy. Zaznaczają oni, że nie można traktować go jak alkoholizmu (ze względu na brak nieodwracalnych zmian np. w metabolizmie), i że nie zostało wpisane do Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. Z tych powodów proponują oni, by interpretować współzależnienie jako utrwaloną formę uczestnictwa w długotrwałej i trudnej lub niszczącej sytuacji życiowej związanej z patologicznymi zachowaniami partnera, ograniczającą w sposób istotny swobodę wyboru postępowania, prowadzącą do pogorszenia własnego stanu i utrudniającą zmianę własnego położenia na lepsze (Mellibruda, Sobolewska 1996: 424).

Na powstanie i rozwój współzależnienia ma wpływ nie tylko obecność uzależnionego i destrukcje związane z jego picciem, ale także:

- sytuacja w rodzinie/małżeństwie: struktura rodziny, pełnione role i obowiązki, więź emocjonalna, czynniki finansowe, zachowania pijącego, w tym stosowanie przez niego którejś z form przemocy (łatwiej dochodzi do współzależnienia, gdy m.in. istnieje silna zależność emocjonalna i materialna, pijący partner zachowuje się agresywnie),
- „wyposażenie osobiste”: doświadczenia z dzieciństwa, wzór rodziny własnej, przekonania na temat ról w rodzinie, poczucie własnej wartości, umiejętność stawiania granic, radzenia sobie w sytuacjach trudnych, proszenia o pomoc (współzależnieniu sprzyja m.in. brak wzorców funk-

cjonowania „zdrowej” – tj. wolnej od uzależnień rodziny, niedojrzałość emocjonalna),

- zmiany w funkcjonowaniu psychologicznym podczas trwania w związku: stawianie granic, zdolność obrony (do współuzależnienia dojdzie m.in., gdy osoba niepijąca będzie zaprzeczać chorobie, wierzyć, że wszystko się „jakoś” ułoży) (tamże).

Osoby współuzależnione, po pierwsze, trwają w układzie z uzależnionym, po drugie, poddając się niszczącym zmianom, jakie on wprowadza, same ten układ tworzą.

3. Symptomy i fazy współuzależnienia

Do współuzależnienia nie dochodzi nagle, z dnia na dzień. Rozwija się ono stopniowo, wraz z pogłębianiem się choroby alkoholowej członka rodziny. Literatura dostarcza wielu informacji na temat jego symptomów. Wielość ta jest uzasadniona, wszak każda jednostka kieruje się innymi wzorcami reagowania na sytuacja trudne, posiada odmienne zasoby, funkcjonuje w różnych warunkach społecznych. Według P. Mellody osoby, które doświadczają współuzależnienia, charakteryzują następujące symptomy osiowe/pierwotne, uniemożliwiające im nawiązanie „zdrowych stosunków z samymi sobą” (Mellody 2007: 22): trudności w doznawaniu poczucia własnej wartości, trudności w wytyczaniu granic między sobą a innymi, trudności we właściwym poznaniu obiektywnej prawdy o sobie (kim się jest, jak dzielić się sobą z innymi), trudności we właściwym adresowaniu swoich dorosłych potrzeb/pragnień, w troszczeniu się o siebie, oraz trudności w doświadczaniu i wyrażaniu obiektywnej prawdy o sobie. Wymienione symptomy pierwotne dotyczące stosunku do siebie wpływają na trudności, jakie osoby współuzależnione mają w kontaktach interpersonalnych (symptomy wtórne). Autorka wymienia tu: wadliwe umiejscowienie roli kierowniczej, oburzenie, upośledzoną duchowość, uzależnienia bądź schorzenia psychiczne/fizyczne oraz kłopoty z nawiązaniem bliskiego, poufalego kontaktu z partnerem (Mellody 2007: 22, 23).

P. Mellody zawarła symptomy współuzależnienia w kilku punktach. M. Beattie wyróżnia zaś 14 obszarów z przypisanymi im cechami, którymi mogą odznaczać się osoby współuzależnione. Wśród nich są na przykład:

opiekuńczość (poczucie odpowiedzialności za innych, odczuwanie przymusu pomagania, odgadywanie potrzeb innych, zadowalanie innych kosztem siebie); poczucie niskiej wartości (obwinianie siebie za wszystko, nieprzyjmowanie komplementów, wmawianie sobie, że niczego się nie potrafi, przymus bycia perfekcyjnym); tłumienie (sprawianie wrażenia bycia sztywnym, wymazywanie ze świadomości myśli i uczuć spowodowane lękiem); obsesje (trudności w zasypianiu spowodowane problemami innych, zamartwianie się); kontrolowanie (poczucie, że wie się najlepiej, jak coś powinno być zrobione, kontrolowanie przebiegu wydarzeń i osób biorących w nich udział); zaprzeczanie (ignorowanie problemów, udawanie, że „nie jest tak źle”, sięganie po środki uspokajające); uzależnienie (rozpaczliwe poszukiwanie akceptacji, zgoda na złe traktowanie, by utrzymać związek); trudności w porozumiewaniu się (zmuszanie innych do określonych zachowań poprzez prośby, groźby, przekupstwa, kłamstwa w obronie bliskich i siebie) czy rozmyte granice tolerancji (pozwalanie na ranienie siebie, brak zgody na pewne zachowania, przy stopniowej coraz większej ich akceptacji) itd. (Beattie 2003: 60–70).

Współuzależnienie bywa traktowane jako proces, co oznacza, że możliwe jest wyodrębnienie poszczególnych występujących po sobie etapów:

- zaprzeczanie – traktowanie nadmiernego picia (jeszcze nie uzależnienia) jako sytuacji przejściowej, którą można usprawiedliwić;
- próby rozwiązania problemu – podejmowanie interwencji mających na celu zapobieganie lub ograniczenie picia: rozmowy, prośby, kontrolowanie zachowania pijącego, wymuszanie obietnic; działania te angażują całą rodzinę, prowadząc do napięć, kłótni, odwrócenia ról, rozczarowań, wycofania się rodziny ze spotkań towarzyskich;
- dezorganizacja i chaos – silniejsza koncentracja na alkoholu osoby pijącej, zaniedbania w pełnieniu ról, brak zainteresowania rodziną, nasilające się kryzysy, słabnąca nadzieja na ich rozwiązanie, partner pijącego stopniowo rezygnuje z kontrolowania go i koncentruje się na doraźnych problemach;
- reorganizacja dotychczasowego stylu życia – angażowanie się w działania pozwalające na złudny powrót do „normalności”, m.in. poprzez przejęcie odpowiedzialności za rodzinę i zwolnienie z niej pijącego;
- próby ucieczki – podejmowanie prób zakończenia związku (separacja, rozwód) lub pozostanie przy uzależnionym przy jednoczesnym kontynuowaniu działań ograniczających skutki picia;

- reorganizacja rodziny – ustalenie nowego podziału obowiązków, układu ról, nowej struktury zarówno po zakończeniu związku, jak i w sytuacji, gdy uzależniony zdecydował się na abstynencję (Kinney, Lepton 1996: 148–151).

Specjaliści zaznaczają jednak, że zarysowane etapy są umowne – rodziny przechodzą przez nie z różną intensywnością, w różnym czasie, niekiedy nawet całkowicie pomijając pewne fazy, na przykład odejście od partnera (Fudała, Dąbrowska, Łukowska 2013: 38).

4. Pomoc świadczona osobom współuzależnionym

Bez względu na przebieg współuzależnienia trzeba mieć na uwadze konsekwencje, jakie powoduje. Zarysowane powyżej symptomy i etapy jednoznacznie wskazują, że rozwój współuzależnienia jest dla jednostki szkodliwy. Jego skutki dotyczą zarówno stanu psychicznego, jak i fizycznego. Destrukcyjna relacja powoduje m.in. przeciążenia emocjonalne, długotrwałe odczuwanie stresu, napięcie, niepokoju, poczucie bezradności, zmęczenia, wstydu, wybuchy złości lub tłumienie jej. Towarzyszą im bóle głowy, brzucha, bezsenność. Wziąwszy dodatkowo pod uwagę konsekwencje odnoszące się do społecznego funkcjonowania (takie jak: nadmierne kontrolowanie innych, nieumiejętność zawierania i utrzymywania relacji interpersonalnych), warto rozważyć skorzystanie z profesjonalnej pomocy.

W literaturze stosowane są pojęcia: wsparcie, pomoc, a także poradnictwo, doradztwo, terapia. Niektórzy autorzy traktują je jako synonimy. Alicja Kargulowa zaznacza na przykład, że „poradnictwo niejednokrotnie utożsamia się z doradztwem i traktuje albo jako działanie społeczne [...] lub jako działalność instytucji – poradni (Kargulowa 2004: 37). Inni uwypuklają zauważalne pomiędzy nimi różnice. Wiesława Okła podkreśla, że doradztwo polega na dostarczeniu szukającemu pomocy gotowej odpowiedzi, podczas gdy w poradnictwie dochodzi do rozwiązywania swoich trudności samodzielnie, ale w trakcie kontaktu z profesjonalistą (Okła 2013: 51).

Pomijając różnice semantyczne, trzeba zaznaczyć, że każda z wymienionych działalności jest nakierowana na jednostkę doświadczającą i/lub przeżywającą trudności, których nie potrafi samodzielnie pokonać. W przypadku pomocy dla osób współuzależnionych warto rozpatrzyć przynajmniej kilka jej form.

4.1. Pomoc społeczna, praca socjalna i poradnictwo socjalne

Istotą pomocy społecznej jest umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężania trudnych sytuacji życiowych, których nie są w stanie pokonać, pomimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości (Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej Dz.U. 2017, poz. 1769, art. 2 ust. 1). Pomoc społeczną organizują organy administracji rządowej i samorządowej, w partnerstwie z organizacjami pozarządowymi czy Kościołem katolickim (tamże, art. 2 ust. 2). Składa się ona z trzech instrumentów: pracy socjalnej, świadczeń oraz usług (Kaźmierczak, Łuczyńska 1998: 92). Przesłankami do jej udzielenia są m.in. alkoholizm, narkomania czy sytuacje kryzysowe (Ustawa o pomocy społecznej, art. 7 pkt 13 i 14).

Z danych opracowanych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (MRPiPS) w 2017 roku wynika, że stały się one powodem przyznania pomocy dla ponad 120 tysięcy osób. Wśród nich najwięcej dotyczyło przypadków alkoholizmu – 104 821, następnie sytuacji kryzysowych – 10 573, najmniej zaś narkomanii – 4806 (www.mpips.gov.pl). Statystyki MRPiPS nie ukazują jednak rodzajów pomocy udzielonej ze względu na konkretną przyczynę. Patrząc na nie całościowo, zauważa się, że na przykład z zasiłków celowych nie dotyczących sytuacji bezrobocia, niepełnosprawności czy długotrwałej choroby (czyli m.in. uzależnień, przemocy, ochrony macierzyństwa itd., zgodnie z art. 7 ustawy o pomocy społecznej) skorzystało 31 256 rodzin (84 673 osób w rodzinach), z posiłków – 272 809 rodzin (1 000 161 osób w rodzinach), a pracą socjalną objęto 626 261 rodzin (1 387 400 osób w rodzinach). Gdy porównamy te wyniki z rokiem 2016, widać wyraźną tendencję spadkową: zasiłki celowe wypłacono wówczas 52 582 rodzinom (158 364 osobom w rodzinach), z posiłków skorzystały 383 234 rodziny (1 428 788 osób w rodzinach), a praca socjalna dotyczyła 894 765 rodzin (2 100 686 osób w rodzinach). Prawdopodobnie stało się tak ze względu na malejącą skalę bezrobocia i świadczenie wychowawcze, tzw. rządowy program „500 plus”.

Ważnym instrumentem pomocy społecznej jest praca socjalna, rozumiana jako działalność zawodowa skierowana ku osobom lub rodzinom w celu wzmocnienia bądź odzyskania zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie, poprzez pełnienie odpowiednich ról społecznych oraz tworzenie warunków do tego (Ustawa o pomocy społecznej, art. 6 pkt 12). Międzynarodowa Federacja Pracowników Socjalnych interpretuje ją jako profesję wspierającą zmianę

społeczną, rozwiązywanie problemów międzyludzkich, a także umacnianie i wyzwalanie ludzi w celu wzbogacenia ich dobrostanu (Beckett 2008: 5). Oba ujęcia akcentują rolę pracownika socjalnego w pracy z osobą i/lub rodziną w jej środowisku. Pracownik socjalny zwykle nie jest terapeutą, co oznacza, że nie może podjąć się konsultacji ani terapii. Jest za to przygotowany do świadczenia profesjonalnej pomocy w zakresie wstępnego rozpoznania problemu. Bywa, że jest pierwszym specjalistą, który sytuację panującą w rodzinie nazwie współzależnieniem. Jego zadania sprowadzają się zatem do:

- przeanalizowania sposobu funkcjonowania rodziny – w tym występujących w niej trudności, zidentyfikowania ich przyczyn, rozpoznania warunków bytowych i społecznych (utrzymywanie kontaktów społecznych), pozycji dziecka i zaspokojenia jego potrzeb, w tym bezpieczeństwa. Narzędziem wykorzystywanym na tym etapie jest kwestionariusz wywiadu środowiskowego. Rozpoczynając kontakt z osobą współzależną, pracownik socjalny może też ukazać klientowi (i jego rodzinie) różnice pomiędzy rodziną zdrową a chorą (kwestie przysługujących praw, otrzymywanego wsparcia, stawianych granic), co pomoże w podjęciu decyzji o skorzystaniu z pomocy;
- ustalenia planu pomocy i jego realizacji – może ona obejmować udzielenie – jeśli istnieją ku temu przesłanki – przewidzianych w ustawie o pomocy społecznej świadczeń pieniężnych i niepieniężnych (Ustawa o pomocy społecznej, art. 36, pkt 1 i 36, pkt 2), ale także na poradnictwie socjalnym w zakresie przysługujących praw, informacji o miejscach, w których można uzyskać wsparcie, współpracy z instytucjami (np. poradnie, sądy, szkoła, ośrodki interwencji kryzysowej, komisje rozwiązywania problemów alkoholowych). Pracownik socjalny pełni tu rolę koordynatora, który czuwa nad przebiegiem wytyczonych wspólnie z klientem działań (mogą one zostać spisane w formie kontraktu socjalnego; tamże, art. 6 pkt 6; art. 11 ust. 2; art. 45 ust. 2; art. 108). Ponadto, jeśli współzależnienie w rodzinie występuje jednocześnie z przemocą domową, pracownik socjalny może wszcząć procedurę „Niebieskiej Karty”. Kompetencję tę posiada również Policja, gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych, przedstawiciele oświaty czy ochrony zdrowia (Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, Dz.U. 2015, poz. 1390, art. 9d, ust. 2);

- monitorowania sytuacji rodziny – poprzez aktualizację wywiadu środowiskowego, uczestnictwo klienta (rodziny) w projekcie socjalnym.

Jak zauważa Anna Weissbrot-Koziarska, w przypadku występowania uzależnienia pracownik socjalny musi szczególną troską otoczyć dzieci. Są one bowiem narażone na chroniczne zaniedbania powodujące nieprawidłowy rozwój emocjonalny. Jednocześnie podkreśla konieczność zaproponowania rodzinie wsparcia informacyjnego dotyczącego działalności instytucji i organizacji zajmujących się uzależnieniami (Weissbrot-Koziarska 2012: 129).

4.2. Interwencja kryzysowa

Ustawa o pomocy społecznej definiuje interwencję kryzysową jako zespół interdyscyplinarnych działań, których celem jest przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie, a dzięki temu zapobieganie przejściu reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej (tamże, art. 47 ust. 1). Świadczona jest potrzebującym – osobom i rodzinom będącym w stanie kryzysu – bez względu na ich dochód (tamże, art. 36 pkt 2, lit. h, art. 47 ust. 2). Polega na udzieleniu natychmiastowej specjalistycznej pomocy psychologicznej, a jeśli sytuacja tego wymaga – także poradnictwa socjalnego lub prawnego. W uzasadnionych przypadkach udziela się ponadto schronienia do trzech miesięcy (tamże, art. 47 ust. 3). Zapewniają je nie tylko ośrodki interwencji kryzysowej (OIK), ale także domy dla matek/ojców z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży (tamże, art. 47 ust. 4). Choć zagwarantowanie schronienia jest obowiązkiem gminy (tamże, art. 17 ust. 1, pkt 3), to prowadzenie OIK leży w kompetencjach powiatu i jest jego zadaniem własnym (tamże, art. 19 pkt 12). W 2017 roku skorzystało z niej 11 915 rodzin (osób w rodzinach 32 158), a w 2016 – 21 234 rodziny (54 489 osób w rodzinach).

Interwencja kryzysowa prowadzona jest przede wszystkim wobec osób doświadczających przemocy domowej. Wziąwszy jednak pod uwagę jej powiązanie z uzależnieniem (choć samo uzależnienie nie jest przyczyną stosowania przemocy), nie można jej pominąć w kontekście omawiania form pomocy dedykowanych współuzależnionym. Praktyka psychologa, terapeuty czy pracownika socjalnego pokazuje bowiem, że osoby trafiające do OIK, najczęściej kobiety, trwają w toksycznych związkach z pijącymi partnerami/mężami i emocjonalnie nie są gotowe do zakończenia relacji.

Interwencja kryzysowa nie jest tożsama z doradztwem czy poradnictwem. Oznacza szybkie poradzenie sobie z aktualnym problemem, na przykład biciem uzależnionego. James L. Greenstone i Sharon C. Leviton uważają, że polega ona na opanowaniu kryzysu – np. zapewnieniu bezpieczeństwa, a nie rozwiązaniu problemu, który ją powodował – tu aktom przemocy fizycznej (Greenstone, Leviton 2006: 17). Z tego powodu należy uznać ją za początek działalności pomocowej, która powinna być kontynuowana w formie psychoterapii długo- lub krótkoterminowej.

4.3. Poradnictwo psychologiczne i psychoterapia

Poradnictwo psychologiczne i psychoterapia nie są synonimami. Poradnictwo adresowane jest do osób zdrowych, doświadczających kryzysu, które nie radzą sobie z wykonywaniem zadań rozwojowych. Jest asystowaniem tym, którzy mają trudności z podjęciem ważnej decyzji. Jego celem może być także doskonalenie talentów lub samego siebie (Czabała 2015: 22). Psychoterapia zaś jest polecana osobom z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Ukierunkowana jest na uświadomienie pacjentowi jego właściwości intrapsychicznych uniemożliwiających zaspokojenie własnych potrzeb. Można więc powiedzieć, że psychoterapia sięga głębiej, poszukując przyczyn problemów, podczas gdy poradnictwo opiera się na bieżących trudnościach i ich pokonaniu (Czabała 2016: 531, 532).

W przypadku współuzależnienia poradnictwo psychologiczne powinno koncentrować się na: identyfikacji problemu i rozpoznania jego konsekwencji, poznawczym przeformułowaniu problemu (na przykład: „mój partner/moja partnerka pije, nie daję już rady” na „mój partner jest uzależniony / moja partnerka jest uzależniona, co mogę robić?”), poszukiwaniu czynników utrudniających i sprzyjających jego rozwiązaniu, opracowaniu planu działania (cele poradnictwa psychologicznego opisano m.in. w: Czabała 2015: 22–38).

Efektem poradnictwa może być podjęcie decyzji o uczestnictwie w psychoterapii. Według Zofii Sobolewskiej powinna ona koncentrować się na poszukiwaniu mechanizmów współuzależnienia. Na etapie początkowym konieczne jest stworzenie warunków do poznania sytuacji i zrozumienia schematów postępowania w związku. Omówienia wymaga tu sytuacja rodzinna rozumiana zarówno jako struktura, przyjęte role, pełnione funkcje, istniejące zależności,

ale i relacje pomiędzy pijącym a współuzależnionym. Istotą tego etapu jest rozpoznanie nieefektywnych reakcji na zachowania uzależnionego. Sobolewska wyróżnia tu: nieudane próby zmiany sytuacji (np. nadopiekuńczość, kontrolowanie), nieudane próby wycofania się z sytuacji (użalanie się, straszenie, udawanie odejścia) oraz szkodliwe sposoby przystosowania się (branie na siebie odpowiedzialności, zachowanie pozorów „normalnej” rodziny, zaniedbanie własnych potrzeb przy jednoczesnej koncentracji nad potrzebami osoby pijącej). Ich wykrycie stanowi podstawę do wypracowania zmian.

W drugim etapie psychoterapia koncentruje się na rozpoznaniu przyczyn powtarzania przyjętych, lecz nieskutecznych zachowań oraz wizji życia z osobą uzależnioną. Pracuje się nad poznaniem przekonań na temat roli żony i męża, ich relacji, postrzegania siebie, swoich zasobów i ograniczeń. Celem psychoterapii jest stworzenie odmiennej od dotychczasowej wizji życia, w której trwanie w związku z uzależnionym nie musi być koniecznością (w: Kisiel 2001: 12–14).

Propozycję pracy terapeutycznej ze współuzależnionymi kobietami opracowała m.in. Mirosława Kisiel. Tematyka poruszanych przez nią zajęć koncentruje się wokół przekazania wiedzy o chorobie alkoholowej i samym współuzależnieniu, rozpoznania sytuacji rodzinnej, autodiagnozy, a także ćwiczenia konstruktywnych zachowań. Pacjentki są zobowiązane (poprzez podpisany kontrakt) do aktywnego i regularnego uczestnictwa w zajęciach oraz w spotkaniach Al-Anon, wykonywania zadań domowych, prowadzenia dziennika uczuć (tamże: 16–17).

Jak już wspomniano, współuzależnienie nie jest jednostką chorobową i nie widnieje w spisie ICD-10. W celu jego przypisania stosuje się klasę zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną (por. F43, F45, F48, Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10). Poradnictwo i psychoterapia prowadzone są w poradniach zdrowia psychicznego (do których potrzebne jest skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu), poradniach uzależnień (skierowanie nie jest wymagane zgodnie z art. 57 ust. 2 pkt 11 lit. b Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2017, poz. 1938). Informacji o miejscach, w których odbywają się psychoterapia i poradnictwo, można też uzyskać w punktach konsultacyjnych, ośrodkach pomocy

społecznej, przychodniach rejonowych, w gminnych komisjach rozwiązywania problemów alkoholowych.

Jak wynika z opublikowanego przez PARPA raportu Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2016 roku, w kraju działało 597 grup Al-Anon, w punktach konsultacyjnych odbyto 142 153 porady dla 66 114 dorosłych członków rodzin osoby z problemem alkoholowym, w tym współuzależnionych i DDA (tamże: 35, 37). Porównując powyższe dane z wynikami z 2015 roku, widać, że w 2016 blisko o 100 zwiększyła się liczba grup Al-Anon, ale i wzrosła liczba porad – udzielono ich 147 405 dla 70 590 zgłaszających się (PARPA 2015: 32, 34). Problematyka uzależnienia i współuzależnienia jest więc wciąż palącą i wymaga realizacji szeroko rozumianych działań profilaktycznych i pomocowych.

4.4. Poradnictwo prawne

Osoby współuzależnione, poza trudnościami natury psychicznej/emocjonalnej, borykają się często z problemami natury prawnej dotyczącymi na przykład: doświadczania przemocy, długów spowodowanych uzależnieniem członka rodziny, brakiem środków do życia, zagrożeniem dobra dziecka. Potrzebują porady na temat instrumentów prawnych, które pozwoliłyby im wyjść z kryzysu, zabezpieczyć egzystencję, odizolować się od osoby uzależnionej, która swoim zachowaniem uniemożliwia wspólne zamieszkiwanie. Fachowa porada jest niezbędna chociażby ze względu na różnorodność sytuacji osób współuzależnionych i związaną z tym wielość problemów. Współuzależnieni mogą potrzebować informacji o instytucjach z zakresu różnych gałęzi prawa: rodzinnego, cywilnego, administracyjnego czy karnego.

W opracowaniach naukowych z zakresu uzależnień podkreśla się, że nie są one przyczyną zachowań agresywnych, choć niejednokrotnie zdarza się, że są ze sobą związane. Z tego powodu warto przytoczyć kilka kwestii wynikających z prawa cywilnego i rodzinnego, które mogą stać się tematem poradnictwa prawnego udzielanego partnerom/współmałżonkom uzależnionego. Zaliczyć do nich można między innymi:

- prawo do bezpłatnej terapii dla członków rodziny osoby uzależnionej od alkoholu, dotkniętych następstwami nadużywania przez nią alkoholu (Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz.U. 2016, poz. 487, art. 23);

- przymusowe leczenie odwykowe – przesłankami są: powodowanie rozkładu życia małżeńskiego, demoralizacji, uchylanie się od pracy albo systematyczne zakłócanie spokoju lub porządku publicznego. O obowiązku takiego leczenia orzeka sąd na wniosek gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych lub prokuratora, z kolei wniosek do komisji może złożyć każdy, kto udokumentuje występowanie wymienionych przesłanek. Orzeczenie o skierowaniu na leczenie przymusowe zapada podczas rozprawy, która powinna odbyć się w terminie miesiąca od dnia wpływu wniosku. Leczenie odbywa się w ośrodkach stacjonarnych lub niestacjonarnych (tamże, art. 24 i nast.). Sąd nie orzeka z góry o czasie trwania leczenia, jednak ustawodawca w art. 34 ust. 1 zaznaczył, że nie jest ono dłuższe niż dwa lata od chwili uprawomocnienia się postanowienia;
- eksmisja – orzeka o niej sąd wobec byłego małżonka, małżonka, każdego innego współlokatora, gdy jego rażące naganne postępowanie uniemożliwia wspólne zamieszkiwanie (Ustawa z dnia 21 czerwca 2001 r. o ochronie praw lokatorów, mieszkaniowym zasobie gminy i o zmianie k.p.c., Dz.U. 2017, poz. 1442, art. 13 ust. 2). Pozew o nakazanie eksmisji kieruje się do sądu rejonowego, do wydziału cywilnego właściwego dla miejsca zamieszkania pozwanego (Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego, Dz.U. 2018, poz. 155, art. 16 i art. 27 k.p.c.) Eksmisja może być też orzeczona w ramach postępowania rozwodowego (art. 58 §2 zd. 2 k.r.o.);
- zaspokojenie potrzeb rodziny – zgodnie z art. 27 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego małżonkowie są zobowiązani, według swych sił oraz możliwości zarobkowych i majątkowych, przyczyniać się do zaspokajania potrzeb utworzonej przez nich rodziny. Jeżeli jeden z małżonków nie spełnia tego obowiązku (na przykład w związku z uzależnieniem od alkoholu), sąd może nakazać, by jego wynagrodzenie za pracę albo inne przypadające mu należności, były w całości lub w części wypłacane drugiemu małżonkowi (art. 28 k.r.o.).
- obowiązek alimentacyjny – wynika przede wszystkim ze stosunku pokrewieństwa, powinowactwa i przysposobienia. Osoby, które ze względu na sytuację życiową lub osobistą nie są w stanie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb, są uprawnione do świadczeń alimentacyjnych.

Hierarchię obowiązku alimentacyjnego precyzują artykuły 60, 129 i 130 k.r.o. Osoba uprawniona do alimentów musi znajdować się w niedostatku. Wyjątek stanowi tzw. uprzywilejowany obowiązek alimentacyjny, który ma miejsce w przypadku obowiązku alimentacyjnego rodziców na rzecz dzieci oraz małżonka winnego rozkładu pożycia małżeńskiego na rzecz małżonka niewinnego (nie muszą udowadniać niedostatku). Z kolei zobowiązany, aby mógł realizować obowiązek alimentacyjny, musi wykazać możliwości zarobkowe albo majątkowe. Pozew o alimenty należy złożyć w sądzie rejonowym właściwym ze względu na miejsce zamieszkania pozwanego lub powoda (właściwość przemienna) (art. 27 i 32 k.p.c.). Obowiązek alimentacyjny podlega szczególnej ochronie prawnej. W szczególności strona dochodząca roszczeń alimentacyjnych oraz strona pozwana w sprawie o obniżenie alimentów są zwolnione z obowiązku uiszczania opłat sądowych (art. 96, ust. 1 pkt 2 Ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, Dz.U. 2016, poz. 623);

- ograniczenie i pozbawienie władzy rodzicielskiej – jeżeli w wyniku uzależnienia rodzica zagrożone jest dobro dziecka, sąd może zaingerować w sprawowaną przez niego władzę rodzicielską poprzez jej ograniczenie albo pozbawienie. Przesłanką ograniczenia jest naruszenie dobra dziecka (art. 109 k.r.o.) oraz brak porozumienia małżonków o sposobie wykonywania władzy rodzicielskiej i utrzymywaniu kontaktów z dzieckiem po rozwodzie (art. 58 §1 a k.r.o.) albo brak analogicznego porozumienia rodziców dziecka w sytuacji, gdy żyją oni w rozłączeniu (art. 107. § 2 k.r.o.). Wniosek w tej sprawie może złożyć każdy z rodziców do wydziału rodzinnego i nieletnich sądu rejonowego z uwzględnieniem właściwości miejsca zamieszkania dziecka lub jego pobytu. Postępowanie może też być wszczęte z urzędu. Do pozbawienia władzy rodzicielskiej w stosunku do jednego lub obojga rodziców dochodzi, gdy nie może być ona wykonywana z powodu trwałej przeszkody, gdy władza jest nadużywana lub gdy rodzice w rażący sposób zaniedbują obowiązki wobec dziecka (art. 111 §1 k.r.o.). Przejawem jej nadużywania może być m.in. uzależnienie czy stosowanie przemocy fizycznej lub psychicznej. Postępowanie wszczynane jest z urzędu lub na wniosek w wydziale rodzinnym i nieletnich sądu rejonowego;

- separacja – zgodnie z art. 611 §1 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego sąd może orzec separację wobec małżonków, pomiędzy którymi nastąpił zupełny rozkład pożycia. Jednym z warunków jest jednak dobro wspólnych małoletnich dzieci, to znaczy: gdy istnieje możliwość, że ucierpią one na skutek separacji, wówczas nie będzie ona dopuszczalna. Zatem w kontekście uzależnienia jednego z rodziców separacja może być uznana za właściwy sposób ochrony dziecka. Wniosek (lub pozew) o jej orzeczenie składa się do wydziału cywilnego sądu okręgowego;
- rozwód – przesłankami jego orzeczenia są zupełny i trwały rozkład pożycia małżeńskiego – przesłanki pozytywne (art. 56 §1 k.r.o.). Natomiast pomimo istnienia przesłanek negatywnych orzeczenie rozwodu będzie niedopuszczalne, gdy: wskutek tego ucierpi dobro wspólnych małoletnich dzieci małżonków; jego orzeczenie będzie sprzeczne z zasadami współżycia społecznego; żąda go małżonek wyłącznie winny rozkładu pożycia społecznego, a małżonek niewinny nie zgadza się na rozwód (negatywne przesłanki rozwodowe) (art. 56 §2 i 3 k.r.o.). Uzależnienie może być podstawą do orzeczenia rozwodu, gdyż zaburza utrzymanie więzi psychicznej/duchowej, fizycznej i gospodarczej. Ponadto istnieje prawdopodobieństwo, że pomiędzy małżonkami nie nastąpi powrót do wspólnego pożycia (trwałość rozkładu pożycia małżeńskiego). Pozew rozwodowy składa się do wydziału cywilnego sądu okręgowego, w którego okręgu małżonkowie mieli ostatnie miejsce zamieszkania, jeżeli choć jedno z nich w okręgu tym jeszcze ma miejsce zamieszkania lub zwykłego pobytu. Z braku takiej podstawy wyłącznie właściwy jest sąd miejsca zamieszkania strony pozwanej, a jeżeli i tej podstawy nie ma – sąd miejsca zamieszkania powoda (art. 41 k.p.c.);
- odszkodowanie i zadośćuczynienie za doznaną krzywdę – życie z osobą uzależnioną od alkoholu (ale także i od innych środków zmieniających świadomość lub od czynności) oznacza trwanie w „emocjonalnym pogotowiu”, odczuwanie stresu, napięcia. Zgodnie z art. 444 §1 kodeksu cywilnego w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przy-

gotowania do innego zawodu. Jak wcześniej zaznaczono, terapia dla członków rodziny osoby uzależnionej od alkoholu jest bezpłatna, jednak możliwe jest odbywanie jej w prywatnych gabinetach, w których spotkania z psychoterapeutą są płatne. Odszkodowanie może też pokrywać koszty (jeśli jest to uzasadnione) turnusów wyjazdowych, konsultacji u psychiatrów, zakupu przepisanych przez nich leków. Odszkodowania i zadośćuczynienia dochodzi się w sądach rejonowych lub okręgowych.

Trzeba zwrócić uwagę, że dochodzenie swoich praw wymaga odpowiedniego przygotowania nie tylko w kontekście znajomości istniejących procedur, w tym opracowywania pism kierowanych do sądu czy prokuratury, ale także psychicznego. Czynne uczestnictwo w wymienionych sprawach (składanie zeznań) wymaga odporności i umiejętności kontrolowania emocji. Niejednokrotnie więc powinno przebiegać równolegle z psychoedukacją, poradnictwem lub psychoterapią, nastawionymi na wzmocnienie jednostki.

5. Podsumowanie

Współzależnienie bywa nazywane matnią, sytuacją bez wyjścia czy pułapką. Spowodowane jest to kilkoma czynnikami. Po pierwsze, zwykle w centrum zainteresowania dalszej rodziny czy znajomych jest osoba pijąca, jej kondycja psychofizyczna, ilość spożywanego alkoholu. O wiele rzadziej podmiotem troski jest sytuacja współzależnionego. Jak pisze M. Beattie, ich cierpienia „nie rzucają się w oczy, bo przesłaniają je zachowania osób uzależnionych. Jeśli udaje im się powrócić do zdrowia, to dzieje się to również niejako na drugim planie i rzadko zwraca uwagę postronnych” (Beattie 2003: 21). Po drugie, bywa, że właśnie współzależniony uznawany jest przez otoczenie za odpowiedzialnego za pijącego. Ze względu na wspólne zamieszkiwanie, czy po prostu bycie razem (nawet przy prowadzeniu osobnych gospodarstw domowych), przyjmuje się, że na nim spoczywa obowiązek „zajęcia się” chorym. Po trzecie, u niektórych osób istnieje silne przekonanie o konieczności trwania w związku, zwłaszcza małżeńskim, pomimo doświadczanych trudności. Wreszcie, po czwarte, same mechanizmy współzależnienia powodują postawianie schematów utrudniających „spojrzenie z góry” i dostrzeżenie chaosu, ograniczeń i destrukcji spowodowanych piciem bliskiej osoby.

W artykule zaprezentowano kwestie pomocy i poradnictwa ukierunkowanego na osoby zmagające się z czymś uzależnieniem. Im szybciej skorzystają one z profesjonalnej, a do tego kompleksowej pomocy, tym skuteczniej zadbają o siebie, a być może i o innych członków rodziny (na przykład dzieci). Choć uświadomienie sobie i przepracowanie uzależnienia partnera jest trudne, warto zrozumieć, że *de facto* jest łatwiejsze od życia z pijącym.

Bibliografia

- Beattie M. (2003), *Koniec współuzależnienia*, Wyd. Media Rodzina, Poznań.
- Beckett Ch. (2008), *Essential Theory for Social Work Practice*, Wyd. Sage, Great Britain.
- Czabała C.J., Kluczyńska S. (red.) (2015), *Poradnictwo psychologiczne*, PWN, Warszawa.
- Czabała C.J. (2016), *Poradnictwo a psychoterapia*, „Roczniki Psychologiczne / Annals of Psychology”, t. XIX, nr 3: 519–533.
- Dzielska A. (2014), *Picie alkoholu*, [w:] Mazur J. (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych, wyniki badań HBSC*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.
- Fudała J., Dąbrowska K., Łukowska K. (2013), *Uzależnienie od alkoholu – między diagnozą a działaniem*, Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa.
- Greenstone J.L., Leviton S.C. (2006), *Interwencja kryzysowa*, GWP, Gdańsk.
- Kaźmierczak T., Łuczyńska M. (1998), *Wprowadzenie do pomocy społecznej*, Wyd. Śląsk, Katowice.
- Kargulowa A. (2004), *O teorii i praktyce poradnictwa. Podręcznik akademicki*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa.
- Kinney J., Lepton G. (1996), *Zrozumieć alkohol*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa.
- Kisiel M. (2001), *Zajęcia psychoedukacyjne dla współuzależnionych*, Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, Badawcze kryteria diagnostyczne* (1998), Uniwersyteckie Wyd. Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa.
- Margasiński A. (2000), *Syndrom współuzależnienia*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, nr 5, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/63-terapia-uzalenienia-i-wspouzalenienia/336-syndrom-wspoluzaleznienia.html> [7.01.2018].
- Mellibruda J., Sobolewska Z. (1997), *Koncepcja i terapia współuzależnienia*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 3/28, s. 421–430.

- Mellody P. (2007), *Toksyczna miłość i jak się z niej wyzwolić*, Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza, Warszawa.
- Okla W. (2013), *Poradnictwo terapeutyczne*, Wyd. KUL, Lublin.
- Poznańska A., Rabczenko D., Wojtyniak B. (2016), *Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia*, [w:] Wojtyniak B., Goryński P. (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.
- Weissbrot-Koziarska A. (2012), *Poradnictwo socjalne dla rodzin. Podręcznik akademicki*, Uniwersytet Opolski, Opole.

Akty prawne

- Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz.U. 2017, poz. 682.
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, Dz.U. 2017, poz. 459.
- Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego, Dz.U. 2018, poz. 155.
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz.U. 2016, poz. 487.
- Ustawa z dnia 21 czerwca 2001 r. o ochronie praw lokatorów, mieszkaniowym zasobie gminy i o zmianie kodeksu cywilnego, Dz.U. 2017, poz. 1442.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. 2017, poz. 1769.
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U. 2017, poz. 783.
- Ustawa z dnia 10 czerwca 2010 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. Nr 125, poz. 842.
- Ustawa z dnia 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2017, poz. 2110.

Źródła internetowe

- Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r.*, notatka informacyjna z 1 grudnia 2015, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkancow-polski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html> [2.01.2018].
- PARPA, <http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki> [2.01.2018].
- PARPA, http://www.parpa.pl/images/file/zestawienia_statystyczne_2015.pdf. Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2015 roku [23.01.2018].

PARPA, http://www.parpa.pl/images/zestawienia_2016.pdf, *Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2016 roku* [23.01.2018].

MRPiPS, <https://www.mpips.gov.pl/pomoc-spoleczna/raporty-i-statystyki/statystyki-pomocy-spolecznej/statystyka-za-rok-2017> [17.01.2018].

Streszczenie

Współuzależnienie, czyli reakcja na uzależnienie bliskiej osoby, powoduje poważne konsekwencje przejawiające się w sferze funkcjonowania emocjonalnego i społecznego. W artykule zaprezentowano pojęcie współuzależnienia, jego uwarunkowania, symptomy i fazy. Omówiono także zakres pomocy i poradnictwa ukierunkowanego na osoby żyjące w rodzinie z osobą uzależnioną. Przedstawione treści odnoszą się do choroby alkoholowej, ale trzeba zaznaczyć, że mogą dotyczyć również innych uzależnień, także behawioralnych.

Słowa kluczowe: rodzina, choroba alkoholowa, współuzależnienie, poradnictwo

Counseling and help for co-addicts

Summary

Co-dependence, as a reaction to the addiction of a loved one person, causes serious of consequences manifested in a sphere of emotional and social functioning. The paper presents the concept of co-dependence, its determinants, symptoms and phases. The scope of help and counseling focused on people living in a family with an addicted person was also discussed. Presented contents refer to alcoholism, but it must be underlined that they may also apply to other addictions, including behavioral ones.

Key words: family, alcoholism, codependency, counseling

Poradnictwo i wsparcie osób starszych wobec idei aktywnego starzenia się

Wstęp

Troska o godność starzenia się człowieka staje się w ostatnich latach wyznacznikiem zrozumienia potrzeb seniorów. Wiąże się to z postępującym procesem starzenia się, na skutek którego znacząco rośnie populacja osób starszych. Dodatkowo wydłuża się przeciętne dalsze trwanie życia, zmienia się model życia rodzinnego i determinanty jakości starzenia się. Współczesne pokolenie seniorów jest bardziej wykształcone, świadome swoich praw i oczekuje od życia zdecydowanie więcej niż ich rówieśnicy w przeszłości. Starzenie się to kolejny etap w życiu człowieka i dobrze, aby dla seniorów był to czas rozwoju i zdobywania nowych umiejętności, uczestnictwa w życiu rodzinnym i społecznym, akceptacji doświadczanych zmian biologicznych i fizycznych.

Niestety, analiza aktywności osób starszych w naszym społeczeństwie wskazuje na konieczność szerokiej edukacji w tym zakresie, ponieważ świadomość korzyści wynikających z aktywnego starzenia się jest jeszcze bardzo niska. Zdecydowana większość seniorów nie potrafi odnaleźć właściwej drogi do aktywności, prezentując bierne postawy wobec starzenia się. Przyczynia się to w konsekwencji do wycofania z życia społecznego, ograniczania kontaktów, depresji i osamotnienia. Przyczyn bierności seniorów w tym aspekcie można doszukiwać się w ich niskim poziomie uczestnictwa w szkoleniach i kursach. Brakuje również specjalistycznego poradnictwa, które mogłoby wskazać nowe, aktywne metody uczestnictwa w życiu przy akceptacji własnej tożsamości.

Celem prezentowanej pracy jest wskazanie wartości wynikających z przygotowania się do aktywnego starzenia się, poprzez wykorzystanie praktycznego narzędzia w postaci poradnictwa dla seniorów i osób w wieku okołoemerytalnym. Przedstawione rozważania mają charakter teoretyczny, ich podstawą jest literatura przedmiotu i opracowania statystyczne. Główny

wniosek płynący z opracowania to przekonanie, że współcześni seniorzy nie są odpowiednio przygotowani do zmian wynikających ze starzenia się, przez co zdecydowana większość przeżywa swoją starość biernie. Realną szansą na zmianę takiej postawy powinna być edukacja i poradnictwo.

Demograficzne starzenie się ludności wyzwaniem XXI wieku

Analizując sytuację demograficzną krajów Europy, można stwierdzić, że Polska należy do grupy państw, w których tempo starzenia się ludności jest stosunkowo wysokie, a prognozy demograficzne dodatkowo przewidują przyspieszenie tego procesu. Zapoczątkowany w 1983 roku spadek liczby urodzeń przy równoczesnej niskiej dzietności sprawił, że populacja kobiet w wieku prokreacyjnym reprezentowana jest przez coraz mniej liczne kohorty. Zgodnie z założeniami prognozy GUS do 2050 roku przewiduje się znaczne zmniejszenie liczby dzieci i osób dorosłych, i zwiększenie udziału osób starszych w populacji. Populacja osób w wieku 60 lat i więcej na koniec prognozy będzie stanowiła ponad 40% ogółu ludności. Należy się spodziewać, że aż 42% mieszkańców miast oraz 38% mieszkańców wsi będzie miało 60 lat i więcej. Sukcesywnie wiek senioralny będą osiągały roczniki osób urodzonych w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych, a w wiek późnej starości będą wchodziły osoby urodzone w okresie II wojny światowej (GUS 2014: 33–35).

Tabela 1. Udział (w %) osób w wieku 60 lat i więcej w danej populacji

Kategoria	Rok prognozy			
	2020	2030	2040	2050
Ogółem	26	29	34	40
Miasta	28	31	36	42
Wieś	23	26	32	38
Mężczyźni	23	26	31	37
Kobiety	29	32	38	43

Źródło: Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2016, MRPiPS 2017, s. 15.

Oprócz zmian populacji według grup wieku ważną rolę w kształtowaniu ogólnej struktury ludności odgrywa wydłużanie się przeciętnego dalszego trwania życia. Zgodnie z założeniami prognozy urodzony w 2050 roku mężczyzna będzie miał średnio do przeżycia 81,1 lat, a kobieta urodzona w tym roku – 87,5. W porównaniu do 2013 roku przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn wydłuży się o 9 lat, a kobiet o 6,4 lat. W naturalny sposób wydłuży się także przeciętne dalsze trwanie życia osób, które w 2050 roku będą w wieku 65 lat i więcej (GUS 2014: 35).

W 2016 roku przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzny wynosiło 73,9 lat, natomiast kobiety – 81,9 lat. Te korzystne zmiany obserwowane są we wszystkich przedziałach wiekowych, przy czym szczegółowej analizie poddawane są przede wszystkim najstarsze grupy. W analizach struktury ludności warto także zwrócić uwagę na trwanie życia w zdrowiu (bez niepełnosprawności). Szacuje się, że w Polsce 65-letni mężczyzna ma do przeżycia średnio 7,6 lat życia w zdrowiu, a kobieta – 8,4 (MRPiPS 2017: 12).

Obserwowany od ponad 20 lat proces starzenia się sprawia, że coraz częściej zastanawiamy się nie tylko nad strukturą ludności, ale także nad znaczeniem zaspokajania potrzeb, jakości życia i podejmowanych aktywności przez osoby starsze. Niestety, często osoby starsze czują się osamotnione i wyizolowane społecznie, przez co tracą poczucie własnej wartości. Jest to konsekwencją między innymi przejścia na emeryturę, zmiany ról społecznych, zawężających się kontaktów czy braku akceptacji. W ostatnich latach zmienił się także model życia rodzinnego osób starszych. Rodziny duże, wielopokoleniowe, wspólnie żyjące i zamieszkujące zostały zastąpione przez rodziny jednopokoleniowe, mobilne przestrzennie, utrzymujące ograniczone kontakty z pozostałymi członkami. Ma to w konsekwencji silny wpływ na jakość życia seniorów i ich subiektywną ocenę starzenia się. Optymistyczna postawa wobec życia, wiara w siebie i poczucie użyteczności mają właściwości terapeutyczne i przeciwdziałają wykluczeniu czy izolacji. Takie nastawienie do starości będzie więc sprzyjać utrzymywaniu dobrej kondycji zdrowotnej i promocji aktywności.

Aktywność seniorów w kontekście idei aktywnego starzenia się

Aktywność jest naturalną zdolnością człowieka do intensywnego działania. Jest to pewnego rodzaju energia, która umożliwia podejmowanie różnych

działalności dostosowanych do możliwości osób starszych, dzięki czemu mogą być zaspokajane złożone potrzeby ludzkie. Daje poczucie satysfakcji i akceptacji, przeciwdziała osamotnieniu, umożliwia pełnienie określonych ról społecznych oraz uczestnictwo w grupie i społeczeństwie (Bień 2006: 42–46). Dla wielu seniorów aktywność jest warunkiem prawidłowego rozwoju, opóźnia procesy starzenia się, jest ważnym elementem leczenia wielu chorób. Jest więc synonimem życia, wymagającym wysiłku adekwatnego do możliwości zdrowotnych (Dyczewski 1994: 33), zainteresowań, zwyczajów i upodobań. W ten sposób aktywność stwarza szansę człowiekowi na indywidualne wyrażanie siebie zgodnie z oczekiwaniami społecznymi.

Różnorodne formy aktywności towarzyszą człowiekowi przez całe życie, przy czym utrzymywanie jej w wieku senioralnym odgrywa szczególną rolę. Aktywność i aktywizacja seniorów to praktyczne przeciwdziałanie izolacji tej grupy poprzez włączanie i utrzymywanie ich obecności w wymiarze społecznym, ekonomicznym, kulturowym czy rodzinnym. Pełni więc określone funkcje i zadania. Przez odpowiednie przygotowanie i adaptację do starości seniorzy mają lepszą możliwość przystosowania się do zmieniającej się, często nowej i zaskakującej, rzeczywistości społecznej i rodzinnej. Szczególnie ważną rolę odgrywa owa aktywność w momencie zmiany ról wynikających z odejścia z rynku pracy czy pojawienia się pokolenia wnucząt w rodzinie. Poprzez integrację seniorzy mają możliwość pełniejszego uczestnictwa w grupach rówieśniczych, rozwijają swoje kompetencje, co sprzyja przepływowi międzypokoleniowym. Rozwój funkcji rekreacyjno-rozrywkowej likwiduje stres związany z osamotnieniem i poczuciem bezużyteczności, przywraca chęć do życia i umożliwia aktywne spędzanie czasu wolnego. W ten sposób tworzy się znacząca przestrzeń do realizacji własnych hobby, pogłębiania zainteresowań i wymiany kompetencji oraz doświadczeń w grupach rówieśniczych. Znaczącą rolę w kreacji aktywności odgrywa funkcja edukacyjna, która umożliwia rozwój i doskonalenie predyspozycji osobowościowych. Aby ta funkcja mogła być właściwie realizowana, powinna być obecna na każdym etapie życia człowieka, dzięki czemu do starości i starzenia można się odpowiednio przygotowywać. Jako ostatnią wymienia się funkcję psychospołeczną, stymulującą poprawę jakości życia i podnoszenie autorytetu jednostki (Mielczarek 2010: 148).

W literaturze przedmiotu odpowiednią rangę przypisuje się również określonym typom aktywności, wśród których wyróżnia się aktywność formalną,

nieformalną i samotniczą. Działalność w ramach stowarzyszeń, klubów, organizacji, prace na rzecz środowiska lokalnego oraz wolontariat wpisują się w aktywność formalną. Natomiast aktywność nieformalna często realizowana jest poprzez uczestnictwo w życiu rodzinnym, kontakty ze znajomymi i przyjaciółmi czy spotkania sąsiedzkie. Aktywność samotnicza (incydentalna, pozaformalna) – jak sama nazwa wskazuje – realizowana jest w oderwaniu od społeczności lokalnej, ma charakter bardzo indywidualny i często ogranicza się do oglądania telewizji w domu. Podejmowanie aktywności przez jednostkę zależy od wielu zmiennych warunkujących jakość życia i możliwość zabezpieczenia potrzeb. Wśród licznych determinant szczególnie znaczenie ma stan zdrowia i kondycja fizyczna, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, relacje w rodzinie, społeczność lokalna, a nawet płeć. Analizując aktywność osób starszych, można zauważyć, że realizowana jest ona dwutorowo. Pierwszy zakres jest kontynuacją wcześniej realizowanych aktywności zawodowej, społecznej, rodzinnej, turystycznej, kulturowej itp. Drugi obszar aktywności dotyczy wszelkich działań służących rozwojowi wcześniej nabytych bądź odkrywanych na nowo zainteresowań i hobby (Dzięgielewska 2006: 161).

Można więc uznać, że edukacja odgrywa bardzo istotną rolę w procesie przygotowania do starości i starzenia się. Szczególną rolę przypisuje się jej także w złożonej koncepcji aktywnego starzenia się, która kształtuje nowy, pozbawiony stereotypów wizerunek osób starszych w społeczeństwie. Koncepcja aktywnego starzenia została zapoczątkowana w latach 90. XX wieku przez Światową Organizację Zdrowia, która zwróciła uwagę na konieczność nowego spojrzenia i przygotowania się do starości. Podstawowym założeniem tej koncepcji jest polepszanie jakości życia osób starszych, współmieranie do ich stanu zdrowia i możliwości uczestnictwa w życiu społecznym, ekonomicznym, kulturowym i cywilnym. Rozwój aktywnego starzenia się determinowany jest przez wielorakie czynniki zewnętrzne i wewnętrzne, ale jednym z głównych filarów tej koncepcji jest edukacja. To właśnie ona w dużej mierze określa poziom wykształcenia społeczeństwa, a w konsekwencji – jakość życia i stopień zaspokajania potrzeb. Osoby lepiej wykształcone chętniej uczestniczą w procesie edukacji całościowej, mają większą świadomość zmian związanych z procesem starzenia się, przez co są lepiej przygotowane do własnej starości i rzadziej doświadczają wykluczenia społecznego (Richert-Kaźmierska 2013: 130).

Edukacja w koncepcji aktywnego starzenia się pełni bardzo istotne funkcje, umożliwia przygotowanie zarówno jednostki, jak i całego społeczeństwa do zmian wynikających z procesu starzenia się. Funkcja właściwa będzie polegała na pozaformalnym uaktualnianiu wiedzy i umiejętności osób dorosłych. Będzie więc towarzyszyć człowiekowi na różnych etapach życia, przygotowując go do pełnienia określonych ról w rodzinie i społeczeństwie. Funkcja zastępcza pomaga uzupełniać wiedzę i podnosić kwalifikacje, których nie udało się nabyć w ramach edukacji formalnej. Edukacja będzie również pełnić funkcję społeczną, która przyczynia się do podtrzymywania i tworzenia nowych więzi społecznych. Uczestnictwo seniorów w dedykowanych im programach edukacyjnych ułatwia akceptację zmian związanych ze starzeniem się, przygotowuje do tego procesu i uwrażliwia na występowanie pewnych zmiennych niedostrzeganych we wcześniejszych fazach życia. Nauka zwiększa świadomość i wiedzę na temat zdrowia, jest źródłem nowych kompetencji i umiejętności ułatwiających obsługę nowoczesnych technologii codziennego użytku, umożliwia także przełamywanie stereotypów, walczy z gerontofobią i ageizmem (Richert-Kaźmierska 2013: 130).

Na podkreślenie zasługuje również funkcja psychoterapeutyczna edukacji. Uczestnictwo seniorów w projektach, programach, spotkaniach edukacyjnych jest szansą na nawiązywanie nowych i podtrzymywanie wcześniejszych kontaktów społecznych. Pozwala utrzymywać sprawność umysłową, przeciwdziała izolacji społecznej i zachorowaniu na depresję. Jest realną szansą na umacnianie pozycji seniorów w rodzinie, społeczności lokalnej i całym społeczeństwie. Ułatwia akceptację siebie jako seniora i akceptację seniorów jako ważnej grupy społecznej.

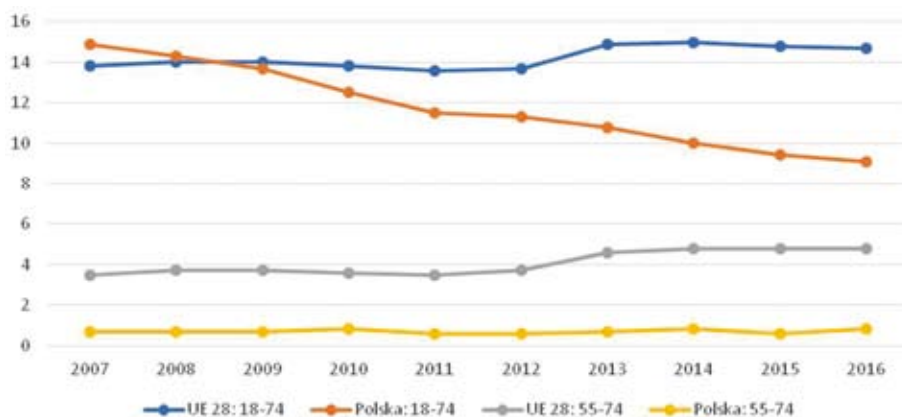
Aktywne starzenie się będzie więc realizowane w oparciu o znaczący fundament, którym jest edukacja. Przy czym szczególną rolę odegra edukację w wymiarze całościowym, umożliwiającą stały rozwój jednostki w sferze rodzinnej, zawodowej, społecznej, obywatelskiej. W ten sposób zaspokojone będą określone potrzeby człowieka w każdej fazie, a to przełoży się na ocenę jakości jego życia. Edukacja w ujęciu całościowym opiera się na czterech zasadniczych filarach, polegających na tym, aby uczyć się, aby wiedzieć, uczyć się, aby działać, uczyć się, aby żyć wspólnie oraz uczyć się, aby być. W ten sposób każdy człowiek indywidualnie poprzez realizowaną aktywność mógłby podejmować optymalne decyzje dotyczące konkretnych działań. Do

tego jednak potrzebuje właściwego przygotowania, które osiąga poprzez edukację nieformalną, np. różne formy poradnictwa (Delors 1998: 18).

Aktywność edukacyjna seniorów w Polsce

Osoby starsze w Polsce korzystają przede wszystkim z nieformalnych i pozaformalnych form kształcenia, przy czym ogólna aktywność edukacyjna tej grupy jest bardzo niska. Wskaźniki aktywności edukacyjnej w Polsce zdecydowanie różnią się od średnich wartości osiąganych w Unii Europejskiej. Co więcej, kiedy w większości krajów członkowskich obserwowano wzrost aktywności edukacyjnej, w Polsce, niestety, dokonywał się proces odwrotny. W krajach UE-28 uczestnictwo w edukacji całościowej (*lifelong learning*) w 2016 roku było wyższe niż w 2011 roku, a częstość wyniosła odpowiednio 10,8% i 9,1%. W Polsce wskaźnik ten uległ obniżeniu i wyniósł w 2016 roku 3,7% (w 2011 roku 4,5%) (Eurostat 2017).

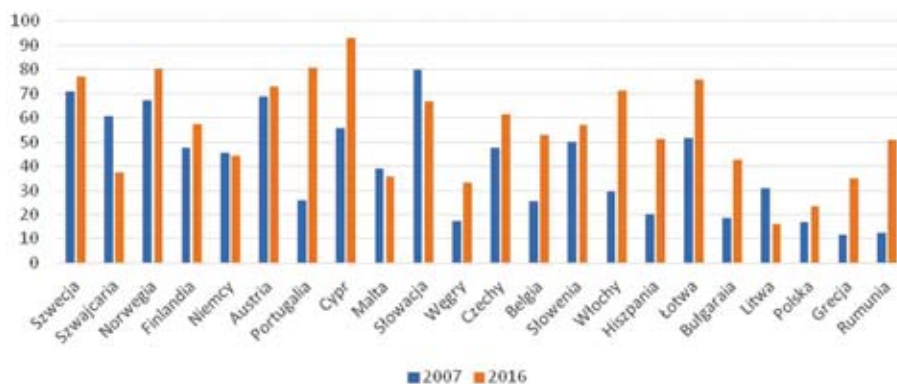
Wykres 1. Uczestnictwo w jakiegokolwiek formie kształcenia bądź szkoleniu w ciągu 4 tygodni poprzedzających badanie w Polsce i UE-28, według wieku (w %)



Źródło: Eurostat, Labour Force Survey, Adult learning statistics, <http://ec.europa.eu/eurostat/web/education-and-training/data/database> [9.02.2018].

Na podstawie danych Eurostatu można stwierdzić, że poziom uczestnictwa w kształceniu i szkoleniu w Polsce jest dramatycznie niski, zwłaszcza w przypadku kategorii wiekowej 55–74 lata. W 2016 roku wskaźnik aktywności wyniósł jedynie 0,8%, wobec 4,8% w UE-28, i jest on najniższy w UE. Wśród krajów europejskich najwyższy poziom aktywności edukacyjnej w grupie 55–74 lata występuje w Danii – 19,3%, Szwecji – 17,8% i Finlandii – 13,5%. Warto zwrócić uwagę, że tak niski poziom aktywności edukacyjnej seniorów w Polsce utrzymuje się od dłuższego czasu. Niepokojące jest również dynamiczne obniżanie się tego wskaźnika dla kategorii wiekowej 18–74. W zasadzie można uznać, że wszelka aktywność edukacyjna w Polsce realizowana jest w formie pozaformalnej, z której korzystało w 2016 roku 23,3% osób w wieku 55–64 lata. Ten poziom aktywności edukacyjnej również należy do najniższych wśród krajów Europy.

Wykres 2. Uczestnictwo osób w wieku 55–64 w edukacji pozaformalnej w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie w 2007 i 2016 roku w wybranych krajach w Europie (w %)



Źródło: Eurostat, Labour Force Survey, Adult learning statistics, <http://ec.europa.eu/eurostat/web/education-and-training/data/database> [9.02.2018].

Równie szczegółowo aktywność edukacyjną w Polsce prezentują badania Bilansu Kapitału Ludzkiego, według których w 2014 roku zaledwie około 10% osób w wieku 50–59/64 uczestniczyło w nieobowiązkowych szkoleniach i kursach. Wśród bezrobotnych w badanej grupie wiekowej aż 86% nie re-

alizowało żadnej aktywności edukacyjnej w ramach kształcenia formalnego, pozaformalnego lub samokształcenia. Dodatkowo prawie 75% osób w wieku 55–59/64 lata nigdy w życiu nie uczestniczyło w żadnym nieobowiązkowym kursie lub szkoleniu, co oznacza, że mamy do czynienia z bardzo wysoką biernością edukacyjną i brakiem motywacji podnoszenia kwalifikacji zarówno w roku poprzedzającym badanie, jak i najbliższych dwunastu miesiącach (Turek, Worek 2016: 91).

Poradnictwo seniorów jako element edukacji w starości i do starości

Starość jest specyficznym okresem w życiu człowieka, ma charakter bardzo indywidualny i pod wieloma względami różni się od faz poprzednich. W tej fazie występują różne zdarzenia, które mogą przyczyniać się do tego, że okres ten postrzegany jest częściej z perspektywy strat niż zysków. Pogarsza się zdrowie i sprawność fizyczna, ogranicza się zdolność do wysiłku, zmieniają się cechy osobowości, postawy społeczne, zmienia się jakość psychicznego funkcjonowania starzejącego się człowieka (Chabior 2014: 38). W tym okresie pojawiają się również zdarzenia krytyczne, jak utrata osób bliskich, statutu społecznego i materialnego, atrakcyjności fizycznej, poczucia przydatności i prestiżu czy perspektywa zbliżającej się śmierci. Na skutek tego człowiek starszy postrzegany jest przez pryzmat ograniczeń i strat, przez co starość jest często stereotypowana, a większość ludzi odczuwa przed nią lęk i obawy. Takie podejście do starości obniża poczucie samooceny osoby starszej, sprzyja kreowaniu wizerunku seniora jako niesprawnego, pozbawionego aktywności i sukcesów. Aby móc temu przeciwdziałać, należy podjąć stosowne działania, które będą służyły akceptacji starości w odniesieniu do jednostki i całego otoczenia, przez eliminację uprzedzeń i niechęci (Jakimiuk 2016: 304).

Zgodnie z powyższym źródeł niskiej aktywności edukacyjnej seniorów można doszukiwać się w ich sytuacji materialnej, społecznej i zdrowotnej, niemniej jednak warto zastanowić się nad ofertą edukacyjną dedykowaną seniorom, jej formą i treścią kształcenia. Jednym z ograniczeń aktywności edukacyjnej mogą być negatywne doświadczenia z okresu szkolnego, w tym niechęć do odpytywania czy oceniania. Demotywować może również niedo-

pasowanie oferty do możliwości poznawczych i zakresu kompetencji osób starszych oraz brak możliwości wykorzystania pozyskanej wiedzy w praktycznych okolicznościach życia (Turek, Worek 2016: 98). Alternatywą dla tak definiowanej edukacji może być poradnictwo, które przede wszystkim powinno opierać się na rzetelnej wiedzy dotyczącej problematyki starzenia się. Poradnictwo – jak sama nazwa wskazuje – powinno być rozumiane jako udzielanie porad osobom, które potrzebują określonego wsparcia. Oznacza, to że nie powinno się kończyć we wcześniejszych okresach życia, a wręcz przeciwnie – powinno obejmować wszystkie kategorie osób, czyli także osoby starsze. Dodatkowo powinno prezentować szeroki wachlarz ofert, mając na uwadze zróżnicowane potrzeby seniorów. Chodzi zarówno o umożliwienie doświadczania przez seniorów przeżyć intelektualnych, artystycznych, sportowych, kulturowych, ale także przygotowanie do działań wolontaryjnych, opiekuńczych i pomocowych w sprawowaniu np. opieki nad niesamodzielnymi osobami. W takim ujęciu poradnictwo będzie pełnić rolę stymulatora i drogowskazu przy podejmowaniu różnych form aktywności, czy to w formie spotkań towarzyskich, czy przynależności do konkretnych organizacji i stowarzyszeń. Ważne jest, aby móc realizować aktywność, która będzie przyczyniać się do rozwoju własnej osobowości (Jakimiuk 2016: 307).

Poradnictwo skierowane do seniorów jest specyficzną formą wsparcia tej grupy. Specyfika polega przede wszystkim na tym, że mając do czynienia z bardzo zróżnicowaną grupą docelową, konieczne jest ciągle aktualizowanie zagadnień dotyczących problematyki starości i starzenia się, dostosowywanie kursów i szkoleń do zmieniających się oczekiwań, rozwijanie umiejętności komunikacyjnych, a także świadczenie złożonej pomocy społecznej i opiekuńczej. Trudność polega na tym, że w pracy z seniorami wykorzystujemy poradnictwo indywidualne oraz grupowe (Lamb 1998: 16). Poradnictwo indywidualne ma charakter doradztwa i od doradcy wymagana jest nie tylko specjalistyczna wiedza, ale też komplementarność udzielania pomocy, zwłaszcza w przypadku niesamodzielnności czy bezradności seniorów. Ważne jest zaangażowanie doradcy na wszystkich etapach udzielanego wsparcia, dzięki czemu senior będzie miał poczucie skuteczności udzielanej pomocy oraz emocjonalnego wsparcia w pokonywaniu trudności czy odkrywaniu nowych doświadczeń. Poradnictwo w takim ujęciu powinno stymulować osoby starsze do pełniejszej identyfikacji własnych potrzeb i poznawania nowych

możliwości rozwoju, a jeśli jest taka potrzeba, zachęcać do modyfikacji bądź zmiany podejmowanych działań czy aktywności (Górnjak 2004: 19–21).

Podczas indywidualnej pracy z seniorem doradca ma możliwość korzystania z różnorodnych środków w formie ćwiczeń, zadań, kwestionariuszy, testów, które mają na celu określenie możliwości, zainteresowań lub potrzeb, dzięki czemu łatwiej zaproponować określone metody i formy aktywności. W takiej formie pracy z seniorem istotne jest również wzmacnianie motywacji i budowanie przekonania o wadze podjętych działań i aktywności, a w razie potrzeby ich modyfikacja. Należy pamiętać, że w przypadku seniorów bardzo ważne jest przekonanie o słuszności podjętych działań, akceptacja tych działań w ujęciu społecznym i świadomość, że przyczyniają się do podnoszenia jakości życia jednostki i społeczeństwa.

Poradnictwo grupowe ma natomiast charakter spotkań w szerszym gronie i jest nastawiane przede wszystkim na zajęcia aktywizujące i informacyjne. Spotkania w grupie dodatkowo przeciwdziałają izolacji społecznej, służą podejmowaniu interakcji wśród rówieśników, są bardziej dynamiczne i interaktywne niż w przypadku poradnictwa indywidualnego. Taka forma edukacji służy nawiązywaniu nowych znajomości, poszerzaniu horyzontów i umacnianiu przekonania o własnej wartości. Podczas zajęć seniorzy mogą pracować w parach bądź małych grupach, wzajemnie powinni się stymulować do dalszych działań poprzez wzmocnienie motywacji, akceptację i niesienie sobie pomocy. Uczestnictwo w zajęciach grupowych powinno być również okazją do lepszej identyfikacji własnych potrzeb i możliwości aktywności (Jakimiuk 2016: 315).

Wskazując praktyczne zastosowanie poradnictwa w promocji aktywności osób starszych, warto wymienić działania podjęte przez Unię Europejską w ramach programu Grundvig „Uczenie się przez całe życie”, promującego ideę obowiązkowego doradztwa dla osób w wieku 55+ bądź tych, które w najbliższym czasie zamierzają odejść z rynku pracy. Proponowane kursy, szkolenia czy doradztwo zakładają, że uczestnicy nabędą większej świadomości swoich mocnych stron i kompetencji, które będą mogli rozwijać i wykorzystywać w dalszym życiu. Będą również lepiej przygotowani do stawiania sobie celów po zakończeniu aktywności zawodowej. Kompetencje nabyte podczas szkoleń ułatwią przeżywanie starości i lepiej przygotują na zmian wynikających z procesu starzenia się. Łatwiej też będzie zaakceptować po-

stępujące zmiany w sferze biologicznej, fizycznej, psychicznej oraz miejsca seniorów w życiu społecznym i kulturowym. Kursy dla seniorów z założenia muszą być dostosowane do potrzeb konkretnej grupy, dzięki czemu łatwiej będzie wyznaczyć kierunek prowadzący do spełnienia się w nowych rolach (Program Grundtvig 2012: 47–49).

Kursy dla osób w wieku okołoemerytalnym tworzą możliwość lepszej jakości życia na aktywnej emeryturze. Aktywne starzenie umożliwia wykorzystanie potencjału fizycznego, społecznego i umysłowego do czynnego udziału w życiu rodzinnym i społecznym. Poradnictwo promujące aktywną emeryturę jest więc realną szansą na dłuższe, zdrowsze i lepsze życie. Celem kursów jest zachęcanie seniorów do wydłużania aktywności zawodowej, a po rezygnacji z niej – przyjęcia nowych ról i zaangażowanie się w działalność społeczną. Mimo że społeczność współczesnych seniorów jest bardzo zróżnicowana, to zdecydowana ich większość poszukuje sensu, celu i pasji, którą mogliby realizować na emeryturze. Uczestnictwo w kursach ułatwia odnalezienie sensu życia i określenie swojej kariery seniorskiej. Oferta kursów z założenia powinna być kierowana do każdego z uwzględnieniem oczywiście indywidualnych możliwości i preferencji potencjalnych uczestników. Doświadczenia europejskie wskazują, że po odbyciu kursów większość seniorów zaczyna doceniać wartości płynące z aktywnego starzenia się i weryfikuje swoje wcześniejsze plany i wyobrażenia o emeryturze. Seniorzy mają świadomość swoich mocnych stron, potrafią przeciwstawić się stereotypom i odnaleźć nowe sposoby na przeżywanie życia (Program Grundtvig 2012: 51–52).

Wnioski

Zmiany demograficzne, których doświadcza Polska i Europa, mnożą wyzwania, przed którymi stają państwa członkowskie. Podejmowane inicjatywy i działania służą między innymi promocji aktywnego starzenia się w dobrym zdrowiu, poprzez edukację, poradnictwo, kursy i szkolenia, ułatwiające uczestnictwo w rynku pracy i życiu społecznym. Sukces tych działań zależy zarówno od seniorów, jak i społeczności, w której żyją. Każdy senior sam musi zdecydować o swojej przyszłości i jakości starzenia się, ale o wiele łatwiej wytyczyć

sobie drogę, mając wiedzę o zmianach wynikających z procesu starzenia się i świadomość społecznej akceptacji seniorów w społeczeństwie.

Poradnictwo wydaje się więc doskonałą formą edukacji i znaczącym działaniem ułatwiającym podejmowanie takich decyzji. Kursy przedemerytalne ukazują alternatywy dla tradycyjnego, biernego przeżywania emerytury. Motywują seniorów do odkrywania nowych aktywności na rzecz rodziny, społeczności lokalnej, stymulują włączanie się w działalność wolontaryjną, uczą zdrowego stylu życia i utrzymywania jak najdłuższej samodzielności. Starość nie uwalnia człowieka od życiowych zmaganiań, wręcz przeciwnie – na jego drodze pojawiają się coraz to nowe wyzwania. Edukacja w starości i edukacja do starości przygotowuje człowieka do sprostania wielu wyzwaniom, zwłaszcza tym wynikającym z fazy starości, poprzez wskazanie optymalnych modeli i alternatyw wykorzystywanych do promocji aktywnego starzenia się. Jest drogą ku dalszemu życiu, do którego należy się przygotować odpowiednio wcześniej, dzięki czemu wzrośnie świadomość zmieniających się wraz z wiekiem potrzeb i możliwości. Takie podejście do starzenia się przyczyni się pełniejszej aktywności i większej satysfakcji z życia.

Bibliografia

- Bień B. (2006), *Proces starzenia się człowieka*, [w:] Grodzki T., Kocemba J., Skalska A., *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, Wyd. Via Medica, Gdańsk.
- Chabior A. (2014), *Diagnoza potrzeb jednostkowych i grupowych osób starszych*, [w:] Chabior A., Fabiś A., Wawrzyniak J.K. (red.), *Aktywizacja i aktywność ludzi w okresie późnej dorosłości*, Wszechnica Świętokrzyska, Warszawa.
- Delors J. (red.) (1998), *Edukacja — jest w niej ukryty skarb. Raport dla UNESCO Międzynarodowej Komisji do spraw Edukacji dla XXI wieku*, tłum. W. Rabczuk, Warszawa.
- Dyczewski L. (1994), *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*, Wyd. KUL, Lublin.
- Dzięgielewska M. (2006), *Aktywność społeczna i edukacja w fazie starości*, [w:] Szatur-Jaworska B. (red.), *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wyd. ASPRA-JR., Warszawa.
- Eurostat 2017, Labour Force Survey, Adult learning statistics <http://ec.europa.eu/eurostat/web/education-and-training/data/database> [9.02.2018].
- Górniak K. (2004), *Warsztat pracy doradcy zawodowego – komunikacja*, Zeszyt Informacyjno-Metodyczny Doradcy Zawodowego, nr 29, MPiPS, Warszawa.

- GUS 2014, *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności w świetle prognozy na lata 2014–2050*, Warszawa, http://seniorzy.mcps.com.pl/sites/default/files/Sytuacja_demograficzna.pdf [12.02.2018].
- Jakimiuk B. (2016), *Aktywizacja seniorów w procesie poradnictwa*, „Labor et Educatio”, nr 4, Instytut Pracy Socjalnej UP w Krakowie.
- Lamb R. (1998), *Poradnictwo zawodowe w zarysie*, „Zeszyty Informacyjno-Metodyczne Doradcy Zawodowego”, nr 9, KUP, Warszawa.
- Mielczarek A. (2010), *Człowiek stary w domu pomocy społecznej*, Toruń.
- MRPiPS 2017, *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2016*, *Poradnictwo dla osób w wieku okołoemerytalnym Dobre rozwiązanie dla aktywnej emerytury, Raport końcowy projektu w ramach programu Grundtvig „Uczenie się przez całe życie” pod patronatem UE*, 2012, https://www.promocjakobiet.pl/Raport_Grundtvig_Active_Ageing.pdf [12.02.2018].
- Richert-Kaźmierska A., Forkiewicz M. (2013), *Kształcenie osób starszych w koncepcji aktywnego starzenia się*, „Studia Ekonomiczne”, nr 131, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach.
- Turek K., Worek B. (2016), *Aktywność edukacyjna osób starszych w Polsce – poziom, uwarunkowania i kierunki rozwoju polityki publicznej*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje”, nr 33 (2), https://www.researchgate.net/profile/Barbara_Worek/publication/311953679_Aktywnosc_educacyjna_osob_starszych_w_Polsce_-_poziom_uwarunkowania_i_kierunki_rozwoju_polityki_publicznej/links/5864ee9708ae6eb871adad1b/Aktywnosc-edukacyjna-osob-starszych-w-Polsce-poziom-uwarunkowania-i-kierunki-rozwoju-polityki-publicznej.pdf [9.02.2018].

Streszczenie

Proces starzenia się ludności wiąże się z biologicznym cyklem życia jednostki, a starzenie się człowieka w naturalny sposób powiązane jest ze stopniowym obniżaniem się wielu funkcji życiowych. Obecnie w Polsce promuje się politykę aktywnego starzenia się, która ma na celu zmianę sposobu, w jaki postrzegamy i traktujemy starość oraz starzenie się społeczeństwa. Niezbędne wydaje się więc tworzenie i wdrażanie odpowiednich szkoleń dla osób starszych, kreowanie ogólnokrajowych programów poprawy stanu zdrowia i postaw prospołecznych czy zwiększenie udziału osób starszych w procesach kształcenia ustawicznego. Obecne oferty edukacyjne w dalszym ciągu nie uwzględniają potrzeb i możliwości osób starszych, na skutek czego programy przygotowujące do późniejszych etapów aktywności zawodowej nie pełnią właściwej roli.

Słowa kluczowe: aktywność, seniorzy, starość, poradnictwo

Counseling and support of older people towards the idea of active aging

Summary

The problem of population ageing is associated with a biological life cycle of an individual and man's ageing is most plainly correlated with the gradual reduction of many vital functions. Currently in Poland, the policy of active ageing is widely propagated, with a view to altering the ways of perceiving and treating old age and population ageing. It seems indispensable to arrange and provide suitable training for older people, developing and implementing national programmes for improving health and pro-social attitudes, promoting responsible participation or increasing the participation of older people in life-long learning. However, the presently available educational offers still do not consider the needs and capabilities of the elders, the consequence of which is that the programmes preparing for further stages of the old age cannot play proper role.

Key words: activity, seniors, ageing, advisory

„Zaradni czy bezradni?” – poradnictwo specjalistyczne dla opiekunów rodzinnych osób z chorobą Alzheimera

Wstęp

Wbrew potocznym przekonaniom poradnictwo, którego nazwa pochodzi od słowa „porada”, dotyczy nie tylko „ludzi nieodwracalnie pokrzywdzonych przez los: niepełnosprawnych, upośledzonych fizycznie lub umysłowo, dotkniętych „beznadziejną bezradnością”, czyli osób, które nie są w stanie samodzielnie kierować swoim życiem i wymagają opieki innych; doradztwo zaś, nazwane od słowa „rada”, przeznaczone jest dla osób zaradnych, lecz borykających się z problemami, których rozwiązanie wymaga pomocy innych – konkretnie doradcy. Wyznaczanie zakresu tych pojęć w taki właśnie sposób jest nie do końca słuszne, a nawet krzywdzące przez nadawanie terminowi „poradnictwo” stygmatyzującego charakteru (Kargulowa 2010: 10). Poradnictwo jest formą pomocy ukierunkowaną do osób zarówno zaradnych, stojących wobec alternatywnych wyborów, jak też osób bezradnych, jednakże nie stale i całkowicie, które znalazły się w określonych sytuacjach problemowych, a samodzielne dokonanie zmiany wydaje się w danej chwili przekraczać ich możliwości.

W literaturze naukowej podkreślono, że „opieka nad osobami z chorobą Alzheimera (AD – *Alzheimer’s disease*) stanowi źródło stresu wynikającego z braku właściwego przygotowania opiekuna, emocjonalnego stosunku do chorego, niedostatecznego wsparcia ze strony instytucji i jednostek powołanych do opieki nad chorymi” (Kaczmarek, Durda, Skrzypczak, Szwed 2010: 86). Mając na uwadze dostrzegane często braki w przygotowaniu opiekuna rodzinnego, celem artykułu uczyniono ukazanie doświadczeń i opinii opiekunów osób z chorobą Alzheimera¹ na temat poradnictwa specjalistycznego poznanych na podstawie przeprowadzonych badań.

¹ Najczęstszym uwarunkowaniem demencji jest choroba Alzheimera, stanowiąca ok. 50–70% wszystkich przypadków. Wyniki badań wykazują, że w Polsce cierpi na nią 200–250 tys. osób (Bień, Przydatek 2002: 70–75).

1. Pojęcie i standardy poradnictwa

W literaturze występują pojęcia „poradnictwo” i „doradztwo”. Różnica między nimi polega na dostrzeganiu problemu przez radzącego się bądź przez doradcę. W poradnictwie problem „rodzi się” w świadomości radzącego się, natomiast w doradztwie – w świadomości doradcy (Kargulowa 1985: 339). W poradnictwie korzystanie z porad jest dobrowolne, a radzący się i doradca są współpartnerami. Z kolei w doradztwie aktywność leży po stronie doradcy. Dominują czynności przekonywania, wpływu osobistego, a nawet nakłaniania. A. Kargulowa (2003: 39), uwzględniając stosunek doradcy do osoby radzącej się, wyróżnia trzy typy poradnictwa: dyrektywne, liberalne, dialogowe. Poradnictwo dyrektywne zakłada przewagę doradcy nad radzącym się. Doradca obejmuje całość problemu, formułuje prognozę, zna rozwiązania problemu. Z kolei poradnictwo liberalne zakłada związek między równorzędnymi partnerami – doradcą i klientem. Doradca jest nastawiony na pomoc jednostce w zrozumieniu samej siebie i innych. Zajmuje się bardziej dążeniem niż zachowaniem, bardziej emocjami niż intelektem, prowadzi nie tylko do rozwiązania problemu, ale do trwałych zmian w jednostce oraz do zmiany myślenia klienta o sobie. Poradnictwo liberalne dotyczy szczególnie związków między ludźmi. W poradnictwie dialogowym badaczami są obydwie strony (radzą się, współpracują ze sobą, razem szukają odpowiednich rozwiązań), jednakże doradca posiada większe doświadczenie. Interwencja wykracza poza doraźne potrzeby klienta. Działania podejmowane przez doradcę inspirują do stawiania nowych celów. Klient wszechstronnie analizuje problem, zdobywa nowe informacje, eksperymentuje.

Poradnictwo powinno być świadczone z przestrzeganiem takich standardów, jak:

- 1) bezpłatność – usługa jest świadczona niezależnie od posiadanych przez klienta środków finansowych, bez względu na jego dochód i status materialny, bez konieczności ponoszenia opłat;
- 2) poufność – konsultacje prowadzone są w warunkach i na zasadach poufności. Dokumentacja jest przechowywana w sposób uniemożliwiający dostęp osób niepowołanych. Klient musi być poinformowany o ograniczeniu zasady poufności w przypadku konieczności przekazania informacji o sprawie uprawnionym organom (prokuratura, sąd, policja);

- 3) profesjonalizm – konsultacje prowadzą specjaliści, posiadający odpowiednie kwalifikacje i umiejętności, pozwalające na rzetelną i wyczerpującą pracę nad zagadnieniem, z uwzględnieniem możliwości percepcyjnych klienta;
- 4) etyka – u podstaw poradnictwa leży pełne poszanowanie klienta, jego godności i autonomii, a także uwzględnienie niezależności klienta i jego prawa do podejmowania suwerennych decyzji;
- 5) dostępność – udzielane jest klientowi zgłaszającemu chęć skorzystania z poradnictwa w najkrótszym terminie, a w przypadku kryzysu zagrażającego zdrowiu lub życiu – w trybie interwencyjnym (Jasnoch b.r.w.: 7–8).

Poradnictwo dotyczy całego życia człowieka. Realizowane jest za pomocą dwóch form: indywidualnej i grupowej. Pierwsze pozwala skupić się na problemach konkretnej osoby. Celem spotkań indywidualnych jest przede wszystkim samopoznanie jednostki. Są one ukierunkowane na diagnozę obszarów wymagających wsparcia, zaplanowanie konkretnych działań, wzmacnianie motywacji oraz przygotowanie osoby do procesu zmian.

Doradztwo grupowe umożliwia jednostce znalezienie punktu odniesienia w stosunku do innych osób będących w podobnej sytuacji, dla samooceny, umiejętności i własnych problemów. Jednostka otrzymuje wsparcie i rozwija swoje umiejętności, a także sprawdza własne zachowania. Doradztwo grupowe umożliwia analizę problemów i poszukiwanie rozwiązań przez większą liczbę osób w tym samym czasie.

2. Poradnictwo specjalistyczne dla opiekunów rodzinnych osób z chorobą Alzheimera – współczesne wyzwania

Poradnictwo obejmuje specyficzne czynności podejmowane przez specjalistów, którzy pracują „na rzecz osoby, pomagając jej w zmianie zwyczajowego sposobu myślenia, postaw, sposobu podejmowania decyzji, rozwiązywania problemów, tak aby maksymalizować konstruktywne wykorzystanie własnego potencjału i minimalizować niesprzyjające warunki środowiskowe, co w efekcie ma prowadzić do wzrostu szansy na przezwyciężenie problemu” (Jasnoch b.r.w.: 5). Zadaniem poradnictwa jest wychodzenie naprzeciw różnorodnym problemom osób i rodzin.

Realizacja poradnictwa specjalistycznego wynika przede wszystkim z zapisu w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej: „1. Poradnictwo specjalistyczne, w szczególności prawne, psychologiczne i rodzinne, jest świadczone osobom i rodzinom, które mają trudności lub wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych, bez względu na posiadany dochód. 2. Poradnictwo prawne realizuje się przez udzielanie informacji o obowiązujących przepisach z zakresu prawa rodzinnego i opiekuńczego, zabezpieczenia społecznego, ochrony praw lokatorów. 3. Poradnictwo psychologiczne realizuje się przez procesy diagnozowania, profilaktyki i terapii. 4. Poradnictwo rodzinne obejmuje szeroko rozumiane problemy funkcjonowania rodziny, w tym problemy wychowawcze w rodzinach naturalnych i zastępczych oraz problemy opieki nad osobą niepełnosprawną, a także terapię rodzinną” (art. 46). Poradnictwo stwarza możliwość refleksyjnego przepracowywania problemów. Umożliwia poznanie ich uwarunkowań, a także poszukiwanie sposobów rozwiązywania. Następuje odkrywanie znaczenia trudności dla rozwoju osobowości radzącego się oraz podejmowane są próby nadawania przeżywanym problemom nowego sensu w życiu radzącej się osoby.

Opiekunowie rodzinni są głównym źródłem pomocy podopiecznym. Są również głównymi „ofiarodawcami” systemu pomocy społecznej, równoważąc krajowe wydatki na opiekę zdrowotną i pomoc społeczną. Wsparcie dla opiekunów rodzinnych wydaje się nowym zadaniem czy wyzwaniem w systemie pomocy społecznej². Wspieranie opiekunów rodzinnych³ może jednak okazać się złożonym przedsięwzięciem, wymagającym wypracowania pewnego modelu.

² Zachorowania na chorobę Alzheimera zaobserwowano już nawet u osób w wieku 40–45 lat, najczęściej jednak chorują osoby po 60.–65. roku życia, dominują jednak kobiety. Liczba chorych wzrasta, w naszym kraju ich liczba jest obecnie szacowana na ok. 500 tys. Do 2050 r. liczba ta – według szacunków – wzrośnie do 2 mln. Minister Zdrowia oraz Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej nie dysponują szczegółowymi informacjami na temat skali zjawiska, liczby chorych, ani kosztów leczenia i opieki. Najwyższa Izba Kontroli zwróciła uwagę, iż skutki choroby Alzheimera dotyczą całych rodzin, na które przenoszą finansowe, a także społeczne i psychologiczne koszty opieki (NIK).

³ Czynniki, które wpływają na wzrost odczuwanego przez opiekuna rodzinnego obciążenia: płeć żeńska, podeszły wiek, współmałżonek, niższe wykształcenie, niski status materialny i społeczny, wyższy poziom odczuwanego stresu, gorszy stan zdrowia somatyczny i psychiczny (zwłaszcza zaburzenia depresyjne), utrata zażyłości w relacji z pacjentem w czasie choroby, mniej zażyła relacja z pacjentem z okresu sprzed choroby, mniej dojrzały typ osobowości, mniej korzystne mechanizmy radzenia sobie ze

Dostrzegając deficyt badań, podjęto próbę opisu oraz interpretacji doświadczeń opiekunów rodzinnych osób z chorobą Alzheimera. Głównym celem badania⁴ było poszukiwanie odpowiedzi na pytania o doświadczenia opiekunów rodzinnych oraz o zmianę zachowań ukierunkowanych na podejmowanie działań opiekuńczych. Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze: Jakie znaczenie nadaje badana jednostka treści swoich doświadczeń?; Jaki wpływ na zmianę zachowań opiekuna miało podejmowanie działań opiekuńczych ukierunkowanych na osobę chorą? W niniejszych rozważaniach na podstawie przeprowadzonych badań podjęto próbę zobrazowania doświadczeń i opinii opiekunów osób z chorobą Alzheimera na temat poradnictwa specjalistycznego.

Nawiązując do myśli F. Schützego, które w odniesieniu do poradnictwa rozszerzyła A. Kargulowa, można dostrzec, że jednostka zwracająca się o pomoc odczuwa „trzykrotne pęknięcie” w codziennym życiu. Pojawienie się problemu jest pierwszym z nich. Drugie ma miejsce w sytuacji, w której człowiek nie zdoła rozwiązać problemu samodzielnie i skorzysta ze wszystkich możliwych dróg postępowania, aż zdecyduje się sięgnąć po pomoc. Trzecim pęknięciem jest potwierdzenie przez doradcę występowania problemu (Kargulowa 2005: 133–134). Wybór specjalisty i miejsca, do którego zainteresowana osoba zwraca się o pomoc, jest kluczowy, a nie zawsze bywa trafny. Przedstawienie problemu jest początkiem procesu rozwojowego, a niekiedy terapeutycznego (Szluz 2014: 150). Mając na uwadze zasadę dialogicznego podejścia do pracy z jednostką, drugie pęknięcie może być momentem stwarzającym sytuację spotkania z dramatem człowieka i pozostawiającym zobowiązanie etyczne (Marcinów 2014: 227), które dotyczy „znaczących innych” (osób udzielających pomocy).

Respondenci – opiekunowie rodzinni dostrzegali pierwsze objawy choroby, która stawiała przed nimi nowe wyzwania⁵. Była nieznany dotąd

stressem (np. wycofujący i unikający), wysoki wskaźnik ujawnianych uczuć (Rachel, Datka, Zyss, Zięba 2014: 15, 21).

⁴ Badanie zostało przeprowadzone w 2017 r. przez autorkę artykułu z zastosowaniem techniki wywiadu pogłębionego (*In-depth interview*, IDI). Ze względu na ochronę danych osobowych nie podano miejsca przeprowadzenia wywiadów, usunięto nazwy miejscowości i inne nazwy własne. Liczba respondentów – 15, płeć – 10 mężczyzn (M) i 5 kobiet (K), wiek – od 40 do 85 lat. Autorka prowadziła także przez 10 lat obserwację uczestniczącą (Szluz 2017; Szluz 2017a; Szluz 2017b).

⁵ Skala oceny nasilenia otepienia (ang. GDS – *Global Deterioration Scale*) dzieli zaburzenia funkcji poznawczych na siedem etapów: etap 1 – brak zaburzeń, normalne

doświadczeniem, stopniowo zmieniała ich życie, mobilizowała do szukania pomocy. Badani wskazywali na niedosyt informacji przekazywanych przez lekarzy na temat choroby Alzheimera czy pielęgnowania podopiecznego.

Nikt z lekarzy ani nikt inny nie powiedział nic o chorobie. Diagnoza była jak wyrok. Ciężki wyrok, po którym nie sposób się podnieść. A przecież trzeba będzie żyć z tym wyrokiem, kilka, kilkanaście lat... Zaakceptowanie diagnozy, pogodzenie się z nią to pierwszy warunek poradzenia sobie z tą nową, trudną sytuacją. Ważna jest świadomość tego, że blisko kilkanaście milionów osób na całym świecie choruje na chorobę Alzheimera, a ich opiekunowie lepiej lub gorzej radzą sobie z problemami, jakie niesie ze sobą choroba. [...] My sami szukaliśmy informacji. Żaden lekarz nic nie powiedział, co nas czeka. Nawet w szpitalu nic nie powiedzieli, nawet mieli pretensje, że zaniedbaliśmy. Nic nie zrobili, nie wyleczyli rany i jeszcze mieli wymagania, że trzeba przyjść do kontroli, a przecież ona nie chodzi. Dobrze, że można znaleźć informacje w Internecie. Brakuje informacji (M3, 60 lat).

Pobyt w szpitalu był złym doświadczeniem. Prosiłam o konsultację psychiatryczną, ale odmówiono, ponieważ szpital nie zatrudniał specjalisty w tym zakresie. Miał przyjechać z sąsiedniego szpitala w mieście, z oddziału psychiatrycznego, ale nie przyjechał. Podawaliśmy leki od lekarza rodzinnego, ale nie były dopasowane, potem nasz pediatra dopasował je dobrze. Skonsultowałam je z psychiatrą, zaocznie. Stwierdził, że są dobre. Dużo pomógł lekarz rodzinny i chirurg, ale to były wizyty płatne w domu. Na temat choroby czytałam, szukałam materiałów samodzielnie (K1, 49 lat).

Opiekunowie rodinni doświadczali braku zrozumienia sytuacji chorego i opiekuna przez lekarzy specjalistów. Nie otrzymywali odpowiedniego zakresu informacji na temat opieki nad chorym członkiem rodziny. Różnymi sposobami zdobywali potrzebną im wiedzę, np. korzystając z Internetu. Badani nie wspominali o lekarzu ze specjalnością z zakresu geriatry czy np. o konsultacji z psychologiem. Najczęściej sięgali po poradę lekarza: rodzinnego, neurologa, psychiatry, reumatologa, chirurga, specjalisty chorób wewnętrznych czy stomatologa. Opiekunowie podejmowali próby radzenia się różnych specjalistów, poszukując diagnozy dla bliskiej im osoby. Zdiagnozowanie choroby przyjmowali ze zdumieniem czy zaskoczeniem (raczej myśleli o de-

funkcjonowanie jednostki; etap 2 – niewielkie zaburzenia; etap 3 – zauważalne pogorszenie się zdolności poznawczych; etap 4 – wczesna faza choroby; etap 5 – średniozaawansowana choroba; etap 6 – zaawansowana choroba; etap 7 – ostatnia faza choroby, ciężkie otępienie (Reisberg, Ferris, de Leon, Crook 1982: 1136–1139).

mencji, a zdiagnozowanie choroby Alzheimera wzbudzało u nich niepokój), martwiąc się nie tylko o podopiecznego, ale zastanawiając się nad możliwościami i sytuacją ich, jako potencjalnych opiekunów.

Respondenci podejmowali próby zasięgnięcia rady u pracowników społecznych pracujących w ośrodkach pomocy społecznej. Otrzymane informacje i porady nie były w ich opinii zadowalające.

Umówiłam się z kierowniczką gminnego ośrodka pomocy społecznej. Przyjęła mnie w gabinecie. Opowiedziałam o sytuacji, o chorobie, o potrzebie pomocy. Zapytałam, w czym mogą mi pomóc? Jedyna porada, która była trafna, to informacja o możliwości wypożyczenia łóżka przeciwoleżynowego. Było przez kilka lat bardzo potrzebne. Wypożyczyłam też wózek inwalidzki. Oddałam sprzęty, kiedy nadeszła już śmierć (K1, 49 lat).

Nie pracowałam. Opieka zabierała mi cały mój czas. Prosiłem o poradę pracownika socjalnego, jak mogą mi pomóc. Odpowiedział, że jako opiekun nie dostanę zasiłku, bo przekracza nam nieznacznie dochód na członka rodziny. Poradził, że mogę dostać zasiłek celowy. Dostałem, po przedłożeniu rachunków 300 zł. Nic więcej, żadnej pomocy. Jeden raz odwiedził nas pracownik socjalny w domu. Potem już nie przyszedł. [...] On nic mi nie doradził, nie powiedział, jak będzie dalej, co mam robić, jak postępować. Przeprowadził wywiad i tyle (M3, 60 lat).

Opiekunowie nie otrzymywali od pracowników społecznych porad dotyczących opiekowania się chorym członkiem rodziny. Można przypuszczać, że pracownicy socjalni nie posiadali wiedzy, nie byli przygotowani do pracy w tym zakresie. Dwóch badanych, po kontakcie z pracownikiem socjalnym, korzystało z usług opiekuńczych, częściowo przez nich opłacanych, jeden z usług pełnopłatnych.

Problemem ludzi starych i otepiałych jest masturbacja i odsłanianie genitaliów w miejscach publicznych. Z partnerem lub bez, ale problemem staje się wtedy, gdy odbywa się w miejscu publicznym. Mam takie doświadczenia. [...] Biegłam, bo sąsiadka mnie zawołała i powiedziała, że ludzie się śmieją i krzyczą. Są przerażeni, że naga osoba stoi przed domem. Ja wyszłam tylko na chwilę, żeby przygotować kanapki i herbatę. [...] Nie wiedziałam, jak postępować. Pytałam lekarza, pracownika socjalnego, ale nikt nie odpowiedział (K1, 49 lat).

Nie wiedziałem jak mam pielęgnować ojca. Odleżyny były coraz większe i było ich więcej. Ciągłe zamawiałem wizyty domowe chirurga. Co tydzień za nie płaciłem. [...] Ojciec przestawał jeść. Dawałem mu preparaty białkowe z pożywieniem. Szukałem

informacji w Internecie. Wiele piszą o tym na stronach stowarzyszeń. Ja nie wiem, czy gdzieś takie stowarzyszenie jest w okolicy [M8, 53 lata].

Dla mnie jako opiekuna ważne są rady dotyczące spraw prawnych. Powiedziano mi w GOPS-ie, że powinienem wystąpić z wnioskiem do komisji o stopień niepełnosprawności. Wtedy mógłbym dostawać zasiłek związany z opiekowaniem się. Ważne są rady na temat samego przebiegu choroby, różnych ćwiczeń, żywienia, karmienia, pielęgnowania. Ja dzwoniłem do fundacji i rozmawiałem przez telefon. Pytałem, a oni zawsze coś tam podpowiedzieli. Proponowali spotkania, grupę wsparcia, ale nie miałem możliwości, aby tam iść. Myślę, że to jest dobre, bo może człowiek z kimś się spotkać i dopytać o sytuację innych ludzi. Też trochę czasu spędza wśród ludzi, a tego mi brakuje (M5, 40 lata).

Badani oczekiwali porad w zakresie: jak ja sobie poradzą, jak teraz będzie wyglądało moje życie, jaki będzie przebieg choroby, jak radzić sobie z zachowaniami agresywnymi i seksualnymi chorego, jak pielęgnować podopiecznego, jak go aktywizować, jak radzić sobie z odleżynami, jak odżywiać chorego, jak rozwiązywać kłopoty ze snem, co robić, kiedy chory przestaje jeść i kiedy ma kłopoty z połykaniem. Oczekiwali także porad prawnych, m.in. w zakresie, jak zostać opiekunem prawnym chorego⁶, a także poszukiwali organizacji pozarządowych, które obejmują pomocą i wsparciem chorych i ich opiekunów.

Na podstawie przeprowadzonych badań można dostrzec, że rodzina jest głównym źródłem pomocy i wsparcia osób starszych. Opiekunowie podkreślali znaczenie i potrzebę radzenia się. Osób udzielających porad poszukiwali głównie w placówkach służby zdrowia i ośrodkach pomocy społecznej. Wśród ośrodków, w których znajdowali porady, znalazły się zarówno podmioty publiczne, jak i pozarządowe. Przedstawiciele stowarzyszeń i fundacji, osobiście lub telefonicznie, udzielali porad obejmujących: przygotowanie do wykonywania funkcji opiekuńczych, zapoznanie ze sposobami pielęgnowania chorego, opracowanie strategii opieki nad chorym, dotarcie do odpowiednich instytucji i placówek medycznych, pielęgniarskich, socjalnych oraz w rozwiązywaniu indywidualnych problemów, m.in. prawnych czy psychologicznych.

⁶ Jeśli istnieją ku temu powody, sąd opiekuńczy wyznacza opiekuna osoby starszej. Powodem może być: niezdolność do dbania o interesy osobiste, majątkowe czy potrzeby życiowe. Opiekun jest przedstawicielem ustawowym danej osoby, może dokonywać czynności prawnych w jej imieniu.

Podsumowanie

Opieka nad chorym z otępieniem obciąża przede wszystkim osoby z nim spokrewnione i bliskie (opiekun nieformalny, rodzinny). Zakres pomocy udzielanej przez instytucje opieki zdrowotnej i pomocy społecznej jest wciąż niewystarczający (m.in. w zakresie poradnictwa prawnego, psychologicznego, rodzinnego). Potrzeby opiekunów rodzinnych osób z chorobą Alzheimera w zakresie uzyskiwania porad na temat opieki nad chorym oraz pomocy ze strony różnych instytucji nie są zaspokajane w satysfakcjonującym stopniu. Dostrzegana jest potrzeba rozszerzenia poradnictwa w tym zakresie, stworzenia bazy i zapewnienia sprawnego obiegu informacji na temat choroby Alzheimera, jak również zakresu pomocy udzielanej przez powołane do tego podmioty.

Bibliografia

- Bień B., Przydatek M. (2002), *Uwarunkowania otępienia w starości a możliwości prewencji*, „Przewodnik Lekarza”, nr 5.
- Jasnoch M. (b.r.w.), *Specjalistyczne poradnictwo rodzinne w Polsce*, Raport, Projekt 1.18 „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, CRZL, WRZOS, „Centrum”, „Forum”.
- Kaczmarek M., Durda M., Skrzypczak M., Szwed A. (2010), *Ocena jakości życia opiekunów osób z chorobą Alzheimera*, „Gerontologia Polska”, nr 2 (18).
- Kargulowa A. (1985), *Poradnictwo jako podstawowa forma poradownictwa*, [w:] A. Kargulowa, M. Jędrzejczak (red.), *Rola poradnictwa i doradztwa w optymalizowaniu rozwoju osobowości*, Wyd. UWr, Wrocław.
- Kargulowa A. (2003), *Doradca we współczesnym (nie)ładzie społecznym*, [w:] B. Wojtasik, A. Kargulowa (red.), *Doradca – profesja, pasja, powołanie*, Stowarzyszenie Doradców Szkolnych i Zawodowych Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa.
- Kargulowa A. (2005), *O teorii i praktyce poradnictwa. Podręcznik akademicki*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa.
- Kargulowa A. (2010), *Zmiany w polskim poradnictwie*, „Edukacja Dorosłych”, nr 1.
- Marcinów T. (2014), *Etyczny wymiar poradnictwa rodzinnego w świetle programów pomocowych. Wybrane zagadnienia*, „Family Forum”, nr 4.
- Najwyższa Izba Kontroli, *NIK o opiece nad chorymi na Alzheimera*, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-opiece-nad-chorymi-na-alzheimera.html> [16.05.2017].

- Rachel W., Datka W., Zyss T., Zięba A. (2014), *Obciążenie opiekunów pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimera*, „Gerontologia Polska”, nr 1 (22).
- Reisberg B., Ferris S.H., de Leon M.J., Crook T. (1982), *The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia*, „American Journal of Psychiatry”, vol. 139.
- Szluz B. (2014), *Metoda biograficzna w pracy socjalnej – założenia i zastosowanie, Badania w pracy socjalnej*, red. M. Szpunar, Wyd. ANWI, Gdańsk.
- Szluz B. (2017), *Rodzinny wymiar troski – rola opiekuna osoby z chorobą Alzheimera*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”. Sectio J. Paedagogia-Psychologia, t. 30.
- Szluz B. (2017a), „*Samoorganizowanie troski*” – *opieka nad osobą z chorobą Alzheimera w biografii opiekuna rodzinnego*, „Zeszyty Pracy Socjalnej”, nr 3.
- Szluz B. (2017b), *Opieka nad osobą z chorobą Alzheimera w percepcji opiekuna rodzinnego*, [w:] E. Bojanowska, M. Kawińska (red.), *Praca socjalna wobec wyzwań współczesności*, t. 3, Wyd. Kontrast, Warszawa.

Streszczenie

Opieka nad osobą z chorobą Alzheimera jest nie tylko wyczerpująca fizycznie i psychicznie, ale także kosztowna. Problem ten nabiera szczególnego znaczenia wobec procesu starzenia się jednostek, społeczeństw i systematycznie zwiększającej się liczby osób chorych. Sprawowanie opieki nad osobą z chorobą Alzheimera stwarza wysokie ryzyko obniżenia jakości życia przede wszystkim opiekunów rodzinnych silnie związanych emocjonalnie z chorym. W pracy podjęto próbę ukazania problemów oraz poradnictwa specjalistycznego dla opiekunów.

Słowa kluczowe: socjologia problemów społecznych, problem społeczny, opiekun rodzinny, choroba Alzheimera, poradnictwo

„Resourceful or helpless?” – specialist counseling for family caregivers of people with Alzheimer’s disease

Summary

Caring for a person with Alzheimer’s disease is not only exhausting physically and emotionally, but can also have high financial costs. This problem becomes of a special importance in the presence of an ageing process of individual and society and growing number of people with Alzheimer’s disease. Caring for person with AD

run the caregivers the high risk of decreased quality of life, it is especially true with regard to family caregivers who are emotionally related with the patient. The paper aims to present difficulties encountered and specialist counseling for carers.

Key words: the sociology of social problems, social problem, family caregiver, Alzheimer's disease, guidance

Poradnictwo medyczne w chorobach o niepomyślnym rokowaniu

Wprowadzenie

Według współczesnych koncepcji zdrowia każdy człowiek powinien wykazać się aktywnością dla unikania czynników narażających go na utratę równowagi wewnątrzustrojowej (homeostazy). Równowaga ta jest nieodzownym warunkiem utrzymania potencjału zdrowotnego na optymalnym poziomie, zapewniając ochronę organizmu człowieka przed negatywnymi skutkami czynników ryzyka zdrowotnego, które prowadzą do spadku odporności oraz zmian patologicznych i wielu chorób.

Pierwszym źródłem wiedzy o zdrowiu jest dla człowieka rodzina, w której od dzieciństwa kształtują się nawyki zdrowotne i postawy wobec własnego zdrowia oraz sposoby radzenia sobie z chorobą. Wiedza ta wsparta przez profesjonalistów z obszaru opieki medycznej pomaga w niwelowaniu błędów, co pozwala ustrzec jednostkę i rodzinę przed poważnymi zagrożeniami zdrowotnymi. Umożliwia to również wczesną diagnozę zmian patologicznych i podjęcie leczenia choroby w początkowym stadium. Pozwala to na szybkie przywrócenie sił vitalnych organizmu lub zminimalizowanie powikłań chorób przewlekłych i niepełnosprawności, a w przypadku chorób o niepomyślnym rokowaniu umożliwia pacjentowi zapewnienie jak najlepszego komfortu życia bez bólu i innych dolegliwości.

Według *Słownika języka polskiego PWN* poradnictwo oznacza zorganizowaną formę udzielania porad w jakimś zakresie (<https://sjp.pwn.pl/sjp/poradnictwo>). Poradnictwo, czyli radzenie, doradzanie, dawanie rady, ma miejsce w rodzinie, grupie rówieśniczej, kręgu towarzyskim, zawodowym i w społeczności lokalnej. Poradnictwo medyczne obejmuje wszelką działalność edukacyjną prowadzoną przez pracowników ochrony zdrowia mającą na celu promocję zdrowego stylu życia i utrzymywanie potencjału zdrowia na

optymalnym poziomie. Poprzez edukację zdrowotną dąży się do zapewnienia człowiekowi zdrowemu i choremu jak najlepszego komfortu życia, pomimo ograniczeń spowodowanych dysfunkcjami w sferze fizjologicznej, psychicznej i społecznej. Najważniejszą rolę w edukacji zdrowotnej mają do spełnienia lekarze, pielęgniarki i położne, we współpracy z innymi członkami zespołu terapeutycznego. Przekazywane formy i treści na temat zdrowia i radzenia sobie z chorobą zależą od specyfiki problemów zdrowotnych indywidualnego pacjenta i środowiska społecznego związanego z jego aktywnością życiową (rodzina, szkoła, zakład pracy). Uwzględnia się także czynniki zewnętrzne ryzyka zdrowotnego niezależne od pacjenta (warunki klimatyczne, zanieczyszczenia środowiska naturalnego, sytuacje kryzysowe i zdarzenia losowe).

Współczesne podejście do zdrowia wymaga uwzględnienia wszystkich uwarunkowań wewnętrznych (potencjał zdrowotny i dysfunkcje organizmu człowieka) oraz zewnętrznych (wpływy środowiskowe i relacje interpersonalne) w diagnozowaniu problemów zdrowotnych i planowaniu opieki medycznej nad pacjentem i rodziną w całym cyklu życia. Biorąc pod uwagę wszystkie wymienione uwarunkowania zdrowia, używa się terminu „zdrowie siedliskowe”.

W założeniach Narodowego Programu Zdrowia (NPZ), zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), obowiązuje obecnie socjoeologiczny model zdrowia, ponieważ wraz z rozwojem cywilizacji pojawiły się nowe zagrożenia dla zdrowia człowieka, związane z jego działalnością skutkującą degradacją środowiska i zmianami stylu życia spowodowanymi rozwojem nowych technologii. Ponadto na stan zdrowia mieszkańców ma wpływ wiele czynników, które diametralnie zmieniły poziom i tempo życia w porównaniu z poprzednią epoką. Szczególne znaczenie mają duże skupiska ludzi związane z rozwojem infrastruktury i poszerzaniem obszarów miejskich, ruchy przestrzenne ludności, automatyzacja procesów produkcji przemysłowej i rolniej, rozwój komunikacji lądowej, morskiej i powietrznej, dystrybucja towarów o zasięgu globalnym dzięki tworzeniu wielkopowierzchniowych międzynarodowych sieci handlowych.

Przemiany współczesnej rodziny, starzenie się społeczeństwa, spadek przyrostu naturalnego, migracje, nowe zagrożenia cywilizacyjne – to czynniki zwiększające skalę potrzeb w obszarze opieki zdrowotnej i zapotrzebowanie na wiedzę i umiejętności zapewniające każdemu człowiekowi możliwość dbania o własne zdrowie i radzenia sobie z chorobą lub ograniczoną sprawnością.

Postępy wiedzy medycznej w obszarach profilaktyki zdrowotnej, mikrobiologii, diagnostyki medycznej, medycyny naprawczej, genetyki, rehabilitacji i opieki paliatywnej dają szanse poprawy jakości życia i zdrowia ludności, pod warunkiem prowadzonego równocześnie poradnictwa sprzyjającego zwiększonemu zainteresowaniu społeczeństwa swoim zdrowiem i jak najlepszym funkcjonowaniem w chorobie lub niepełnosprawności.

Działalność pracowników ochrony zdrowia w zakresie udzielania porad i wskazówek zdrowotnych prowadzona jest w placówkach stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, w środowisku pracy, nauki i w domu pacjenta oraz w różnych obiektach przestrzeni publicznej podczas akcji promujących zdrowie (stadiony, tereny rekreacyjne przeznaczone do użytku mieszkańców, wielkopowierzchniowe obiekty handlowe, obiekty kultury masowej, obiekty kultu religijnego).

Odrębną formą poradnictwa medycznego o zasięgu globalnym jest przestrzeń medialna i Internet. Ta forma edukacji zdrowotnej może przynieść pożądany efekt w formie oddziaływania na aktywność odbiorców w zakresie zainteresowania swoim zdrowiem i rozpoznawania jego zagrożeń. Niesie jednak za sobą ryzyko korzystania z nieprofesjonalnych porad szkodzących zdrowiu lub traktowania jako autentycznych historii przedstawianych w popularnych serialach telewizyjnych czy ulegania sile reklamy. Prowadzi to do stosowania leków i suplementów diety bez zlecenia i kontroli lekarza oraz korzystania z nieprofesjonalnych metod terapii, niezgodnych ze standardami współczesnej medycyny konwencjonalnej. Obecnie w polskim społeczeństwie panuje moda na przyjmowanie różnych leków i preparatów paramedycznych bez recepty oraz stosowanie „cudownych diet” gwarantujących „idealną sylwetkę”. Prowadzi to do efektu jo-jo i poważnych zaburzeń równowagi wewnątrzustrojowej oraz schorzeń przewlekłych i powikłań zagrażających zdrowiu i życiu (spadek odporności, alergie, otyłość, choroby układu krążenia, cukrzyca, choroby nerek, depresja, nowotwory).

W niniejszym opracowaniu przedstawione zostaną wybrane metody i formy poradnictwa medycznego w chorobach przewlekłych, w których występują powikłania prowadzące do wielu dysfunkcji narządów i tkanek organizmu pacjenta, oraz w chorobach degeneracyjnych wieku geriatrycznego i w chorobach nowotworowych.

1. Rozwój poradnictwa

Poradnictwo, czyli radzenie, doradzanie, dawanie rady, ma miejsce w rodzinie, grupie rówieśniczej, w kręgu towarzyskim, zawodowym i w społeczności lokalnej. Osobami doradzającymi mogą być krewni, przyjaciele, znajomi, wykorzystujący swoją wiedzę i własne doświadczenie życiowe, a przy tym darzeni zaufaniem. Ta forma poradnictwa odbywa się spontanicznie w różnych przypadkowych sytuacjach i określana jest jako poradnictwo nieformalne (Charońska, Janus 1997: 211). Poradnictwo instytucjonalne oparte na układzie formalnych kontaktów między osobą doradzającą a tą, która chce skorzystać z rady, charakteryzuje się przekazywaniem specjalistycznej wiedzy zawodowej na wysokim poziomie, połączonej z doświadczeniem życiowym doradzającego (Charońska, Janus 1997).

Poradnictwo prowadzone przez wykwalifikowanych doradców będących pracownikami instytucji powołanych do tego rodzaju działań zaczęło rozwijać się w Ameryce i w Europie na przełomie XIX i XX wieku. Według literatury przedmiotu najwcześniej powstawały zorganizowane formy poradnictwa zawodowego (jeszcze przed I wojną światową). Jako następne rozwinęło się poradnictwo małżeńskie i rodzinne (w latach 20. ubiegłego wieku), a w dalszej kolejności – poradnictwo wchodzące w strukturę służby socjalnej, ukierunkowanej na opiekę i pomoc społeczną (Charońska, Janus 1997).

Poradnictwo medyczne w Polsce rozwinęło się w okresie międzywojennym w związku z problemami zdrowotnymi ludności spowodowanymi ubóstwem, niskim poziomem higieny, szerzeniem się epidemii i chorób społecznych (Marcysiak 2007: 99–132). Z braku odpowiednich warunków bhp i ochrony przed czynnikami ryzyka zawodowego pracownicy narażeni byli na utratę zdrowia w wyniku wypadków przy pracy i chorób zawodowych będących następstwem oddziaływania szkodliwości i uciążliwości występujących w środowisku pracy (Więckowska 2007: 55–67).

Już w ubiegłym wieku uznano, że poradnictwo jest potrzebne ludziom we wszystkich obszarach aktywności na drodze ich indywidualnego rozwoju w kolejnych etapach życia jako forma pomocy w rozwiązywaniu problemów aktualnie istniejących i przewidywanych w przyszłości. Dostrzeżono ogromną rolę poradnictwa w edukacji ludzi dorosłych dzięki zorganizowaniu kilku konferencji i sesji międzynarodowych poświęconych temu zagadnieniu. Znalazło to wyraz w rekomendacji ogłoszonej na XIX Sesji Konferencji General-

nej UNESCO w Nairobi w 1976 r. Wskazywano znaczenie poradnictwa dla wspomagania, podtrzymywania i wspierania rozwoju człowieka (Charońska, Janus 1997: 212).

Według Olgi Czerniawskiej poradnictwo oznacza pomoc sytuacyjną, która pojawia się w sytuacji problemowej (nowej, trudnej, konfliktowej) lub przewidywanej przez człowieka w przyszłości. Takie nowe, trudne sytuacje mogą dotyczyć różnych obszarów życia człowieka, w tym także jego zdrowia i zdrowia jego rodziny, jednak człowiek nie zawsze potrafi sam dostrzec problemy, zapobiec im i znaleźć możliwości ich rozwiązania (Charońska, Janus 1997).

1.1. Zakres działań, cele i zadania poradnictwa

Poradnictwo oznacza „dążenie do optymalizacji działań w różnych dziedzinach życia dla ulepszenia pewnej rzeczywistości, poprzez stosowanie określonych środków i sposobów postępowania” (Charońska, Janus 1997: 214). Czerniawska przedstawia charakterystykę poradnictwa w dwóch wymiarach: w przekroju wertykalnym i horyzontalnym (tabela 1).

Tabela 1. Wymiary poradnictwa według Olgi Czerniawskiej

Przekrój	Dziedziny poradnictwa	Forma	Uwagi
wertykalny	prawne, zdrowotne, wychowawcze, zawodowe, religijne, rodzinne, oświatowe, gospodarstwa domowego, wielozakresowe	informacja, instruktaż, skierowanie do odpowiedniej instytucji, mediacja, porada indywidualna i grupowa, konsultacja	specjalizacja nastawiona na fachową pomoc
horyzontalny	prognostyczne, profilaktyczne, optymalizujące, naprawcze	zależna od stanu radzącego się	sięganie do głębi problemu, poznanie jego złożoności i uwarunkowań

Źródło: E. Charońska, B. Janus, *Poradnictwo w pracy pielęgniarki*, [w:] Z. Kawczyńska-Butrym (red.), *Pielęgniarstwo rodzinne*, Warszawa 1997, s. 214 (opracowanie własne).

Zakres działań poradnictwa obejmuje:

- dostarczanie informacji;
- udzielanie porad, wyjaśnień z zastosowaniem wiedzy z różnych dziedzin życia;
- dodawanie otuchy;
- wspieranie;
- uwrażliwianie;
- motywowanie.

Każde poradnictwo zorientowane jest na rozwijanie aktywności osoby radzącej się w kierunku wytworzenia bardziej optymalnych zachowań. Głównym celem poradnictwa jest optymalizacja stanu rzeczy (łac. *optimus* = najlepszy), czyli uzyskanie najlepszych wyników w jakiejś dziedzinie oraz ustalenie najkorzystniejszych rozwiązań skomplikowanych zagadnień. Optymalizacja jest wyborem jak najlepszego, zadowalającego wariantu spośród możliwych rozwiązań danego problemu (Charońska, Janus 1997: 217). Celami podrzędnymi (pośredniczącymi) wiodącymi do celu głównego są:

- cele drugiego rzędu (profilaktyka i prognoza);
- cele trzeciego rzędu (korekcja i stymulacja).

Poradnictwo pełni zawsze funkcje kształcące i wychowawcze na każdym poziomie realizacji celów. Zadaniem doradcy jest udzielenie pomocy radzącemu się w:

- lepszym zrozumieniu swojej własnej sytuacji;
- rozpoznaniu swojego problemu i odnalezieniu realnych możliwości jego rozwiązania;
- nabyciu umiejętności omijania istniejących przeszkód;
- motywowaniu do wykorzystania własnych zasobów w podejmowaniu realnych, możliwych do spełnienia decyzji;
- rozwoju emocjonalnym i społecznym.

Poradnictwo od doradztwa różni się zakresem aktywności doradcy i radzącego się. Poradnictwo opiera się na współpartnerstwie w procesie rozwiązywania problemów i jest dobrowolne. Natomiast w doradztwie aktywny jest doradca, a radzący się przyjmuje bardziej bierną postawę – doradca przekonyuje radzącego się, nakłania go do działania, wywierając na niego osobisty wpływ (Charońska, Janus 1997: 215–219).

Procedura poradnictwa, czyli sposób postępowania przyjęty dla osiągnięcia zamierzonego celu, obejmuje:

- czynności wstępne (wywiad, rozmowa, wstępne zbadanie potrzeb, problemu, trudności);
- diagnozę;
- prognozę;
- informację i poradę wychowawczą;
- aktywną pomoc wychowawczą (Charońska, Janus 1997: 220).

Terminologię stosowaną dla określenia podstawowych działań w poradnictwie przedstawiono w tabeli 2. Terminologia ta ma także zastosowanie w poradnictwie medycznym.

Tabela 2. Formy oddziaływania na odbiorcę według rodzaju poradnictwa

Rodzaj poradnictwa	Odbiorcy	Cel	Formy oddziaływania
rozwijające	osoby będące w pełni sił i własnych możliwości, oszukujące nowych rozwiązań dla zdrowia i rozwoju, mające różne pomysły, ale także wątpliwości co do dokonania konkretnego wyboru	wskazanie kierunków działań	promocja zdrowia
wspomagające (podtrzymujące)	matki i opiekunowie osób chorych	podtrzymanie zdrowia i dobrego samopoczucia, niesienie pomocy w pełnieniu funkcji	pomoc w początkowej fazie konfliktów i kryzysów, gdy przewiduje się wystąpienie trudności
chroniące (zabezpieczające)	osoby chore i członkowie rodzin	ochrona przed negatywnymi skutkami przeżyć chorobowych i doświadczeń życiowych	różne formy pomocy i wsparcia
leczące (interweniujące)	pacjenci z chorobą terminalną, osoby z zaburzeniami psychicznymi, osoby przeżywające kryzysy rozwojowe i mające problemy adaptacyjne	pomoc w wychodzeniu z kryzysu oraz w adaptacji do sytuacji trudnej	organizowanie pierwszej pomocy, udzielanie wyjaśnień, kierowanie do osób kompetentnych

Źródło: E. Charońska, B. Janus, *Poradnictwo...*, dz. cyt., s. 215 (opracowanie własne).

Podczas realizacji procesu poradnictwa mogą wystąpić problemy zarówno po stronie doradcy, jak i radzącego się. Problemy doradcy dotyczą dylematów: jak pomóc i zrozumieć, jak nawiązać kontakt i udzielić informacji. Z kolei problemy radzącego się obejmują: brak informacji, trudności, przeszkody, zaburzenia, utrwalone niekorzystne zachowania. Aby cele poradnictwa zostały osiągnięte, niezbędne jest znalezienie właściwych sposobów rozwiązania wymienionych problemów i pokonania trudności po stronie doradcy i radzącego się (Charońska, Janus 1997: 224).

1.1. Formy i metody stosowane w poradnictwie medycznym

Poradnictwo medyczne obejmuje formy oddziaływania na jednostkę (pacjenta, opiekuna rodzinnego), grupę (członków rodziny, grupy pacjentów z tą samą jednostką chorobową, którzy uczestniczą w programach edukacyjnych przygotowujących do samoopieki i samopielęgnowacji) oraz zbiorowość (zorganizowane akcje promujące zdrowie w środowisku lokalnym, pokazy udzielania pierwszej pomocy, przeprowadzanie badań diagnostycznych i akcji szczepień ochronnych podczas dni otwartych w placówkach ochrony zdrowia, wystawy i prezentacje sprzętu rehabilitacyjnego i zaopatrzenia medycznego, edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży w placówkach oświatowo-wychowawczych, kampanie medialne).

W złożeniach (NPZ) określone są cele wytyczone przez WHO, zobowiązujące każde państwo do prowadzenia szeroko zakrojonej edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w obszarach zagrożeń związanych z rozwojem cywilizacji i aktualną sytuacją społeczną ludności.

W celu przybliżenia zagadnienia poradnictwa medycznego wskazanego w tytule artykułu przedstawione zostaną wybrane zagrożenia zdrowotne związane z oddziaływaniem czynników ryzyka chorób przewlekłych. W chorobach tych dochodzi do rozwoju powikłań, które powodują powstawanie trwałych dysfunkcji zdrowotnych lub zagrażają życiu osób dotkniętych problemem. Stwarzają także zagrożenie dla zdrowia członków ich rodzin z powodu nadmiernego obciążenia stresem w obliczu poczucia straty i lęku przed śmiercią chorego.

Skutki chorób o niepomyślnym rokowaniu obejmują swym zasięgiem całe środowisko społeczne pacjenta, a szczególnie jego rodzinę, sąsiadów,

przyjaciół i znajomych oraz środowisko rówieśnicze w przypadku dzieci i młodzieży. Dlatego wszyscy aktorzy życia społecznego z otoczenia pacjenta powinni być objęci poradnictwem. Jest to konieczność, ponieważ bez społecznego wsparcia pacjent nie jest w stanie poradzić sobie z nową sytuacją zdrowotną i z ograniczeniami żywymi oraz z perspektywą zbliżającego się kresu życia w przypadku chorób terminalnych.

2. Postawy wobec zdrowia

Dzieciństwo i młodość, nazywane wiekiem rozwojowym, to ważny okres dla kształtowania zachowań zdrowotnych, ze względu na szczególny rozwój fizyczny, motoryczny, intelektualny, psychiczny, społeczny. Jest to okres adaptacji do różnorodnych bodźców i zmian środowiska fizycznego oraz kompensacji niekorzystnych zjawisk współczesnego życia, zapobiegania zaburzeniom zdrowia i rozwoju, w tym profilaktyki otyłości, zaburzeń układu ruchu i miażdżycy. W okresie dorastania występują intensywne zmiany we wszystkich sferach rozwoju, tj.: biologicznej, psychicznej i społecznej. Pojawiają się oznaki dojrzewania płciowego oraz zmiany w rozwoju społeczno-emocjonalnym i poznawczym. Często w tym okresie występuje kryzys zachowań zdrowotnych, który przejawia się w działaniach antyzdrowotnych (eksperymentowanie z używkami, substancjami psychoaktywnymi, ryzykownymi zachowaniami seksualnymi). Młodzi ludzie często przenoszą te doświadczenia w dorosłe życie („Journal of Clinical Healthcare” 4/2015).

Współczesne działania prozdrowotne obejmują ochronę zdrowia i stałe dążenie do zwiększania zasobów zdrowia, za co odpowiedzialna jest polityka demograficzna, ekonomiczna, społeczna, ekologiczna. Ludzie zdrowi pod względem fizycznym i psychicznym dzięki swojemu potencjałowi tkwiącemu w zasobach zdrowia wymagają ponoszenia mniejszych nakładów na opiekę zdrowotną, dlatego w większym stopniu przyczyniają się do rozwoju społeczno-ekonomicznego. W cyklu życia człowieka występuje stan chwiejnej równowagi pomiędzy zdrowiem a chorobą na skutek działania wielu czynników pochodzenia wewnętrznego i zewnętrznego (związanych głównie ze środowiskiem naszego bytowania). Istotą promocji zdrowia jest zachęcanie ludzi, aby chcieli i umieli czuć nad wahaniami tej specyficznej równowagi

i aby dążyli do umocnienia i doskonalenia stanu swego zdrowia. Wymaga to kształtowania u nich postawy samokreacji wobec zdrowia.

Czynniki kształtujące zachowania zdrowotne można podzielić na:

- czynniki predysponujące – wiedza, przekonania, wartości, postawy;
- czynniki umożliwiające – umiejętności ważne dla zdrowia, przepisy prawne, priorytety i politykę zdrowotną na poziomie lokalnym/krajowym, dostępność i jakość opieki zdrowotnej;
- czynniki wzmacniające – normy obyczajowe oznaczające społeczną akceptację lub jej brak w stosunku do danego zachowania w rodzinie, w grupie rówieśniczej, w szkole/miejscu pracy, ze strony pracowników służby zdrowia itd.; ta grupa czynników powiązana jest z warunkami, w jakich żyje jednostka („Journal of Clinical Healthcare” 4/2015).

Pojęcie „troska” lub „dbanie” o zdrowie jest odmiennie rozumiane przez przedstawicieli różnych profesji. Współcześnie kładzie się nacisk na odmiennie i niezależne od siebie sposoby tej troski. Wyróżnia się dwa wzorce zachowań:

- zachowania medyczne, które oznaczają korzystanie z różnego typu usług medycznych, z koncentracją na leczeniu (sposób ten dotyczy przede wszystkim ludzi starszych i gorzej oceniających stan swego zdrowia);
- zachowania prozdrowotne, występujące częściej u osób z młodszych grup wiekowych, z wyższym poziomem wykształcenia i statusem społeczno-zawodowym, zamieszkających w mieście, dobrze oceniających swoją sytuację materialną i stan zdrowia.

Autorzy cytowanego artykułu przedstawili wyniki badań opinii mieszkańców na temat wskazania przez nich zachowań prozdrowotnych stanowiących dominujący czynnik dbałości o zdrowie. Badania przeprowadzono w Polsce w 2012 r. wśród osób w wieku 25–45 lat. Wyniki przedstawiały się następująco:

- 68% respondentów uznało, że prawidłowe odżywianie ma najważniejsze znaczenie dla zdrowia;
- po 45% badanych uznało za priorytet ćwiczenia fizyczne oraz rekreację i wypoczynek;
- około 33% wskazało na umiejętne radzenie sobie ze stresem i wykonywanie badań w celu oceny stanu zdrowia;
- 20% – niepalenie tytoniu;
- 12% – umiarkowanie w piciu alkoholu.

Jednocześnie niemal co drugi z badanych stwierdził, że swoje zachowania zdrowotne zmienia dopiero pod wpływem choroby lub innych niepokojących objawów zdrowotnych, zaś 15% badanych nigdy nie podejmowało działań modyfikujących swoje zachowania zdrowotne. Przytoczone badania wskazują, że ponad połowa naszego dorosłego społeczeństwa zachowuje swoisty stan bierności wobec swego zdrowia. Niepokojące jest to, że ten „antyzdrowotny wzorzec” może przenosić się na postrzeganie działań prozdrowotnych przez młodych ludzi. Jako potencjalne przyczyny przedstawionych zachowań społeczeństwa wobec zdrowia autorzy cytowanego artykułu podają:

- niedostatki wiedzy medycznej – istnieje wiele wyników badań wskazujących na brak związku poziomu wiedzy z zachowaniami zdrowotnymi oraz troską o zdrowie; często też odpowiedniej wiedzy nie towarzyszy chęć jej wykorzystania w praktyce;
- gotowość do poświęcenia zdrowia dla osiągnięcia innych celów (np. kariery zawodowej) mimo sztucznie deklarowanej wysokiej oceny jego wartości;
- podejmowanie działań na rzecz poprawy zdrowia dopiero po jego utracie;
- zewnętrzne umiejscowienie poczucia kontroli – dotyczy ludzi, którzy uważają, że ich zdrowie nie zależy od tego, co sami dla niego robią, tylko od czynników zewnętrznych, na które nie mają wpływu;
- niskie poczucie własnej skuteczności – dotyczy osób, które nie wierzą w skuteczność swoich działań, nie doprowadzają ich do końca; brakuje im silnej woli, nie dostrzegają możliwości ich realizacji.

Osoby bierne wobec działań prozdrowotnych podają różną argumentację wyjaśniającą sposób swojego postępowania. Wspólną cechą tych postaw jest duża rozbieżność pomiędzy deklarowaną wysoką wartością zdrowia a faktycznie niską dbałością o zdrowie. Osoby te w różny sposób usprawiedliwiają brak własnej aktywności, m.in.:

- twierdzą, że chcieliby działać na rzecz zdrowia, ale nie potrafią;
- działają prozdrowotnie, ale tylko okresowo, z powodu przedkładania innych, często doraźnych celów życiowych;
- wielu twierdzi, że zachowania prozdrowotne nie mają większego znaczenia (głęboko wierzą np. w mechanizmy odporności organizmu, w duże znaczenie „zatrutego” środowiska przyrodniczego i opieki medycznej);

- tłumaczą się brakiem dostatecznej infrastruktury przeznaczonej dla prozdrowotnego stylu życia, np. brak obiektów sportowych;
- twierdzą, że prozdrowotny styl życia stanowi odwrócenie uwagi społecznej od rzeczywiście ważnych problemów współczesności i jest chwilową modą, niewartą większego skupienia.

Wśród wielu czynników decydujących o tym, czy i jak ludzie zachowują się wobec własnego zdrowia i dbają o nie, wymienia się poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie, rozpatrywane w szerokim kontekście czynników psychospołecznych, w tym społeczno-gospodarczych. Tworzą one warunki życia społeczeństwa, wpływające na „nastawienia behawioralne” ludzi, określane jako najczęściej nieuświadomiane dyspozycje (swoiste automatyzmy) do podejmowania określonych zachowań, wykształcone jako odpowiedź na powtarzające się specyficzne działania.

Warunki, w jakich żyło społeczeństwo polskie w okresie powojennym, kształtowały nastawienia behawioralne wyrażające się w postawie roszczeniowej. Cechowało ją nadmierne przerzucanie na państwo i jego podsystemy odpowiedzialności za zaspokojenie podstawowych potrzeb jednostek, w tym także związanych ze sferą zdrowia, i zwalnianie się obywateli z odpowiedzialności i troski o własne zdrowie. Drugą formą nastawienia behawioralnego, ukształtowaną w czasach realnego socjalizmu, jest wyuczona bezradność, która przejawia się w niechęci lub wręcz niezdolności do samodzielnego działania w sferze życia publicznego oraz w obarczaniu władz odpowiedzialnością za kształt własnego funkcjonowania w tej sferze. To nastawienie także nie sprzyja trosce o zdrowie. Proces zmiany tych postaw i nastawień w kierunku postawy autokreacyjnej nie jest ani łatwy, ani szybki.

Świadomość zdrowotna to złożona struktura poznawcza, która ukierunkowuje i organizuje zachowania zdrowotne ludzi i zależy od trzech wzajemnie ze sobą powiązanych składników:

- od struktur umożliwiających percepcję sygnałów o zagrożeniach dla zdrowia (są osoby „czujne” – dostrzegające najdrobniejsze sygnały, mające skłonność do „fałszywych alarmów” i osoby „unikające” – skłonne do pomijania lub lekceważenia tych sygnałów);
- od wiedzy o zdrowiu i chorobach czerpanej z różnych źródeł (szczególnie cenna jest wiedza uzyskana w wyniku osobistych doświadczeń dotyczących skutków własnych zachowań zdrowotnych);

- od miejsca zdrowia w hierarchii wartości człowieka.

Zjawiskiem przeciwnym do bierności wobec zdrowia jest *healthism*, pojęcie wprowadzone przez Roberta Crawforda, tłumaczone jako „kult zdrowia” lub „obsesja zdrowia”. Przy założeniu, że zdrowie można osiągnąć przez wysiłek i samodyscyplinę, z koncentracją na doskonaleniu i chronieniu ciała, kształtowaniu jego masy i rozmiarów, ciało staje się „symbolem”, wskaźnikiem zdrowia. *Healthism* podkreśla, że zdrowie jest bardziej znaczące niż wszystkie inne wartości i jest celem samym w sobie, a nie środkiem do osiągnięcia innych celów i wartości. Zachowania prozdrowotne stają się cechą (symbolem) dobrego życia. Genezę *healthismu* wywodzi się z procesów medykalizacji życia społecznego. Pojęcie medykalizacji pojawiło się w naukach społecznych w latach 70. XX w. w kontekście krytyki ekspansji medycyny, czyli procesu uzależnienia się społeczeństwa od medycyny. *Healthism* traktowany jest także jako estetyzująca ciało postać medykalizacji. Medycyna oferuje narzędzia i sposoby estetyzacji ciała, kształtując równocześnie potrzeby medyczne ludzi zaspokajane dzięki środkom i wiedzy medycznej (Borowiec, Lignowska 2013: 96–99)

3. Rozwój cywilizacji a zagrożenia zdrowia

Dzięki ogromnemu postępowi nauki i techniki nastąpił rozwój cywilizacyjny, a wraz z nim poprawiły się warunki życia człowieka. Doprowadzono jednak do degradacji zasobów środowiska naturalnego poprzez gospodarkę rabunkową i kumulację zanieczyszczeń odpadami, ściekami przemysłowymi i związkami lotnymi. Substancje te ze względu na skład chemiczny nie ulegają biodegradacji lub proces ich rozkładu trwa kilkadziesiąt lat. Ma to ujemny wpływ na środowisko naturalne i zdrowie człowieka, przyczyniając się do występowania coraz poważniejszych zagrożeń, do których należy zaliczyć choroby cywilizacyjne. Największa liczba zachorowań dotyczy krajów wysoko zurbanizowanych i tych, w których nie prowadzi się odpowiedniej polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i eliminacji tych zagrożeń („Journal of Clinical Healthcare” 1/2014: 3–47).

Egzystowanie w dużych aglomeracjach miejskich, siedzący tryb życia, praca w pozycji siedzącej, brak ruchu i aktywności fizycznej oraz szybkie

tempo zmian tworzą stres sytuacyjny, który powoduje nadmierne obciążenie organizmu człowieka. Ponadto nieregularne spożywanie posiłków, coraz częściej w lokalach gastronomicznych lub barach oferujących dania typu *fast food*, nie dostarcza człowiekowi wielu niezbędnych składników pożywienia, a przy tym często jest wysokokaloryczne z powodu nadmiaru tłuszczu i tzw. pustych kalorii zawartych w cukrze i jego pochodnych. Odrębny problem dużych skupisk ludzkich stanowi hałas pochodzący z różnych źródeł w miejscu życia codziennego i pracy, prowadzący do osłabienia słuchu i jego utraty u coraz większej liczby ludzi w każdym wieku. Zanieczyszczenia powietrza, wody i gleby oddziałują na człowieka w różny sposób. Dostają się do organizmu przez skórę, błony śluzowe, układ oddechowy i pokarmowy (bezpośrednio lub pośrednio przez spożywanie zanieczyszczonej wody i skażonej żywności).

Wraz z rozwojem cywilizacji nasiliła się skala chorób, które w poprzednich epokach występowały rzadko u ludzi młodych, ponieważ główną przyczyną ich występowania były zmiany degeneracyjne organizmu w dojrzałym i podeszłym wieku, np. cukrzyca typu 2, miażdżycy, zawał mięśnia sercowego, udar mózgu. Obecnie mówi się o epidemii tych chorób, które występują w coraz młodszych populacjach, nawet u kilkunastoletków. Choroby związane z oddziaływaniem czynników środowiskowych, mających związek z rozwojem cywilizacji nazywane są chorobami cywilizacyjnymi. Oprócz wyżej wymienionych należy zaliczyć do tej kategorii chorób m.in.: otyłość, alergie, nowotwory, depresję i uzależnienia, w tym uzależnienia behawioralne.

Istotnym czynnikiem występującym obecnie w każdym środowisku bytowania człowieka (w miejscu zamieszkania, w środowisku nauki i pracy, w placówkach ochrony zdrowia, w urzędach) jest promieniowanie jonizujące, które obok hałasu stanowi największe zagrożenie zdrowia człowieka, ponieważ z urządzeń emitujących promieniowanie jonizujące korzystają już małe dzieci. Choroby cywilizacyjne są obecnie głównymi przyczynami przedwczesnych zgonów. Choroby te rozwijają się powoli, a ujawniają się często dopiero wówczas, gdy wystąpią ciężkie i groźne dla życia powikłania. Przykładem może być cukrzyca, w której zespół powikłań przejawia się w postaci utraty wzroku, niewydolności nerek, zespołu stopy cukrzycowej (ZSC) prowadzącego do amputacji kończyn dolnych, czy astma i przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP) u osób uzależnionych od nikotyny.

Jednym z najpoważniejszych problemów dzisiejszych czasów są zaburzenia psychiczne wywołane stresem, w tym depresja dotykająca coraz młodsze osoby. Osoba cierpiąca na depresję zagrożona jest uzależnieniem od leków i środków psychoaktywnych, anoreksją i bulimią, zaburzeniami snu, wycofaniem z życia społecznego, samobójstwem.

Odrębny problem stanowią choroby zaliczane do społecznych, mające związek z warunkami społecznymi ludności. Obecnie w Polsce do tej kategorii chorób zalicza się: gruźlicę, choroby przenoszone drogą płciową, choroby nowotworowe, choroby psychiczne, choroby reumatyczne, choroby serca oraz naczyń krwionośnych. Choroby te wymagają długotrwałego procesu leczenia i rehabilitacji, co powoduje długą absencję w pracy, w wielu przypadkach prowadzą także do trwałej utraty sprawności i inwalidztwa. Spośród wymienionych chorób poważnym zagrożeniem dla zdrowia społeczeństwa w wymiarze globalnym są choroby zakaźne z powodu szerzenia się drogą kontaktu bezpośredniego wśród dużej liczby populacji i/lub nosicielstwa ukrywającego ryzyko zakażenia przez długi czas.

3.1. Czynniki chorobotwórcze

Zmiany chorobowe są efektem działania bodźców, których siła oddziaływania przewyższa próg prawidłowej reakcji organizmu. Skutek działania czynników chorobotwórczych jest uzależniony od:

- siły działającego bodźca,
- miejsca i mechanizmu działania;
- stanu, w jakim znajduje się organizm (<http://righthand.pl/choroby>).

Czynniki chorobotwórcze dzielą się na: biologiczne, fizyczne, chemiczne, społeczne, genetyczne, niedobory lub braki czynników niezbędnych dla prawidłowego funkcjonowania lub rozwoju organizmu (tabela 3).

Tabela 3. Czynniki chorobotwórcze

Grupa czynników	Rodzaj	Skutki zdrowotne
Czynniki biologiczne	bakterie, wirusy, pierwotniaki i inne drobnoustroje chorobotwórcze oraz organizmy wyżej zorganizowane	choroby zakaźne i pasożytnicze

Grupa czynników	Rodzaj	Skutki zdrowotne
Czynniki fizyczne	mechaniczne (ostre i tępe narzędzia, maszyny, pojazdy mechaniczne, pociski itp.)	złamania, zwichnięcia, potłuczenia, przerwanie ciągłości tkanek (zranienie)
	czynniki termiczne (wysoka lub niska temperatura)	zmiany miejscowe (oparzenie, odmrożenie) lub zmiany w całym organizmie (przegrzanie, porażenie cieplne, przeziębienie, zamarznięcie)
	energia elektryczna	rażenie prądem lub piorunem
	energia promienista	choroba popromienna, porażenie słoneczne
	zmiany ciśnienia atmosferycznego	choroba kesonowa, choroba górską i lotniczą
Czynniki chemiczne	pierwiastki chemiczne i ich związki w postaci kwasów, zasad lub soli (stosowane w przemyśle, rolnictwie, ogrodnictwie i w gospodarstwie domowym)	oparzenia chemiczne
	użytki (nikotyna, alkohol, narkotyki)	zatrucia
	leki	zmiany chorobowe
Czynniki społeczne	nieporozumienia, silne bodźce psychiczne, zmartwienia	stany niedostosowania społecznego, nerwice, choroby psychiczne
Czynniki genetyczne	związane z genami autosomalnymi lub płciowymi, przenoszone z pokolenia na pokolenie	choroby dziedziczne hemofilia, daltonizm, moczówka prosta, pewne postaci cukrzycy, bielactwo, niektóre wady rozwojowe
Niedobory lub braki	hipowitaminozy lub awitaminozy	choroby z niedoboru: witaminy A – ślepota zmierzchowa, witaminy C – gnilec, witaminy D – krzywica, jodu – wole endemiczne, żelaza – niedokrwistość.

Źródło: <http://righthand.pl/choroby/?czynniki-chorobotworcze,9> [21.01.2018]
(opracowanie własne).

3.1. Podział chorób

Ze względu na zmiany chorobowe zachodzące w organizmie w przebiegu procesu patologicznego choroby dzielą się na organiczne i czynnościowe. W wyniku chorób organicznych powstają zmiany w strukturze komórek, tkanek i narządów, zaś w przypadku chorób czynnościowych występują jedynie zaburzenia funkcji narządów i tkanek. Według okresu działania czynnika chorobotwórczego w cyklu życia i rozwoju człowieka dzieli się choroby na wrodzone i nabyte. Niektóre choroby w zależności od czasu ich powstawania mogą być wrodzone lub nabyte, np. kiła. Według podziału opartego na właściwościach czynników chorobotwórczych i zdolności przenoszenia się choroby z osobnika na osobnika wyróżnia się choroby zakaźne i niezakaźne.

Pod względem lokalizacji głównych zmian patologicznych rozróżnia się choroby okolic lub części ciała (np. choroby głowy, choroby twarzy, choroby klatki piersiowej, choroby brzucha itp.), choroby narządów (np. choroby serca, choroby płuc, choroby nerek, choroby oka itd.) lub choroby układów (np. choroby układu nerwowego, choroby układu krążenia itp.). Podział chorób w zależności od wieku, w którym one najczęściej występują, związany jest ściśle z odrębnościami anatomiczno-fizjologicznymi i immunologicznymi poszczególnych okresów życia człowieka (righthand.pl/choroby).

Według czynnika czasu, obejmującego początek i przebieg chorób, dzielimy je na ostre, podostre i przewlekłe. Niektóre choroby mieszczą się w każdej z tych kategorii, np. nagle występująca infekcja zakaźna, która z braku skuteczności leczenia przechodzi w stan podostry, czyli niezagrażający bezpośrednio życiu pacjenta, a następnie w stan przewlekły z powodu powikłań. Jako przykłady można podać: zapalenie płuc prowadzące do zmian w obrębie narządów klatki piersiowej i trwałego ograniczenia pełnej funkcji układu oddechowego z powodu zrostów pozapalnych w opłucnej lub dychawicy oskrzelowej, czy anginę paciorkowcową, której powikłaniem jest choroba reumatyczna, uszkadzająca mięsień sercowy i stawy.

Większość chorób przewlekłych jest obciążona znacznym ryzykiem powikłań pogarszających komfort życia pacjenta, ale także zagrażających życiu. Szczególnie groźne są choroby autoimmunologiczne, w których organizm sam produkuje substancje uszkadzające własne komórki, czy wady wrodzone i choroby genetyczne, choroby metaboliczne, choroby serca i układu krążenia,

choroby alergiczne, choroby nerek, choroby układu nerwowego, nowotwory, choroby społeczne o etiologii zakaźnej (gruźlica, choroby przenoszone drogą płciową, WZW, AIDS, choroby tropikalne).

Wiele z tych chorób jest rozpoznawanych dopiero w stadium pełnego rozwoju, gdy doszło już do znacznych ograniczeń funkcji organizmu lub uszkodzeń tkanek i narządów. Uniemożliwia to podjęcie skutecznej terapii pozwalającej na cofnięcie skutków zmian patologicznych. Pozostaje wówczas postępowanie terapeutyczno-rehabilitacyjne i pielęgnacyjne poprawiające komfort życia pacjenta i umożliwiające utrzymanie na optymalnym poziomie aktualnego stanu zdrowia oraz zapobieganie dalszym powikłaniom i/lub zagrożeniu życia.

W przypadku chorób określanych mianem „terminalnych” należy objąć pacjenta i jego rodzinę opieką hospicyjną, świadczoną przez zespoły opieki paliatywnej, w celu złagodzenia bólu i innych dolegliwości występujących u chorego z zaawansowanym procesem chorobowym, prowadzącym nieuchronnie do zaniku podstawowych funkcji życiowych i do śmierci. Aby pacjent i jego bliscy w sposób godny i jak najmniej dotkliwy przeszli przez etap przygotowania do kresu życia i procesu żałoby, zespoły opieki paliatywnej udzielają interdyscyplinarnej pomocy i wsparcia podczas pobytu pacjenta w placówkach opieki stacjonarnej, ambulatoryjnej i domowej.

4. Wybrane przykłady poradnictwa medycznego

Ustawa o zawodzie lekarza i ustawa o zawodach pielęgniarstwa i położnej nakłada na przedstawicieli tych profesji obowiązek prowadzenia edukacji zdrowotnej. Hierarchia problemów w sferze zdrowia jednostki i społeczeństwa określana jest w kolejnych edycjach NPZ, zgodnie z wytycznymi WHO na podstawie aktualnych zagrożeń zdrowia populacyjnego o zasięgu globalnym i lokalnym. Lekarze, pielęgniarki, położne realizują programy edukacyjne wspólnie z dietetykiem, rehabilitantem i psychologiem, pozyskując do współpracy również innych specjalistów (pedagogów, socjologów, prawników, pracowników socjalnych, przedstawicieli służb mundurowych) w zależności od metody i formy edukacji oraz od potrzeb odbiorców.

Obszar edukacji zdrowotnej obejmuje najczęściej: odżywianie, aktywność fizyczną, uzależnienia, higienę osobistą i otoczenia, higienę psychiczną,

życie w rodzinie, życie seksualne, bezpieczeństwo w codziennym życiu, ekologię, mechanizm działania leków (Abramczyk 1997: 258). W celu ustalenia diagnozy na potrzeby edukacji zorientowanej na aktywizowanie pacjenta i rodziny w kierunku umacniania zdrowia należy pozyskać informacje na temat:

- zachowań pacjenta mających wpływ na zdrowie (palenie tytoniu, odżywianie, aktywność fizyczna, radzenie sobie ze stresem);
- stanu zdrowia pacjenta;
- wpływu rodziny na sytuację zdrowotną podopiecznego w zakresie zabezpieczenia jego potrzeb lub stanowienia zagrożenia;
- warunków w środowisku lokalnym w zakresie wspomagania lub stanowienia barier i zagrożeń.

Diagnoza w promocji zdrowia określa:

- stan indywidualnej osoby, rodziny, środowiska lokalnego i jego potencjał (brak zaburzeń, dolegliwości, nałogów, otwartość na współpracę w sferze edukacji);
- bariery – konflikty w rodzinie, trudności finansowe (Abramczyk 1997: 260).

W przypadku pacjenta zdrowego, bez zaburzeń i dolegliwości w sferze zdrowia, przy prawidłowych normach wyników badań, prowadzona jest edukacja zorientowana na promocję zdrowia. Gdy mamy do czynienia z człowiekiem chorym lub dotkniętym niepełnosprawnością, edukacja uwzględnia ograniczenia zdrowotne i jest zorientowana na utrzymanie lub poprawę sprawności oraz zapobieganie powikłaniom. Treści przekazywane w edukacji zdrowotnej w przypadku choroby i niepełnosprawności przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Edukacja zdrowotna w chorobie i niepełnosprawności

Obszar działań edukacji zdrowotnej	Cele	Przekazywane treści
Promocja zdrowia osób chorych	– utrzymanie istniejącego poziomu sprawności, zakresu samodzielności i/lub jej potęgowaniu; – uzyskanie lub utrzymanie uczestnictwa rodziny i środowiska w zakresie wspomagania pacjenta; – uzyskanie lub utrzymanie współpracy ze społecznością lokalną, środowiskiem	– sposoby wspomaganie sprawności i funkcjonowania chorego; – kształtowanie umiejętności mających znaczenie dla wspomaganie chorego przez rodzinę; – wskazywanie pozytywnych aspektów aktywności chorego w umacnianiu własnej sprawności; – budowanie świadomości rodziny o zasadności i pozytywnych efektach niesionej pomocy i wsparcia; – informowanie o możliwości uzyskania pomocy przez istniejące grupy wsparcia; – znaczenie aktywizowania chorego i rodziny oraz zasadności korzystania z lokalnych grup wsparcia dla pacjenta i jego najbliższych; – ukazywanie możliwości funkcjonowania z istniejącą chorobą i niepełnosprawnością
Edukacja w rehabilitacji	pomoc choremu w uzyskaniu maksymalnej samodzielności przy istniejącym poziomie sprawności fizycznej	– nauka umiejętności koniecznych w codziennym życiu pacjenta, związanych także z posługiwaniem się sprzętem rehabilitacyjnym; – praktyczne zalecenia do stosowania niezbędnych zasad do funkcjonowania chorego (stosowanie określonej diety, utrzymywanie reżimu sanitarnego, regulowanie funkcji pęcherza moczowego i wypróżnień, stosowanie ćwiczeń ruchowych) – dostosowanie warunków mieszkaniowych do potrzeb rehabilitacji chorego; – metody rehabilitacji i ich znaczenie; – możliwość udziału pacjenta w procesie rehabilitacji i jego znaczenie dla dalszego funkcjonowania; – konsekwencje wynikające z zaniedbań w sferze rehabilitacji; – sposoby wspomaganie przez rodzinę udziału pacjenta w rehabilitacji; – rola rodziny w procesie rehabilitacji chorego; – możliwość uzyskania pomocy przez chorego i jego rodzinę w sytuacjach trudnych;

Źródło: A. Abramczyk, *Problemy edukacji zdrowotnej w rodzinie i środowisku lokalnym*, [w:] Z. Kawczyńska-Butrym (red.), *Pielęgniarstwo rodzinne*, Warszawa 1997, s. 261–264.

Podczas planowania programu edukacji w rodzinie należy także uwzględnić informacje:

- dotyczące sytuacji rodzinnej pacjenta w celu określenia możliwości włączenia pozostałych członków rodziny w cykl oddziaływań edukacyjnych;
- na temat sytuacji socjalno-bytowej, struktury rodziny, sprawności fizycznej i psychicznej, funkcjonowania społecznego, więzi emocjonalnych w rodzinie, oddziałujących na przebieg procesu leczenia oraz stanu zdrowia poszczególnych członków rodziny;
- dotychczasowego poziomu wiedzy pacjenta i rodziny o chorobie;
- możliwości uzyskania wsparcia przez pacjenta i jego rodzinę (jeśli zaistnieje taka potrzeba);
- postawy rodziny wobec chorego (Abramczyk 1997: 264–265).

W przypadku osób w podeszłym wieku, które zakończyły aktywność zawodową, występuje zwiększone ryzyko chorób układu krążenia i kostnowąstwowego oraz zaburzeń psychicznych, urazów i wypadków. Wówczas potrzebna jest pomoc i wsparcie rodzinne i instytucjonalne, co stawia przed edukacją zdrowotną nowe wymagania wobec seniorów i domowników w zakresie przekazywanej wiedzy.

Wśród prezentowanych treści wymienia się:

- zachowania sprzyjające zdrowiu w okresie starzenia się organizmu;
- znaczenie aktywności fizycznej dla zachowania sprawności i samodzielności;
- udział osoby starszej w życiu rodziny;
- sposoby wspomagania osób starszych przez rodzinę;
- bieżące zalecenia dotyczące sposobu życia osób starszych (Abramczyk 1997: 268).

Zakres poradnictwa w opiece domowej sprawowanej nad chorym leżącym opracowali w formie przewodnika niemieccy autorzy Alfred Vogel i Georg Wodraschke (tłum. Ludwik Garmada). Autorzy w kolejnych rozdziałach przedstawiają w formie instruktażu czynności opiekuna w zakresie przystosowania mieszkania do możliwości długotrwałego pielęgnowania pacjenta i czynności opiekuńczych. Uzupełnieniem wskazówek praktycznych są treści teoretyczne niezbędne do obserwacji funkcji życiowych pacjenta i objawów patologicznych oraz zasad obowiązujących podczas wykonywania czynności

pielęgnacyjno-opiekuńczych. W jedenastu rozdziałach przedstawiono następujące zagadnienia:

- Chory i jego otoczenie
- Chory leżący
- Ścielenie łóżka, prześcielanie, zmiana bielizny
- Obserwacja chorego pod kątem podstawowych funkcji życiowych
- Obserwacja objawów chorobowych
- Wtórne choroby nabyte wskutek długiego leżenia
- Leki i odżywianie
- Ćwiczenie mięśni u przewlekle chorych
- Pielęgnowanie ciężko i przewlekle chorych
- Czuwanie przy umierającym
- Starość człowieka

Autorzy zaznaczyli, że używają w przewodniku umownie terminu „opieka pielęgnarska” w odniesieniu do nieprofesjonalnych opiekunów domowych, ze względu na przekazywaną wiedzę i instruktaż zgodnie z zasadami pielęgnowania pacjenta i wykonywania zabiegów według obowiązujących standardów profesjonalnej opieki pielęgnarskiej. Zakres poszczególnych elementów instruktażu przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Zakres wiedzy i umiejętności opiekunów pacjenta pielęgowanego w domu

Lp.	Problem	Tematyka	Zakres porad udzielanych opiekunom chorego (wiedza i umiejętności)
1	Chory i jego otoczenie	Pokój chorego Łóżko chorego Kontakt z otoczeniem	– urządzenie i wyposażenie pokoju; – mikroklimat; – ustawienie, wysokość łóżka i przystosowanie go do potrzeb pielęgnowania chorego; – zapewnienie choremu dostępu do kontaktów interpersonalnych z osobami zdrowymi; – zaspokojenie potrzeb intelektualnych pacjenta (dostarczenie książek, prasy, umożliwienie korzystania z mediów elektronicznych)
2	Chory leżący	Wyposażenie łóżka chorego Przygotowanie łóżka dla chorego Ułożenie chorego Środki pomocnicze przy układaniu chorego w łóżku	– dodatkowe wyposażenie łóżka (materac przeciwdrażny, podkład absorbujący wilgoć, białlina jednorazowa, poduszki i podpórki zapobiegające ujemnym skutkom zdrowotnym długotrwałej pozycji leżącej chorego); – przygotowanie łóżka umożliwiającego ułożenie pacjenta w pozycji, dostosowanej do jednostki chorobowej i wytycznych rehabilitacji; – technika ułożenia chorego w łóżku w różnych pozycjach i zmiana pozycji; – zastosowanie środków pomocniczych przy układaniu chorego; – pomoc finansowa w pozyskaniu niezbędnego sprzętu
3	Ścienienie łóżka, prześcienianie, zmiana bielizny	Przetrzepywanie poduszek Podnoszenie i unoszenie chorego Zmiana podkładu Zdejmowanie i nakładanie koszuli Prześcienianie łóżka i przenoszenie chorego na czas prześcieniania łóżka Podtrzymywanie chorego przy zmianach pozycji i miejsca	– technika czynności związanych z prześcienianiem łóżka i wymianą białliny pościelowej w 1 lub 2 osoby w zależności od aktywności pacjenta; – technika podtrzymywania chorego podczas czynności związanych z prześcienianiem łóżka; – technika unoszenia i podciągania chorego w łóżku w 1 lub 2 osoby; – technika wymiany podkładu w 1 i 2 osoby; – technika zdejmowania i nakładania koszuli pacjentowi z porażeniem połowicznym; – technika podnoszenia i przenoszenia pacjenta w 3 osoby; – technika podtrzymywania chorego, podnoszenia i prowadzenia tyłem i bokiem; – technika przeprowadzania chorego z łóżka na krzesło

Lp.	Problem	Tematyka	Zakres porad udzielanych opiekunom chorego (wiedza i umiejętności)
4	Obserwacja chorego pod kątem podstawowych funkcji życiowych	Serce i krążenie Tętno Oddychanie	– podstawowa wiedza z zakresu anatomii i fizjologii serca i układu krążenia i procesu oddychania; – technika pomiaru tętna i obserwacja oddychania
5	Obserwacja objawów chorobowych	Obserwacja pacjenta Objawy chorobowe	– obserwacja stanu świadomości chorego; – obserwacja subiektywnych i obiektywnych objawów chorobowych (barwa i wygląd skóry, ciepłota ciała, ból, wydzieliny i wydaliny); – interpretacja zaobserwowanych objawów chorobowych i pomoc choremu w przypadku ich wystąpienia
6	Wtórne choroby nabyte wskutek długiego leżenia	Odleżyny Zapalenie płuc Zakrzepcy Zesztywnienie stawów	– wiedza na temat przyczyn i objawów odleżyn; – stosowanie profilaktyki odleżyn (pielęgnacja skóry, żywienie chorego); – rozpoznawanie zmian chorobowych zagrażających życiu (podstawowa wiedza na temat zapalenia płuc, zakrzepicy naczyń żylnych i zakrzepowego zapalenia żył, zesztywnienia stawów); – profilaktyka ww. zagrożeń; – rozpoznawanie objawów ww. zagrożeń i zasady postępowania w przypadku ich wystąpienia
7	Leki i odżywianie	Obchodzenie się z lekami Apteczka domowa Odżywianie	– zasady stosowania ziół leczniczych; – przestrzeganie przepisu stosowania leku i daty jego ważności; – oznaczenie ważności leku, środka opatrunkowego i pomocniczego; – przedawkowanie leku; przechowywanie leków; – wyposażenie apteczki; – wiedza o podstawowych składnikach odżywczych i ich źródłach; – wartość energetyczna i odżywcza składników pokarmowych; – obliczanie zapotrzebowania organizmu na składniki pokarmowe; – zasady racjonalnego odżywiania w zdrowiu i chorobie; – diety stosowane podczas choroby; – przygotowywanie potraw; – karmienie chorego

Lp.	Problem	Tematyka	Zakres porad udzielanych opiekunom chorego (wiedza i umiejętności)
8	Ćwiczenie mięśni u przewlekłe chorych	Ćwiczenia izometryczne dla przewlekłe chorych Program ćwiczeń izometrycznych	– zapobieganie skutkom długotrwałego unieruchomienia pacjenta z powodu choroby lub urazu; – ogólne wiadomości o ćwiczeniach izometrycznych; – opis poszczególnych ćwiczeń izometrycznych; – ćwiczenia wykonywane przez opiekuna oraz z pomocą drugiej osoby; – współudział pacjenta w ćwiczeniach (przy określonym poziomie jego aktywności ruchowej i zachowanym stanie świadomości)
9	Pielęgnowanie ciężko i przewlekłe chorych	Formy stosowania opieki Zabiegi pielęgnacyjne Pielęgniarskie czynności pomocnicze Ogólne zasady pielęgnowania chorych	– dostosowanie form opieki do potrzeb i stanu indywidualnego pacjenta (zabiegi, dolegliwości, stan psychiczny, potrzeba utrzymywania społecznych kontaktów); – błędy w traktowaniu chorego; – zasady dotyczące właściwego stosunku do chorego; – zasady pielęgnacji; – przygotowanie i technika poszczególnych zabiegów higienicznych (mycie całego ciała, higiena jamy ustnej i zębów, mycie włosów, mycie nóg i higiena paznokci u obłożnie chorego, kąpiel higieniczna); – posługiwanie się sprzętem pomocniczym (pojnizki, basen i kaczka, podkłady przy zaburzeniu pracy zwieraczy); – informowanie pacjenta o zamierzonych czynnościach; – dokładność, punktualność i zachowanie kolejności czynności; – zrozumienie dla pewnych sposobów zachowania się chorego (wrażliwość, obawa, wstydlivość); – taktowny sposób bycia; – reagowanie na okoliczności związane z otoczeniem (mikroklimat pomieszczeń, odwiedziny w niepożądanych momentach)

Lp.	Problem	Tematyka	Zakres porad udzielanych opiekunom chorego (wiedza i umiejętności)
10	Czuwanie przy umierającym	Umieranie Czuwanie i pomoc dla umierającego	– zasady postępowania w obliczu zbliżającej się śmierci; – etapy przeżywania informacji o zbliżającej się śmierci; – formy pomocy umierającemu (czynności pielęgnacyjne, zwalczanie dolegliwości somatycznych i bólu, farmakoterapia łagodząca napięcia psychiczne, stworzenie łagodnej atmosfery przez serdeczność i uprzejmość, zapewnienie pacjentowi zaspokojenia potrzeb duchowych); – rozpoznawanie oznak stanu przedagonicznego i śmierci; – czuwanie przy umierającym (szczera rozmowa, zapewnienie warunków godnego umierania, zapobieganie osamotnieniu, pomoc w przyjęciu prawdy o zbliżającej się śmierci, kontakt z rodziną, zapewnienie w razie potrzeby posługi kapłana, stała obecność przy umierającym)
11	Starość człowieka	Poglądy i uprzedzenia dotyczące starości Starość jako etap rozwoju Współczesne poglądy na pomoc dla osób starszych	– wiedza na temat poglądów o ludziach starych (prawda i mity); – zmiany fizjologiczne w starzejącym się organizmie; – zmiany w sprawności człowieka; – zmiany osobowości; – aktywizowanie osób starszych; – formy pomocy instytucjonalnej (aspekty prawne, pomoc socjalna, placówki opiekuńcze); – formy pomocy w zaspokajaniu potrzeb podstawowych i potrzeb wyższego rzędu (pomoc żywieniowa, mieszkaniowa, działalność oświatowa i kulturalna na rzecz osób starszych)

Źródło: A. Vogel, G. Wodraschke, *Pielęgnowanie chorego w domu*, PZWL, Warszawa 1980 (opracowanie własne).

Na końcu każdego rozdziału znajduje się sprawdzian wiadomości zawierający wykaz najważniejszych treści do uzupełnienia w formie pisemnej.

Innym przykładem poradnika dla rodziców opiekujących się chorymi i niepełnosprawnymi dziećmi jest publikacja wydana przez Fundację Podkarpackie Hospicjum dla Dzieci w 2015 r. pt. *Jak radzić sobie z przewlekłą chorobą i niepełnosprawnością dziecka*. Poradnik złożony z pięciu rozdziałów (124 strony) przekazuje rodzicom informacje dotyczące problemów związanych z chorobą dziecka i sposobów ich rozwiązywania oraz instruktaż pielęgnacji chorego dziecka. Zakres treści poradnika przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6. Zakres informacji i instruktażu dla rodziców chorego dziecka

Problem	Porady praktyczne
Rozdział I. Pielęgnacja dziecka przewlekle chorego	
Toaleta dziecka w domu krok, po kroku	Pielęgnacja dziecka przewlekle chorego w domu – wyposażenie pokoju dziecka Zabiegi pielęgnacyjno-higieniczne: – prześcielenie łóżka, – zmiana bielizny pościelowej, – zmiana bielizny osobistej/piżamy, – kąpiel niemowlęcia, – kąpiel dziecka przewlekle chorego, kąpiel/toaleta ciała w łóżku, – pielęgnacja jamy ustnej, zębów, – higiena głowy, tułowia, kończyn
Zapobieganie /łagodzenie niepokojących dolegliwości	Problemy skórne Odleżyny i profilaktyka przeciwoleżynowa Problemy ze strony układu pokarmowego: – zgłębnik jako dostęp czasów, – przetoki odżywcze, – niedrożność przewodu pokarmowego –opieka nad dzieckiem ze stomią Problemy ze strony układu oddechowego: – pielęgnacja dziecka z rurką tracheostomijną, – tlenoterapia bierna w warunkach domowych Problemy ze strony układu moczowego: – pielęgnacja dziecka w domu z cewnikiem w pęcherzu moczowym, – wyłonięcie urostomii – opieka nad dzieckiem z urostomią
Porady praktyczne, czyli jak sobie radzić z trudnościami w domu	Jak wykonać wlewkę doodbytniczą/przeczyszczającą? Jak radzić sobie ze wzdęciami – „wykonanie suchej rurki”? Jak prawidłowo pobrać mocz bez cewnikowania? Zapobieganie przegrzaniu ciała/radzenie sobie z podwyższoną temperaturą Jak starać się o dofinansowanie zaopatrzenia medycznego?

Rozdział II. Rehabilitacja dziecka przewlekle chorego i niepełnosprawnego	
Wskazówki przy pielęgnacji dzieci	Zmiany pozycji u dzieci leżących Przenoszenie Przebieranie Sposoby trzymania Sadzanie
Pionizacja	Dobór pionizatorów
Fizjoterapia oddechowa	Drenaż ułożeniowy Asystor kaszlu
Rozdział III. Pomoc psychologiczna przewlekle chorym dzieciom i ich rodzinom	
Reakcje rodziców na wiadomość o chorobie dziecka	Formy pomocy w przeżywaniu straty
Rodzeństwo chorego dziecka	Reakcje zdrowych dzieci w obliczu choroby rodzeństwa Formy pomocy
Dziecko niepełnosprawne – jego reakcje na utratę sprawności	Pomoc w drodze powrotu do względnej równowagi w chorobie
Rozdział IV. Pomoc socjalna przewlekle chorym dzieciom i ich rodzinom. Ścieżka uzyskania wsparcia dla dziecka niepełnosprawnego, poczynając od jego narodzin	
Ośrodek wczesnej interwencji	Wczesna diagnoza i terapia Interdyscyplinarna pomoc
Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka	Wielokierunkowa stymulacja Praca zespołowa z czynnym udziałem rodziców
Ośrodek Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczy	Realizacja programu kompleksowej wielospecjalistycznej pomocy rehabilitacyjnej, edukacyjnej i terapeutycznej.
Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna	Organizacja pomocy psychologicznej, pedagogicznej i logopedycznej
Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności	Pomoc rodzicom w uzyskaniu świadczeń przysługujących z tytułu orzeczenia niepełnosprawności
Rozdział V. Duchowo-religijna opieka nad przewlekle chorym dzieckiem i jego rodziną	
Choroba w życiu ludzkim – ważniejsze myśli z Katechizmu Kościoła Katolickiego	Chory wobec Boga Chrystus – lekarz Uzdrowianie chorych
Posługa miłosierdzia – kapelania hospicyjna	Rola kapelana

Posługa sakramentalna i modlitewna wśród chorych	Chrzest Chrzest „z wody”, dopełnienie chrztu Bierzmowanie Bierzmowanie w niebezpieczeństwie śmierci Eucharystia w domu pacjenta, w oddziale Obrzęd Komunii poza Mszą świętą Komunia święta pacjenta w domu lub kościele Wiatyk Sakrament pokuty i pojednania Namaszczenie chorych Odpust zupełny na godzinę śmierci Inne możliwości posługi choremu Wsparcie dla umierających i rodzin Pogrzeb Pacjenta Grupa wsparcia dla rodziców w żałobie Współpraca z wolontariatem
--	---

Źródło: J. Jaroń, B. Paluszek i in., *Jak radzić sobie z przewlekłą chorobą i niepełnosprawnością dziecka*, Fundacja Podkarpackie Hospicjum dla Dzieci, Rzeszów 2015 (opracowanie własne).

Podopieczni hospicjum mają zapewnioną kompleksową opiekę i pomoc ze strony personelu medycznego, psychologa, rehabilitanta, pedagoga i kapelana. Rodzina po śmierci chorego dziecka nie jest pozostawiona bez opieki i wsparcia, może nadal korzystać z pomocy według osobistych potrzeb i oczekiwań.

Poradniki dla pacjentów i rodzin z zakresu problemów dotyczących różnych jednostek chorobowych, opracowywane przez lekarzy specjalistów, publikowane są w serii wydawniczej *Lekarz radzi* przez Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Opisują one istotę problemów zdrowotnych w poszczególnych jednostkach chorobowych, zawierają podstawowe wiadomości z zakresu anatomii i fizjologii układu, którego dotyczy schorzenie lub niepełnosprawność, przedstawiają badania diagnostyczne i metody leczenia. Informacje na temat dostępnych publikacji można znaleźć na stronie internetowej www.pzwl.pl.

Poradnictwo w obszarze leczenia żywieniowego prowadzą m.in. firmy POLSPEN, Nutricia, Baxter – w formie szkoleń, pokazów, konferencji, dystrybucji leczniczych produktów żywieniowych i suplementów, a także w formie broszur informacyjnych i poradników dla pacjentów i opiekunów domowych. Firmy te na swoich stronach internetowych zamieszczają także informacje przeznaczone dla personelu medycznego.

Poradnictwo medyczne w zakresie stosowania i obsługi specjalistycznego sprzętu i zaopatrzenia medycznego prowadzą firmy oferujące to wyposażenie: Coloplast (sprzęt stomijny, opatrunki specjalistyczne); ConvaTec (sprzęt stomijny, środki higieniczne i pielęgnacyjne); Tena (produkty i kosmetyki związane z nietrzymaniem moczu); Novo Nordisk (wyposażenie dla pacjentów z cukrzycą). Wszystkie firmy prowadzą edukację pacjentów i rodzin, organizują dla nich szkolenia indywidualne, grupowe i zbiorowe oraz szkolenia i konferencje dla pracowników ochrony zdrowia, wydają periodyki i broszury informacyjne dla pacjentów i opiekunów. Informacje o swojej działalności zamieszczają na stronach internetowych, zapewniając także stały kontakt z konsultantami za pomocą infolinii. Sprzęt oferowany przez firmy jest ciągle udoskonalany w celu poprawy komfortu życia pacjentów z różnymi problemami zdrowotnymi i ograniczeniami kontaktów społecznych z powodu utraty kontroli nad funkcjami fizjologicznymi i konieczności korzystania ze środków higienicznych, czy niezbędnego wyposażenia w produkty specjalistyczne (worki stomijne, cewniki, pompy infuzyjne). Przedstawione metody i formy edukacji zdrowotnej dotyczą tylko wybranych spośród wielu działających obecnie w kraju podmiotów prowadzących poradnictwo medyczne z uwagi na ograniczoną objętość tekstu opracowania.

Podsumowanie

Poradnictwo medyczne jest jedną z dziedzin służących ludziom pomocą w formie indywidualnej, grupowej i zbiorowej w utrzymaniu i poprawie funkcjonowania w różnych sferach życia społecznego. Forma poradnictwa dostosowana jest do oczekiwań i możliwości rozwiązania konkretnego problemu, jako działalność indywidualna, grupowa i zbiorowa. Poradnictwo w obszarze zdrowia nie może ograniczać się wyłącznie do działalności pracowników ochrony zdrowia, ale wymaga włączenia innych form poradnictwa, tj.: psychologicznego, pedagogicznego, zawodowego, prawnego i z zakresu pomocy społecznej. Potencjał zdrowia zależy od wielu obszarów działalności i funkcjonowania człowieka, choć w znaczącym stopniu determinuje go wiek, kondycja psychofizyczna i dysfunkcje ograniczające samodzielność.

Ze względu na obszerną problematykę poradnictwa medycznego, w zakresie którego wchodzi edukacja zdrowotna i promocja zdrowia, ukazano tylko

niektóre formy działalności w tych obszarach. Autorka starała się jednak nakreślić najistotniejsze aspekty przekazywanej wiedzy i wskazówek praktycznych oraz instruktażu dla osób korzystających z poradnictwa medycznego. W przypadku zapotrzebowania na poradnictwo w jednostkowych problemach zdrowotnych potencjalni odbiorcy mogą skorzystać z informacji o adresach instytucji działających w tym obszarze dostępnych w Internecie lub uzyskać pomoc w każdej placówce ochrony zdrowia, jak również zasięgnąć informacji z dostępnych na rynku wydawniczym opracowań i poradników. Miejscem pozyskiwania informacji na temat profilaktyki i zdrowego stylu życia oraz rozpoznawania i zapobiegania zagrożeniom zdrowia i życia są także apteki, punkty zaopatrzenia ortopedycznego i sklepy ze zdrową żywnością, gdzie można pobrać bezpłatne broszury, przewodniki i ulotki informacyjne.

Bibliografia

- Abramczyk A. (1997), *Problemy edukacji zdrowotnej w rodzinie i środowisku lokalnym*, [w:] Z. Kawczyńska-Butrym (red.), *Pielęgniarstwo rodzinne*, Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa.
- Borowiec A, Lignowska I. (2013), *Czy ideologia healthismu jest cechą dystynktywną klasy średniej w Polsce?*, „Kultura i Społeczeństwo”, nr 3.
- Charońska E, Janus B. (1997), *Poradnictwo w pracy pielęgniarki*, [w:] Z. Kawczyńska-Butrym (red.), *Pielęgniarstwo rodzinne*, Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa.
- Jaroń J., Paluszek B. i in. (2015), *Jak radzić sobie z przewlekłą chorobą i niepełnosprawnością dziecka*, Fundacja Podkarpackie Hospicjum dla Dzieci, Rzeszów.
- Marcysiak M. (2007), *Choroby społeczne w okresie międzywojennym w województwie łwowskim*, [w:] *Medycyna nowożytna. Studia nad kulturą medyczną*, t. 14, z. 1–2, Instytut Historii Nauki PAN – Śląski Uniwersytet Medyczny, Warszawa.
- Więckowska E. (2007), *Opieka lekarsko-zdrowotna i sanitarna w Królestwie Polskim na przełomie XIX i XX wieku*, [w:] *Medycyna nowożytna. Studia nad kulturą medyczną*, t. 14, z. 1–2, Instytut Historii Nauki PAN – Śląski Uniwersytet Medyczny, Warszawa.
- Vogel A., Wodraschke G. (1980), *Pielęgnowanie chorego w domu*, PZWL, Warszawa.

Netografia

- Słownik języka polskiego, <https://sjp.pwn.pl/sjp/poradnictwo;2505191.html> [20.01.2018].
- ISPZS, <http://www.senior.inicjatywy.org/wp-content/uploads/2015/01/6-prof-Szymborski-CZYM-JEST-PROMOCJA-ZDROWIA.pdf#page=6&zoom=auto,-231,168> [12.02.2018].

Woźniak M., Brukwicka I., Kopański Z. i in. (2015), *Związki stylu życia ze zdrowiem*, „Journal of Clinical Healthcare”, nr 4, pdf, www.jchceu/numery/2015_4/201542.pdf [13.02.2018].

Kitajewska W., Szelaż W., Kopański Z. i in. (2014), *Choroby cywilizacyjne i ich prewencja*, „Journal of Clinical Healthcare”, nr 1: 3–47, pdf, http://www.jchc.eu/numery/2014_1/201411.pdf [20.02.2018].

http://www.jchc.eu/numery/2014_1/201411.pdf [20.02.2018].

RightHand, <http://righthand.pl/choroby/?czynniki-chorobotworcze>, 9 [13.01.2018].

righthand.pl/choroby/?podzial-chorob,25 [21.01.2018].

Streszczenie

Poradnictwo medyczne obejmuje wszelką działalność edukacyjną, prowadzoną przez pracowników ochrony zdrowia, która ma na celu promocję zdrowego stylu życia i utrzymywanie potencjału zdrowia na optymalnym poziomie. Najważniejszą rolę w edukacji zdrowotnej mają do spełnienia lekarze, pielęgniarki i położne, we współpracy z innymi członkami zespołu terapeutycznego. Przekazywane wiadomości na temat zdrowia i radzenia sobie z chorobą zależą od specyfiki problemów zdrowotnych indywidualnego pacjenta i środowiska społecznego związanego z jego aktywnością życiową (rodzina, szkoła, zakład pracy). Uwzględnia się także czynniki zewnętrzne ryzyka zdrowotnego niezależne od pacjenta (warunki klimatyczne, zanieczyszczenia środowiska naturalnego, sytuacje kryzysowe i zdarzenia losowe).

Działalność pracowników ochrony zdrowia w zakresie udzielania porad i wskazań zdrowotnych prowadzona jest w placówkach stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, w środowisku pracy, nauki i w domu pacjenta oraz w różnych obiektach przestrzeni publicznej podczas akcji promujących zdrowie (stadiony, tereny rekreacyjne przeznaczone do użytku mieszkańców, wielkopowierzchniowe obiekty handlowe, obiekty kultury masowej, obiekty kultu religijnego). Odrębną formą poradnictwa medycznego dostępną dla szerokiej rzeszy ludności jest przestrzeń medialna i Internet. Ta forma edukacji zdrowotnej może przynieść pożądany efekt w formie oddziaływania na aktywność odbiorców w zakresie zainteresowania swoim zdrowiem i rozpoznawania jego zagrożeń. Niesie jednak ze sobą ryzyko korzystania z nieprofesjonalnych porad szkodzących zdrowiu lub traktowania jako autentycznych historii przedstawianych w popularnych serialach telewizyjnych czy ulegania sile reklamy.

W niniejszym opracowaniu przedstawiono wybrane metody i formy poradnictwa medycznego w chorobach przewlekłych, w których występują powikłania prowadzące do wielu dysfunkcji narządów i tkanek organizmu pacjenta, oraz w chorobach degeneracyjnych wieku geriatrycznego i chorobach nowotworowych.

Słowa kluczowe: zdrowie, choroba, edukacja zdrowotna, promocja zdrowia

Medical counselling related to conditions with poor prognosis

Summary

Medical counselling includes any kind of educational activities conducted by healthcare professionals and aimed at promotion of healthy lifestyles and maintenance of optimal health potential. The most important part in health education is played by physicians, nurses and midwives, working jointly with other members of a therapeutic team. The information provided to the patient regarding health and problems of coping with a disease depends on the specificity of the relevant individual's condition and on the characteristics of their social environment connected with their main activities (family, school, workplace). Other factors taken into account include external health related risk factors not attributable to the patient (climate, environmental pollution, crisis situations and disasters).

Operations of healthcare professionals focusing on health related guidance and recommendations are conducted in both out-patient and in-patient settings, at workplaces and in schools, at patients' home and in various public facilities during campaigns designed to promote health (stadiums, public recreational areas, large commercial centres, venues hosting mass events or religious events). Another type of medical guidance is available to the general public via mass media and on the Internet. This kind of health education may bring about desirable effects by encouraging people to become interested in their health and to learn about the related hazards. On the other hand there is also a risk that people may encounter incompetent advice, harmful for their health, or are tempted to treat stories presented in popular serial TV shows as authentic, or they may yield to the power of advertising.

The present study discusses selected methods and forms of medical counselling related to chronic diseases associated with complications which lead to various dysfunctions of the patient's body organs or tissues as well as related to degenerative diseases occurring in geriatric patients, and in neoplastic diseases.

Key words: health, disease, health education, health promotion

Poradnictwo psychologiczno-pedagogiczne przy cerkwiach na Ukrainie: rozwój, właściwości, skuteczność

Wprowadzenie

Różnice kulturowe i mentalne determinują kształtowanie charakterystycznych zachowań i ideologicznych stereotypów członków grup etnicznych. Zdaniem badaczy mentalnymi cechami narodu ukraińskiego są: ciężka praca, szacunek dla władzy, śmiałość, odwaga (czasem identyfikowana z cierpliwością), sentymentalizm, tolerancja, wiara w sprawiedliwość, zaangażowanie w ochronę wolności osobistej (Pyđan 2003: 337–347; Pyđan 2008: 22).

Naturalnie te cechy będą przejawiać się w różnych dziedzinach życia społecznego i rodzinnego społeczności ukraińskiej, określając psychologiczne i emocjonalne strategie samoregulacji. W obszarze stosunków rodzinnych wyznaczają one specyficzną budowę więzi rodzinnej, wzory hierarchii rodziny i ról, strategie zachowań w sytuacjach konfliktowych, konieczność uznania godności osobistej, granicy interwencji w sferze percepcji osobistej i ocenę gwałtownego lub agresywnego zachowania. W obszarze samoregulacji wyznaczają zaś stosunek do obcej pomocy, a także „zdolności do przetrwania do ostatniego”, jako przejaw odwagi.

Nieodłączną cechą Ukraińców, która jest produktem subiektywnego psychicznego doświadczenia narodu, jest dążenie za wszelką cenę do zapewnienia pozytywnego wrażenia zewnętrznego o sobie i swojej rodzinie. Ocena publiczna jest istotnym czynnikiem wpływającym na zachowanie ludzi. Za uwłaczające uważa się uznanie obecności czy tym bardziej rozgłaszanie własnych psychologicznych trudności i rodzinnych problemów, co prowadzi do socjalnej stygmatyzacji, a także może wywoływać potępienie społeczne.

Tradycyjnie kobieta odgrywa kluczową rolę w utrzymaniu pozytywnego wizerunku rodziny. Zazwyczaj też kobiecie najtrudniej zaakceptować fakt, że

jej rodzinę otoczenie traktuje jako problematyczną. W związku z tym kobieta dość często zgadza się na różne destruktcyjne zachowania (najczęściej z boku męża), tolerowanie antyspołecznych przejawów, poniżenie i przemoc, aby nie rozpadła się rodzina i dzieci nie zostały bez ojca. Jednakże z powodu kulturowego i społecznego postępu w świadomości ludzi obniża się próg cierpliwości i skłonność do tolerancji agresji. Współcześni ludzie, którzy wpadają w sytuacje kryzysowe, starają się nie ukrywać, lecz rozwiązać je. Jednocześnie zaczynają szukać pomocy u specjalistów lub w specjalistycznych instytucjach.

1. Socjalno-kulturalne i organizacyjne przesłanki stworzenia poradni dla rodzin przy świątyniach ukraińskiej Cerkwi greckokatolickiej

Sieć państwowych służb socjalno-psychologicznych na Ukrainie tworzy całokształt centrów, ośrodków i stanowisk przy zakładach oświatowych i medycznych. Ponieważ usługi takich organizacji są słabo zróżnicowane, a fachowcy bywają przeciążeni obowiązkami i nie zawsze odpowiednio motywowani do nadania usługom odpowiedniej jakości, w ukraińskim społeczeństwie nie mają one wysokiego autorytetu. Zaznaczmy również, że na Ukrainie pomoc psychoterapeutyczna nie jest reglamentowana przez państwo. Nie ma prawa o pomocy psychoterapeutycznej ani państwowej instytucji, która odpowiadałaby za kryteria jakości takiej pomocy, czyli za akredytowanie i licencjonowanie psychoterapeutów. Edukacja psychoterapeutyczna jest przeważnie kontynuacją edukacji medycznej czy psychologicznej i realizowana jest w organizacjach społecznych – w szczególności takich, jak: Ukraiński Związek Psychoterapeutów, Ukraińska Asocjacja Terapii Kognitywno-Behawioralnej i inne, które z kolei są członkami towarzystw europejskich. Za jakość odpowiadają więc sami specjaliści. Zwracać się do takiego specjalisty to znaczy wybierać intuicyjnie czy za radą znajomych.

W takich uwarunkowaniach logiczny wydaje się aktywny rozwój niepaństwowych centrów pomocy psychologicznej. Wśród najbardziej atrakcyjnych na dzisiaj można wyodrębnić centra psychologiczne i poradnie rodzinne, które są tworzone przy cerkwiach. Szczególnie aktywnie takie zakłady organizują się i pracują przy cerkwiach greckokatolickich. Na Ukrainie, jak

w każdym kraju z radziecką przeszłością, długi czas dominowała praktyka reglamentowania wypowiedzi swoich uczuć i myśli, a pomoc psychologiczna czy psychiatryczna kojarzyła się z mechanizmami represyjnymi, erozji ulegała też tradycja religijna. Dlatego współczesnym Ukraińcom, jak już wspomniano powyżej, trudno przyjąć model poradnictwa, które przewiduje powierzenie swojej tajemnicy komuś innemu. Jednocześnie cerkiew dla wielu osób jest miejscem, gdzie czują się bezpiecznie. Właściwa Ukraińcom religijność i duchowe nastawienie stają się dodatkowymi argumentami za celowością założenia centrów psychologicznych i poradni rodzinnych przy cerkwiach.

2. Psychologiczno-pedagogiczne i etyczne właściwości działalności psychologa w poradni cerkiewnej

Popularność poradni cerkiewnych ufundowana jest na wyraźnej określoności wartości moralnych, których przestrzegają w swojej działalności konsultanci, obecnością atmosfery chrześcijańskiej duchowości, co zwłaszcza imponuje ludziom religijnym, niweluje nieufność, wzbogacając rejestr środków pomocy psychologicznej. Praca poradni rodzinnych jest skierowana na rozpowszechnienie chrześcijańskich wartości, w szczególności tych, które leżą u podstaw troski o zdrowie psychiczne, a także określają relacje w małżeństwie, rodzinie i innych sferach życia. Poradnie stają się ośrodkami, gdzie udziela się profesjonalnej pomocy osobom, którzy pozostają w skomplikowanych sytuacjach życiowych, potrzebują wsparcia albo szukają informacji potrzebnej dla stworzenia i funkcjonowania dobrej chrześcijańskiej rodziny czy podjęcia ważnych decyzji. Wśród zadań poradni psychologicznej jest pomoc osobie w budowaniu harmonijnych relacji rodzinnych, nauczanie podstaw komunikowania się, pomoc w kryzysowych sytuacjach konfliktowych, wsparcie samotnych ludzi itd. (Бондаренко 2013: 18).

Specjalista, świadczący usługi doradcze czy psychoterapeutyczne w takiej poradni, powinien prezentować zarówno profesjonalne umiejętności, jak i religijne wartości duchowe, które sam dobrze rozumie i przekazuje. Mimo utrzymywania neutralnego stosunku do osobistych wartości klienta psycholog chrześcijański w trakcie pracy demonstrowa własne przeświadczenia światopoglądowe. Kieruje się on etycznym kodeksem psychologa i systemem

wartości w kontekście antropologii teologicznej. Taki specjalista interpretuje człowieka nie jak osobnika zdeterminowanego impulsami biologicznymi, lecz jak wolną osobę, która ma prawo wyboru i szuka wyższego sensu. Praca nad uzdrowieniem to zatem praca nad przyjęciem swoich słabości, tolerowaniem nieokreśloności, kształtowaniem tego wyższego sensu i poszukiwaniem dróg do harmonijnego rozwoju osobowości (Миколайчук 2015). W swojej działalności chrześcijański psycholog unika rozmaitych technik, które przeczą jego religijnemu światopoglądowi (manipulacyjnych, sugestywnych, hipnotycznych), pomaga poradzić sobie z problemami o charakterze mistycznym (przeżycie wyrzutów sumienia, religijnego kryzysu itd.).

Przy konsultowaniu ludzi wierzących psycholog odwołuje się do zasobów świadomościowych klienta, jego zdolności do operowania symbolami teologicznymi i metaforami dla wyjaśnienia pojęć wartości, celów, cierpienia, winy, wybaczenia itd. Rytuały religijne współbrzmiały niekiedy z praktykami psychologicznymi, dlatego są zrozumiałe dla szukających porady, co sprzyja ustaleniu psychologicznego aliansu i zaufania. Chrześcijański psycholog wychodzi z założenia, że wiele cierpień człowieka jest związanych z błędnym obrazem Boga. Przecież, jak wskazują specjaliści psychoanalizy głębi, niemało neurotycznych przeżyć powstaje wskutek błędnych pojęć człowieka o Bogu, które formułuje się również na podstawie skrzywionych relacji z osobami znaczącymi w pierwszych etapach życia – rodzicami (Мюллер 1998: 5). Dlatego analiza kształtowania się obrazu Boga na podstawie pierwotnych doświadczeń tworzenia relacji przywiązania wchodzi w zakres celów psycho terapeutycznych.

Zgodnie z badaniami niektórzy ludzie religijni uważają, że świecki psycholog nie zrozumie ich do końca, nie będzie szanował ich doświadczeń religijnych czy nie będzie się nimi interesował. Kiedy psycholog w poradni zaczyna pytać klientów o rolę i znaczenie życia religijnego, zyskuje ich aprobatę – „rzeczywiście mogę tu o tym mówić”, a zatem pojawia się odczucie bliskości, aliansu, co pozwala omawiać trudne tematy związane z doświadczeniem gwałtu, utraty itp.

Badacze w ciągu dwóch ostatnich dziesięcioleci studiują możliwości integracji z psychoterapią duchowych przeświadczeń i praktyk. Metaanalityczne badania E. Worthington i in. (Worthington 2011: 204–214; Pearce, Koenig 2015: 56–66) 46 przypadków interwencji duchowych dają możliwość wy-

wnioskowania, że wierzący klienci w psychoterapii duchowo zorientowanej (religijnej) uzyskują lepszą dynamikę pozytywnych reakcji aniżeli w innych rodzajach terapii. Od 77% do 83% klientów powyżej 55 lat chcą integrować swoje religijne przeświadczenia z psychoterapią.

Psychoterapia religijna skupia się na dołączaniu do procesu terapeutycznego religijnych zasobów klienta. W psychoterapii (w szczególności w kognitywno-behawioralnej) akcentuje się dwie drogi modyfikacji emocji. Pierwsza to identyfikacja, konfrontacja i zmiana kognitywnych procesów (nadanych znaczeń sytuacji), druga zaś to zmiana zachowania. To, jak ludzie odbierają sytuację i interpretują ją, wpływa na to, jak się czują i zachowują. Badania udowadniają, że odbiór i kreacja sytuacji z ludźmi z zaburzeniami depresyjnymi jest zniekształcona, błędna i stwarza zamknięte cykle. Myślenie cechuje się błędami kognitywnymi. W trakcie psychoterapii klient uczy się identyfikować, konfrontować skrzywiony styl myślenia i zastępować go wyważonymi myślami i zachowaniem refleksyjnym.

Religijnie zorientowana psychoterapia oprócz opisanych zasad przewiduje również użycie religijności klienta jak podstawy dla identyfikacji i zmiany nieadaptacyjnych myśli i zachowania dla zmniejszenia symptomów depresji. Zatem w religijnej (chrześcijańskiej) psychoterapii proponuje się dysputę (dialog Sokratejski) w celu ujawnienia skrzywionego i negatywnego myślenia. Wyznacznikiem jest dołączanie religijnych przeświadczeń, żeby zobaczyć, jak może to pomóc zmieniać negatywne opinie. Terapeuta pyta klientów: „Kiedy patrzycie na wasze przekonania, myśli o sytuacji, czy istnieją pewne przeświadczenia w waszej religijnej tradycji, które dementują wasz sposób wyjaśnienia sytuacji i pobudzają do przyjęcia alternatywnego oglądu?”, „Które dowody pochodzące z waszego religijnego światopoglądu, obrazu Boga, Pisma Świętego, duchowego doświadczenia i innych źródeł potwierdzają czy obalają wasz negatywny automatyczny pogląd?”.

Chrześcijańscy psycholodzy i psychoterapeuci uważają religijne doświadczenia za skuteczne motywatory dodatnich zmian zachowania, a zatem przezwyciężenia psychicznych zaburzeń. Na przykład większość światowych religii zachęca do wybaczenia, podziękowania, wielkoduszności, hojności i altruizmu, co może być podniętą do zmian zachowania. Inne praktyki zachowania w psychoterapii religijnej mogą włączać modlitwę za siebie i innych, regularne kontakty z członkami swojej religijnej społeczności, pisanie listów

podziękowania, strategię redukcji stresu (przyjęcie nieokreśloności, śmiertelności), bazujące na duchowej koncepcji, by „chodzić w wierze”. Klientów zachęcają do codziennych duchowych praktyk, na przykład kontemplatywnej modlitwy czy modlitwy za innych. Praktyki te mają potencjał wpływu również i na duchowe zdrowie i wzrost, reprezentowany w zdolności rozumienia innych i przyjmowania siebie, co pomaga przezwyciężać psychiczne zakłócenia. Takie praktyki wykorzystują psycholodzy przy poradniach parafialnych.

Organizacja procesu działalności poradni przy cerkwi zawiera następujące etapy: ustalenie współpracy z miejscowym duszpasterzem, który będzie rekomendował usługi poradni; ogłoszenie w parafii; organizację procesu klasycznego konsultowania z uwzględnieniem specyfiki klientów i ich rodzin; późniejsze profesjonalne kierowane według potrzeb albo wsparcie osobiste (Іванкова-Стецюк 2012: 114).

W trakcie konsultowania psychologicznego w poradni cerkiewnej można zderzyć się z ciągiem trudności związanych ze specyfiką pracy. W szczególności dotyczy to dołączania klientów do pomocy i ich krewnych. Niektórzy wierni mogą mieć przekonanie, że dobry chrześcijanin nie może mieć na przykład depresji czy problemów w stosunkach w małżeństwie. A szukać pomocy w psychologa – oznacza nie mieć dosyć wiary w Boga. Takie pytania należy dokładnie omawiać, badając rolę religijnej wiary w ich życiu. Wiadomo, że czasem rozstrzygająca w tym procesie jest rola księdza. Księża w poradni mogą pomagać i wspierać w takich pytaniach, konsultować przy pytaniach teologicznych, dawać poparcie i odgrywać ważną rolę w duchowym rozwoju klientów, jednak zazwyczaj nie mają oni profesjonalnego przygotowania do diagnostyki zaburzeń psychicznych i stosowania empirycznie walidowanych interwencji psychoterapeutycznych odnośnie tych zaburzeń. Współpraca specjalisty w sferze zdrowia psychicznego i księdza jest więc jeszcze jedną właściwością poradnictwa przycerkiewnego.

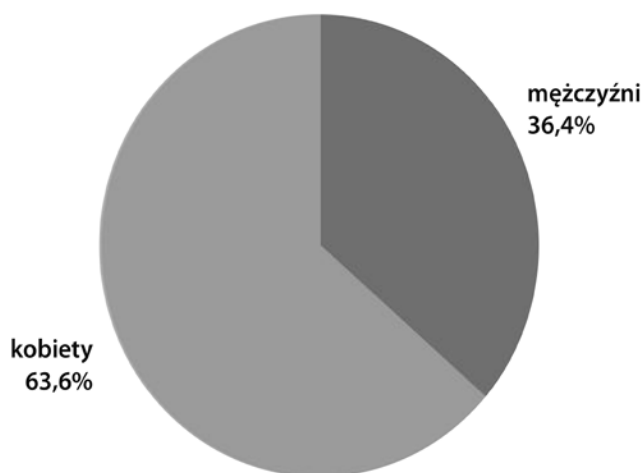
Podsumujmy zatem, że poradnie parafialne, które aktywnie rozwijają się na Ukrainie, zwłaszcza przy cerkwiach greckokatolickich, są ważną i potrzebną formą troski o zdrowie psychiczne i duchowe. Poradnie psychologiczne, które integrują religijne i duchowe doświadczenia klientów, pomagają w polepszaniu zdrowia psychicznego i sprzyjają wzrostowi wiary, religijnej identyfikacji, wzmocnieniu duchowych wartości.

3. Badania empiryczne motywacji zwracania się do poradni cerkiewnych i ocena skuteczności otrzymanych usług

Sformułowane powyżej tezy staraliśmy się sprawdzić empirycznie. Dlatego przeprowadziliśmy badanie pilotażowe, żeby zbadać motywację zwracania się klientów do poradni psychologicznych przy greckokatolickich cerkwiach Lwowa, a także ich sprawozdania co do skuteczności takich usług. Właśnie przy cerkwiach tej konfesji, która dominuje we Lwowie i obwodzie lwowskim, poradnie psychologiczne zaczęły powstawać i aktywnie rozwijać swoje usługi w ciągu ostatnich 8 lat. W celu badania opracowaliśmy ankietę on-line dla klientów, którzy zwracali się o pomoc w latach 2015–2017. Badanie było przeprowadzone wśród klientów trzech poradni psychologicznych Lwowa przy cerkwiach pw. Narodzenia Najświętszej Maryi Panny, św. Włodzimierza i Olgi, św. Klemensa Papieża. W poradniach tych pracuje 6 psychologów, którzy mają odpowiednie przygotowanie i akredytację w następujących specjalizacjach: psychoterapia kognitywno-behawioralna – 4 terapeutów, rodzinna terapia systemowa – 2 terapeutów, terapia kognitywno-behawioralna i rodzinna terapia systemowa – 1 terapeuta.

W badaniach przeanalizowano 26 odpowiedzi. Wśród klientów, którzy uczestniczyli w badaniu, przeważały kobiety.

Wykres 1. Podział respondentów ze względu na płeć



Większość badanych to osoby w wieku do 30 lat. W psychologii rozwojowej, jak i w psychologii rodziny ten wiek jest uważany za najbardziej krytyczny ze względu na właściwości rozwoju osobowościowego i kryzysy normatywne, jakie przechodzi młody człowiek na drodze samoidentyfikacji. Również na ten okres, zgodnie z danymi statystycznymi, przypada największa liczba ślubów na Ukrainie, a zatem największe prawdopodobieństwo powstania pierwszego kryzysu w związku, kiedy oczekiwanie konfrontuje się w małżeństwie z realnym obrazem partnera. Brak zasobów psychologicznych w konfrontacji z wyzwaniem społeczno-politycznymi i zagrożeniami egzystencjalnymi stwarza duże ryzyko dla zdrowia psychicznego, osobowości i rodziny, to zaś pobudza klientów, by zwracać się o profesjonalną pomoc.

Wiekowy podział badanych był następujący: do 30 lat – 16 osób, 30–40 lat – 6 osób, 40–50 lat – 4 osoby. Należy podkreślić, iż wszyscy badani uważają siebie za osoby wierzące. Wśród nich 62% zgadza się z twierdzeniem, że „moje religijne/duchowe przeświadczenia są bardzo ważną częścią mojego życia”. Odpowiednio 38% częściowo zgadza się. Wśród pytaných również 46% uważa, że religijne przeświadczenia zawsze wpływają na przyjęcie decyzji w ich życiu, a 54% twierdzi, iż czasami wpływają. Na pytanie: „Czy zgadzacie się z twierdzeniem, że psychologiczna pomoc może być zastąpiona aktywizacją religijnego życia przez pogłębienie wiary i uczestnictwo w religijnych praktykach?” – 61,5% respondentów odpowiedziało, że zgadzają się częściowo, 30,8% – całkiem nie zgadzają się i 7,7% – całkiem zgadzają się. Grupę badanych tworzyli więc respondenci, wśród których przeważają osoby płci żeńskiej do 30 lat z wyrażonymi czy miernie wyrażonymi przeświadczeniami religijnymi.

Wszystkie badane osoby otrzymywały psychologiczne usługi w ciągu od 2 tygodni do 6 miesięcy. Taka długotrwałość wskazuje na doradczy supportywny proces (jak np. przy przeżyciu utraty, kryzysu) czy krótkoterminową psychoterapię. O możliwości otrzymania usług psychologicznych w poradni cerkiewnej większość klientów (39%) dowiedziała się przez Internet na stronie cerkwi. Duża część klientów zwróciła się po pomoc, bo знаła psychologa osobiście z publicznych występów, wykładów, konferencji (31%) czy poradzili im znajomi (23%). W 8% przypadków o psychologu klienci dowiedzieli się od księdza.

Dane te świadczą o tym, że współpraca między duszpasterzami i psychologami poradni powinna być lepiej uregulowana. Własne doświadczenie

potwierdza, że duszpasterze z ostrożnością oceniają działalność psychologów, często odnosząc ją do zakresu duszpasterskiego. W poradni przy cerkwi Narodzenia Najświętszej Maryi Panny we Lwowie w 2014 roku przeprowadzono ciąg zebrań z duszpasterzami, gdzie były przedstawione właściwości pomocy psychoterapeutycznej przy neurotycznych zaburzeniach depresyjnych, post-traumatycznych zaburzeniach stresowych i w przypadku skomplikowanej reakcji na utratę bliskiej osoby. Sprzyjało to ustaleniu współpracy i kierowaniu pomocy psychologicznej czy duszpasterskiej zgodnie ze specyfiką problemu.

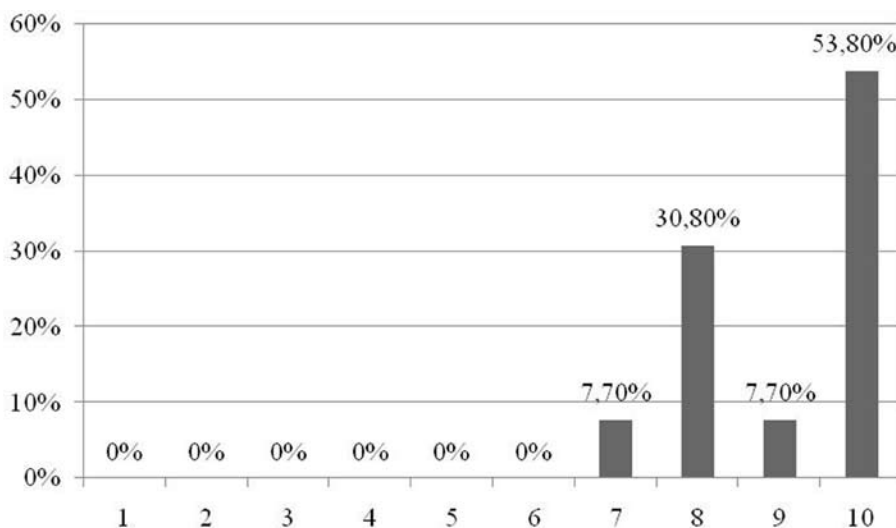
Na pytanie, co pobudziło respondentów do starań o pomoc psychologiczną w poradni cerkiewnej, 93% odpowiedziało, że bardziej ufają psychologowi, jeśli pracuje on przy cerkwi i przestrzega chrześcijańskich wartości. Respondenci *a priori* uważali takiego psychologa za bardziej współczującego i rozumiejącego. W ogóle zaufanie do instytucji Cerkwi było i pozostaje wyznacznikiem charakterystyki etnicznej Ukraińców, w szczególności obywateli zachodniego regionu Ukrainy, gdzie zaufanie do Cerkwi nie zostało zniszczone w czasach okupacyjnych reżimów, a Cerkiew nawet w podziemiu i dotknięta prześladowaniami stawiała w obronie interesów obywateli. W okresie transformacji socjalnej, niestabilności, kryzysu wojennego, instytucję Cerkwi, a także jej współpracowników, odbiera się jako gwaranta jakości. Potwierdzają to badania Kijowskiego Międzynarodowego Instytutu Socjologii, ogłoszone na początku 2017 roku, w których zawarto konkluzję, że „w ukraińskim społeczeństwie obserwuje się tendencję do obniżenia poziomu zaufania praktycznie do wszystkich instytucji socjalnych, oprócz Cerkwi, wolontariuszy i sił zbrojnych (armii). Na dzisiaj Cerkwi ufa 56,7% obywateli Ukrainy, to w przybliżeniu na 3% więcej niż wolontariuszom i siłom zbrojnym (armii)” (Зленко 2017).

Dla 23% respondentów za wyborem psychologa przy cerkwi przemawiało miejsce udzielania porad. 7% badanych zaznaczyło, że wybierając psychologa przy cerkwi, uwzględniali niższy koszt konsultacji czy bezpłatną pomoc. W pytaniu o znaczenie orientacji aksjologicznej psychologa 46% potwierdziło jej ważność: „z takim psychologiem można mówić jednym językiem”, „on najlepiej będzie rozumiał moje duchowe przeżycia”, „nie będzie pogardzał moimi religijnymi poszukiwaniami, stosunkiem z Bogiem”. Jednak większość respondentów (54%) odpowiedziała, że od orientacji aksjologicznej ważniejszy jest profesjonalizm, prawdopodobnie rozdzielając umiejętności wysłu-

chiwania i poradnictwa duszpasterskiego od specjalistycznych umiejętności profesjonalnych psychologa skierowanych na pomoc w przezwyciężeniu psychicznych zaburzeń i zakłóceń. Trudnościami, z którymi klienci zwracali się do psychologa, w 46% były problemy w relacjach międzyludzkich, w 45% wypadków – stresujące doświadczenia, dla których przezwyciężenia klienci potrzebowali polepszenia umiejętności regulacji emocjonalnej czy wytrzymałości na stres, odbudowy zasobów psychologicznych czy psychoedukacji.

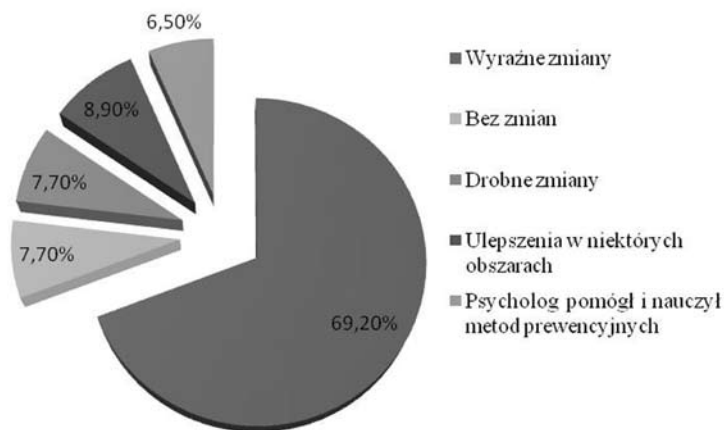
W 38% przypadków respondenci zwracali się z problemami związanymi z niską samooceną i niepewnością w sobie. W 31% i 30% z zaburzeniami emocjonalnymi i problemami, które klienci określali jak specyficzne. W rezultacie wszyscy respondenci odnotowali skuteczność pomocy psychologicznej: 46% odpowiedziało, że odczuli znaczne polepszenie i 54% – że odczuli polepszenie. Ze względu na niedużą liczbę badanych i niezastosowanie w pełni wymaganych eksperymentalnych procedur badania (obecność kontrolnej grupy i procedury randomizacji) przedstawione wyniki nie są reprezentatywne, lecz jedynie orientacyjne. Wszyscy respondenci, wykorzystując autoanalizę, ocenili skuteczność otrzymanych usług w skali od 0 do 10. Średnia ocena to 9,08. Wśród nich 10 punktów przyznało uzyskanemu wsparciu 54% respondentów.

Wykres 2. Subiektywna ocena zadowolenia klientów z usług psychologicznych w poradni cerkiewnej



Autoanalizę psychologicznych zmian respondentów przedstawiono na wykresie 3.

Wykres 3. Subiektywna ocena emocjonalnego stanu do i po otrzymaniu pomocy psychologicznej



Możemy więc stwierdzić, że przeważająca liczba respondentów dostrzega pozytywne zmiany w swoim stanie psychologicznym (emocjonalnym). Akurat takiego efektu oczekuje się przy krótkoterminowej terapii, kiedy klient rekonstruuje psychologiczne zasoby i umiejętności, żeby później własnymi siłami radzić sobie z trudnościami, jakie napotyka. Wskutek psychologicznej pomocy 77% pytanym nauczyło się rozumieć własne przeżycia (co jest podstawą dla emocjonalnej samoregulacji), 62% – lepiej regulować swoje emocje, 39% – lepiej rozumieć innych ludzi, 31% – produktywnie regulować stosunki z członkami rodziny i przyjaciółmi, 8% – poprawnie pracować nad rozwiązaniem swojego problemu. W 93% przypadków respondenci wstrzymywali psychoterapię, kiedy odczuwali, że ich problemy zostały rozwiązane czy stały takie, z którymi można poradzić sobie własnymi siłami.

Podsumowanie

W rezultacie badania potwierdzono dużą motywację respondentów do tego, by otrzymywać usługi psychologiczne w poradniach przy cerkwiach,

gdzie psycholog wyznaje podobne wartości, co skutkuje większym zaufaniem. Oprócz tego, w warunkach nie dość szerokiej sieci państwowych służb psychologicznych, usługi poradni rodzinnych przy cerkwiach nie tylko wypełniają lukę na rynku usług psychologicznych i moralnego wsparcia potrzebujących w kryzysowych sytuacjach, lecz formułują odrębny zakres psychoterapii religijnej, która wykazuje przewagę w sensie conceptualnych podejść do traktowania klienta, wyboru strategii współdziałania z nim, użycia zasobów osobowościowych w przezwyciężeniu kryzysowych sytuacji i stanów. Takie cechy działalności poradni rodzinnych stają się gwarantem skuteczności ich usług, ponieważ odpowiadają mentalnym, etnicznym i duchowym właściwościom Ukraińców.

Bibliografia

- Бондаренко М. (2013), *Єдина родина: посібник для розвитку родинних порадень при церквах на прикладі специфіки порадиництва родинних мігрантів*, Львів.
- Іванкова-Стецюк О. (2009), *Виклики реінтеграції українського трудового мігранта та перспективи їх подолання за підтримки Церкви*, „Вісник Одеського національного університету”, Том 14, Випуск 13, Соціологія і політичні науки.
- Миколайчук М. (2015), *Християнські психологи: хто ж вони?*, <http://www.dukhovnist.in.ua/uk/dukhovna-demokratiya/1089-khristiyanski-psikhologi-khto-zh-voni>.
- Мюллер Й. (1998), *Бог – Он иной*, Москва.
- Рубан А.О. (2008), *Світоглядні особливості українського національного характеру (філософсько-антропологічний аналіз)*. Автореферат дисертації канд. філос. н, Київ.
- Рубан А.О. (2003), *Соціально-філософський аналіз українського національного характеру*, „Гуманітарний вісник Переяслав-Хмельницького державного педагогічного університету імені Григорія Сковороди”, Вип. 4.
- Зленко С. (2017), *Довіра соціальним інституціям*. Прес-реліз, <http://kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=678&page=1>.
- Pearce M., Koenig H., et al. *Religiously Integrated Cognitive Behavioral Therapy: A New Method of Treatment for Major Depression in Patients With Chronic Medical Illness Psychotherapy* (2015), „Psychotherapy”, Vol. 52, No. 1.
- Worthington E.L., Jr., Hook J.N., Davis D.E. & McDaniel M.A. (2011), *Religion and spirituality*, „Journal of Clinical Psychology: In Session”, No. 67.

Streszczenie

W artykule opisano doświadczenie z tworzenia i rozwoju psychologicznych poradni rodzinnych przy cerkwiach greckokatolickich na Ukrainie (na przykładzie miasta Lwowa), a także wyniki badania empirycznego motywacji klientów do korzystania z takich ośrodków i ich opinii co do skuteczności uzyskanych usług. Na podstawie otrzymanych danych udało się ustalić, że wszyscy klienci wysoko ocenili skuteczność pracy poradni rodzinnych. Motywacja zwracania się właśnie do tych ośrodków była wyznaczona obecnością wartości religijnych w pracy konsultantów, które jednocześnie są ważnymi przeświadczeniami światopoglądowymi klientów. Wskutek badania ujawniono konieczność popularyzacji usług takich ośrodków wśród szerokich kręgów społeczeństwa i koordynacji pracy z księżmi, którzy nie zawsze mają prawidłowe pojęcie o istocie inspirowanych religijnie konsultacji psychologicznych.

Słowa kluczowe: poradnia psychologiczna przy cerkwi, poradnia rodzinna, psychoterapia religijna

Psychological-pedagogical counseling at churches in Ukraine: formation, peculiarities, efficiency

Summary

The experience of the formation and the development of the family psychological counseling at Greek Catholic churches in Ukraine (for example, the city of Lviv) is described in the article as well as the results of the empirical investigation with a determination of the motivation of clients' addresses to such centers and their self-report concerning the effectiveness of the services provided. On the basis of the received data, it was determined that all the clients appreciated the effectiveness of family counseling on the high level. The motivation of the addresses towards these centers was caused by the presence of religious values of the consultants, which at the same time are the important ideological beliefs of the clients themselves. The necessity to popularize the services of such centers among the wide ranges of the society and to coordinate the work with priests, who not always have the correct idea of the essence of religious psychological counseling, was established in the process of the study.

Key words: psychological counseling at churches, family counseling, religious psychotherapy

Poradnictwo socjalne w Polsce i na Ukrainie

Wstęp

Dla potrzeb niniejszego opracowania przyjęto pojęcie poradnictwa, które jest rozumiane jako wszelkie działania, których celem jest udzielanie jednostkom, grupom i instytucjom wsparcia w postaci rady, porady lub wskazówek. Zdaniem Alicji Kargulowej poradnictwo jest działaniem społecznym, interakcją międzyosobową, działalnością zorganizowaną lub formą pomocy społecznej. Opisując poradnictwo jako działanie społeczne, należy podkreślić znaczenie celu działania poradniczego, którego podłożem jest założenie, iż rozwiązanie problemów, z którymi przychodzi osoba radząca się, jest równoznaczne z optymalizacją rozmaitych działań podejmowanych przez radzącego się lub z uświadomieniem mu możliwości podejmowania działań mających na celu zmianę sytuacji, która wywołała problem (Kargulowa 2007: 37).

Poradnictwo jako „codzienne” działanie życzliwych osób oraz jako wyspecjalizowana działalność instytucji zatrudniających fachowców jest zjawiskiem/faktem/procesem, który można nazwać „udzielanie porady – otrzymywanie porady”. Próby opisanie tego zjawiska mogą być podejmowane z różnych pozycji teoretycznych i metodologicznych przy zastosowaniu praw i prawidłowości zaczerpniętych z różnych dziedzin nauki (Kargulowa 2016: 22).

Poradnictwo służy ludziom i odpowiada na ich zapotrzebowanie, w związku z tym wiąże się z konkretnymi oczekiwaniami na pomoc formułowanymi przez osoby, które z różnych względów znalazły się w sytuacji bezradności i bezsilności. Czasem osoby te zwracają się o wsparcie z własnej inicjatywy, niekiedy trafiają do doradcy skierowani przez innych, bywa, że nawet wbrew sobie (Wołk 2011: 159).

Współczesność charakteryzuje ogromna dynamika przemian, która generując szerokie możliwości rozwojowe, stwarza jednocześnie wiele nieznanych wcześniej problemów i trudności. Są to: szybkie tempo życia; niestabilność; anonimowość; niejednoznaczność (także w odniesieniu do wartości i ocen);

liberalizm, stanowiący często pułapkę związaną z przeniesieniem odpowiedzialności za swój los na jednostkę; natłok informacji; zróżnicowanie społeczeństwa (kulturowe, materialne); zagrażająca powszechnie marginalizacja i wykluczenie społeczne (Piorunek 2009: 30). Wymienione wyżej przyczyny, a także cechy osobowe powodują, że współczesny człowiek często potrzebuje wsparcia, porady osoby bliskiej albo profesjonalisty.

Typologia poradnictwa

W działaniu poradniczym należy zwrócić uwagę na czynniki, które decydują o skuteczności rozwiązywania problemów. Są nimi: podmiot i przedmiot działania, zastosowane metody, techniki i środki działania poradniczego. Poradnictwo jako działanie społeczne, jest rodzajem pomocy osobie, która znalazła się w trudnej sytuacji. Doradca jest specjalistą, który ma udzielić takich porad, aby szybko i skutecznie zmienić sytuację osoby potrzebującej pomocy (Kargulowa 2007: 37).

Poradnictwo, rozumiane jako interakcja międzysobowa, realizowane jest przez narrację, dialog lub przekaz wskazówek, zaleceń czy zadań prowadzących do trwałych zmian w osobie potrzebującej pomocy, umożliwiających refleksyjną zmianę jej sytuacji życiowej i rozwiązanie problemu. Według A. Kargulowej dobrze skonstruowana interakcja poprzez dobrowolne uczestnictwo w układzie *face-to-face* między radzącym się a doradzającym sprzyja rozwiązywaniu problemów (Kargulowa 2007: 37).

W literaturze przedmiotu często jako synonim poradnictwa używany jest termin doradztwo. Maria Czerepaniak-Walczak przeciwstawia te terminy, uzasadniając, że doradztwo jest działaniem o węższym zakresie (informacyjno-instruktażowym), natomiast poradnictwo poza informowaniem i daniem rad pełni też rolę diagnostyczno-terapeutyczną, wynika z inicjatywy osoby potrzebującej pomocy (Czerepaniak-Walczak 2001: 347–348).

Uwzględniając przedmiot działania, można wyróżnić poradnictwo: rodzinne, zawodowe dla osób uzależnionych oraz dla osób samotnych, współuzależnionych, po przejściach traumatycznych (Kargulowa 2007: 55). Zdaniem A. Kargulowej bardzo ważną rolę w poradnictwie odgrywa osoba doradzająca i sposób udzielania przez nią odpowiedzi na pytania stawiane

przez radzącego się. Rodzaj udzielanych odpowiedzi i sposób nawiązywania interakcji pozwolił A. Kargulowej wyróżnić trzy rodzaje poradnictwa:

- poradnictwo dyrektywne (brak uznania dla podmiotowości radzącego się);
- poradnictwo liberalne (wspomaganie podmiotowości podmiotu radzącego się);
- poradnictwo dialogowe (pełne uznanie podmiotowości radzącego się) (Kargulowa 2007: 40).

Poradnictwo a praca socjalna

Dziedziną, w której najczęściej mamy do czynienia z poradnictwem, jest praca socjalna. Przez pracę socjalną rozumie się profesję wspierającą zmianę społeczną, rozwiązywanie problemów powstających w relacjach międzyludzkich oraz wzmacnianie (*empowerment*) i wyzwalamie ludzi dla wzbogacenia ich dobrostanu (Becket 2010: 15).

W pracy socjalnej najczęściej stosowane jest poradnictwo dialogowe. Takie podejście do jednostki potrzebującej i szukającej pomocy daje możliwość zmiany jej nastawienia do siebie (wzmacnia wiarę we własne siły) i innych; zwiększa więc jej szanse na samodzielne podjęcie próby wyjścia z trudnej sytuacji życiowej (Wiessbrot-Koziarska 2012: 15).

W szeroko pojętej pracy socjalnej poradnictwo oznacza udzielenie klientowi pomocy w postaci porady, jak ma postąpić, by zmienić trudną sytuację życiową. Zasada ta została sformułowana w oparciu o podstawowe zadania pracownika socjalnego. Zgodnie z art. 119 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12.03.2004 r. (Dz.U. 2017, poz. 1985) do zadań pracowników socjalnych należy m.in.:

- udzielanie informacji, wskazówek i pomocy w zakresie rozwiązywania spraw życiowych osób potrzebujących pomocy oraz skuteczne posługiwanie się przepisami prawa w realizacji tych zadań;
- pomoc w uzyskaniu dla osób będących w trudnej sytuacji życiowej poradnictwa dotyczącego możliwości rozwiązywania problemów i udzielania tejże pomocy przez właściwe instytucje państwowe, samorządowe i organizacje pozarządowe oraz wspieranie w uzyskiwaniu niezbędnej pomocy.

Poradnictwo socjalne

W literaturze przedmiotu poradnictwo socjalne rozumiane jest jako udzielenie informacji, mającej zastosowanie w konkretnej sprawie danego klienta dotyczącej sfery socjalnej (w tym o jego prawach i uprawnieniach), udzielenie pomocy – np. w przygotowaniu pism urzędowych, oraz przedstawienie konsekwencji podjętych działań. Poradnictwo socjalne powinno być prowadzone przez profesjonalnie przygotowanego pracownika socjalnego, który powinien wiedzieć, jakiej pomocy trzeba udzielić w konkretnej sprawie i jakie zastosować metody działania poradniczego w toku pracy z klientem (Wiessbrot-Koziarska 2012: 18–19).

W procesie poradniczym uznaje się, iż problem klienta ma najczęściej więcej niż jedno rozwiązanie. O tym, jakie rozwiązanie jest najlepsze, decyduje wiele czynników, do których zalicza się: cele, wartości i ograniczenia. Celami są stany pożądane, a wartości związane są z negatywną lub pozytywną oceną tych stanów przez klienta. Wybór właściwego rozwiązania uzależniony jest od ograniczeń własnych klienta i sytuacji, w jakich mogą być realizowane te rozwiązania. Christopher W. Moore zaproponował następujące techniki wyboru rozwiązania:

- plusy kontra minusy – przypisywanie wartości dodatnich lub ujemnych poszczególnym możliwościom;
- rangowanie – stosowane w sytuacji, gdy znane są pożądane cechy wybranych rozwiązań (hierarchiczna lista ze względu na liczbę pożądanych efektów);
- kompromis – polega na połączeniu kilku rozwiązań w jedno, ostateczne;
- listy kontrolne – ustalenie zestawu kryteriów, którym powinno odpowiadać ostateczne rozwiązanie (Nocuń, Szmagalski 1998: 91–92).

Techniki poradnictwa

Jedną z zasadniczych technik poradnictwa socjalnego jest kontrakt socjalny jako regulacja interakcji między pracownikiem socjalnym a klientem. Kontrakt ten nie jest dokumentem w sensie prawnym, lecz elementem ugody ustnej czy pisemnej dotyczącej współpracy na podstawie jasno ustalonych

zobowiązań. Zastosowanie kontraktu pozwala nie tylko na jasne ustalenia roli każdej ze stron, ale sprawia też, że klient nie jest biernym uczestnikiem procesu, ale przy pomocy doradcy sam podejmuje działania, których celem jest pożądana zmiana (Garvin, Seasbury 1998: 211). Profesjonalny pracownik socjalny (tj. taki, który ma umiejętność porozumiewania się i motywowania klienta do aktywności) pełni tu rolę przewodnika w procesie rozwiązywania problemów (Nocuń, Szmagański 1998: 101).

Przy realizacji kontraktu socjalnego pożądanym jest zastosowanie techniki parcjalizacji problemu, czyli wspólnego z klientem wyboru spraw najistotniejszych, wymagających natychmiastowej reakcji. Hierarchizacja ważności problemów i kolejności ich rozwiązania sprzyja podejmowaniu działań w celu dokonania zmiany. W sytuacji, gdy klient swoje problemy uważa za wyjątkowe, należy zastosować technikę uniwersalizacji problemu – przekonać klienta, że inni mają takie same lub podobne problemy i rozwiązują je. Takie działanie może oddziaływać motywująco na klientów. Technika konfrontacji polega na pokazaniu klientowi rozbieżności między słowami a czynami i jest motywacją do podjęcia działań na rzecz rozwiązania problemu (Nocuń, Szmagański 1998: 101).

Dean Hepworth i Jo Ann Larsen opracowali strategię porozumiewania się w procesie rozwiązywania problemów. Strategia ta pozwala na uczenie się przez klienta: bycia konkretnym w prezentowaniu problemów; koncentrowania się na teraźniejszości; skupiania się na jednym problemie; postrzegania problemu bez definiowania go w kategorii winy; definiowania problemu w kategorii własnych oczekiwań (współpraca klienta z doradcą); uważnego i cierpliwego słuchania osób potrzebujących pomocy; współpracy i współdziałania z innymi w rozwiązywaniu problemu (Nocuń, Szmagański 1998: 101–102).

Metody poradnictwa

Metody w poradnictwie socjalnym można podzielić ze względu na liczbę uczestników działania (praca z indywidualnym przypadkiem, rodziną czy grupą).

Metoda pracy z indywidualnym przypadkiem opiera się na opracowanej procedurze działania. W metodzie tej stosuje się kilka etapów:

- postawienie diagnozy społecznej przypadku;
- opracowanie planu działania, po wcześniejszym zapoznaniu się z przyczynami indywidualnymi i środowiskowymi pojawienia się problemu;
- prowadzenie przypadku na podstawie opracowanego planu pomocy i wsparcia (Wiessbrot-Koziarska 2012: 46–47).

Zdaniem Ewy Kantowicz w pracy z indywidualnym przypadkiem (*casework*) należy dążyć do opracowania diagnozy przypadku oraz planu postępowania i podjęcia działań profilaktycznych, kompensacyjnych i terapeutycznych przez zaangażowanie jednostki w działania na rzecz zmiany sytuacji (Kantowicz 2001: 91). W metodzie *casework* stosowane są określone procedury na podstawie różnych modeli: funkcjonalnego, psychospołecznego, zorientowanego na rozwiązywanie problemów, zorientowanego zdaniowo, behawioralnego i kompetencyjno-ekologicznego (Garvin, Seasbury 1998: 18).

Metoda grupowa (*groupworkers*) stosowana jest w poradnictwie socjalnym rzadziej niż *casework*. Zdaniem Jerzego Szmagałskiego „stosowanie małych grup w pracy socjalnej znajduje uzasadnienie w następujących zjawiskach, którym podlegają członkowie takich grup: 1) we wspólnocie celów motywujących do wzajemnej pomocy i wspierania się; 2) w zwiększeniu potencjału twórczego stwarzającym trudno osiągalne dla samotnych jednostek szanse efektywnego rozwiązania problemów; 3) w dynamice grupy zmieniającej skutecznie cele i normy swoich uczestników” (Lalak, Pilch 1999: 131). Do metod, które znajdują zastosowanie w poradnictwie socjalnym dla rodzin, należą również: kierowanie, zarządzanie i administrowanie przypadkiem, omawianie przypadku, konferencja grupy rodzinnej (KGR) oraz metoda sieciowa (Garvin, Seasbury 1998: 51).

Zastosowanie każdej z metod wiąże się z wyborem określonej koncepcji i modelu działania poradniczego oraz użyciem konkretnych technik pracy z klientem.

Interwencja kryzysowa jest metodą ukierunkowaną na szeroko rozumiany kryzys emocjonalny. Swoim zasięgiem wykracza poza indywidualną pracę interwencyjną – obejmuje dostarczanie potrzebującemu wieloaspektowej pomocy w kryzysie, w rekonstrukcji więzi z otoczeniem, a także promowanie przemian społecznych i politycznych (Matyjas 2010: 175).

Zasadniczym celem interwencji kryzysowej jest pomoc klientowi w powrocie przynajmniej do przedkryzysowego poziomu funkcjonowania. Jest to

postępowanie względnie krótkoterminowe, nakierowane na pokonywanie obserwowalnych, specyficznych trudności (Szmagański 2014: 56).

Poradnictwo zawodowe jest również jedną z form pomocy osobom, które nie są w stanie samodzielnie pokonać życiowych kryzysów. Jest ono realizowane zgodnie z sześcioma zasadami:

- 1) dostępności usług dla wszystkich osób bezrobotnych i poszukujących pracy oraz pracodawców;
- 2) dobrowolności korzystania z usług;
- 3) równości w korzystaniu z usług bez względu na narodowość, płeć, wyznanie, przynależność do organizacji politycznych i społecznych oraz inne okoliczności;
- 4) swobody wyboru zawodu i miejsca zatrudnienia;
- 5) bezpłatności korzystania z usług;
- 6) poufności i ochrony danych osobowych osób korzystających z usług poradnictwa (Bednarczyk, Kukla 2010: 252).

Charakterystyka doradców w poradnictwie socjalnym

Ze względu na rolę, jaką w procesie doradztwa pełnią jego wykonawcy, należy określić, jakie powinni mieć kompetencje. W literaturze przedmiotu wyróżnia się trzy kategorie kompetencji:

- osobiste – związane z poznawczym, emocjonalnym, motywacyjnym funkcjonowaniem człowieka i jego umiejętnościami;
- organizacyjne – jest to całokształt kompetencji wymaganych w środowisku pracy;
- operacyjne – wynikające z połączenia kompetencji osobistych z kompetencjami organizacyjnymi (Jańczak-Obst 2007: 249)

Do kompetencji zaliczane są również cechy osobowości jako względne trwałe właściwości psychiczne i fizyczne charakteryzujące daną osobę (odporność, wrażliwość, odwaga, motywacja, mechanizmy kontroli, temperament).

Doradca (pracownik socjalny) powinien zatem być osobą:

- kompetentną, wszechstronnie wykształconą, doświadczoną życiowo i zawodowo, bystrą, ambitną, zaradną, samodzielną w podejmowaniu decyzji;

- empatyczną, wzbudzającą zaufanie, komunikatywną, otwartą, autentyczną w kontaktach międzyludzkich, wyrozumiałą, opanowaną, spolegliwą, bezinteresowną, sprawiedliwą, pomysłową, konstruktywną, lojalną, dyskretną, wiarygodną, prawdomówną, wrażliwą na krzywdę innych, taktowną, kulturalną, słuchającą z uwagą, cierpliwą, szanującą godność drugiego człowieka, akceptującą każdego klienta, sugestywną, umiejącą rozmawiać, pogodną, życzliwą, asertywną, bezpośrednią, dającą poczucie bezpieczeństwa, schludną, czystą, nieoceniającą, mającą poczucie własnej wartości;
- obiektywną, konsekwentną, spostrzegawczą, racjonalną, operatywną, punktualną, obowiązkową, sprawną w działaniu, przewidującą, systematyczną, dyspozycyjną (Gierszewska 1995: 97).

W Polsce poradnictwo socjalne świadczone jest przez ośrodki pomocy społecznej (gminne, miejskie i powiatowe), inne placówki pomocy (m.in. DPS-y), a także organizacje pozarządowe. Te ostatnie wypracowały standardy poradnictwa: poufność, bezpłatność, rzetelność, profesjonalizm (zarówno merytoryczny, jak i metodologiczny), samodzielność klienta i poszanowanie jego autonomii.

W literaturze ukraińskiej poradnictwo socjalne rozumiane jest jako wykwalifikowana rada, pomoc dla osób doświadczających różnych problemów, w celu ich uspołecznienia, przywrócenia i optymalizacji ich funkcji społecznych oraz rozwoju społecznych norm komunikacji (<http://stud.com.ua...> [online 24.02.2018]).

Na Ukrainie poradnictwo socjalne i świadczenie usług socjalnych są regulowane ustawą z dnia 2.07.2015 Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги консультування (Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 17 липня 2015 р. за № 866), która określa treść, zakres, warunki i procedurę świadczenia usług socjalnych oraz wskaźniki jakości dla podmiotów wszystkich form własności, które świadczą te usługi.

Zgodnie z cz. I pkt 2 odbiorcami usług poradnictwa socjalnego są osoby, rodziny lub grupy osób, które wskutek trudnych warunków życia spowodowanych przez niepełnosprawność, wiek, stan zdrowia, status społeczny, bezdomność, penalizację itp. znajdują się w trudnych sytuacjach życiowych i potrzebują wsparcia. Usługi te świadczone mogą być nieodpłatnie lub za uiszczeniem zróżnicowanej opłaty (cz. I pkt 3).

Pkt 4 ustawy definiuje terminologię poradnictwa socjalnego:

- doradztwo uliczne udzielane osobom potrzebującym pomocy w środowiskach niestandardowych (poza siedzibą ośrodków świadczących usługi socjalne), np. w miejscach pobytu osób bezdomnych, bezrobotnych, nadużywających środków psychoaktywnych;
- doradztwo grupowe – doradztwo dla dwóch lub więcej osób o podobnych warunkach życiowych lub osób potrzebujących informacji dotyczącej wsparcia socjalnego;
- poradnictwo zaoczne – prowadzone przez podmioty świadczące usługi socjalne przy pomocy środków technicznych (telefon, doradztwo online), które uwzględnia potrzebę anonimowości odbiorcy;
- indywidualne doradztwo świadczone odbiorcy usług socjalnych, mające na celu rozwijanie jego kompetencji w przezwyciężaniu trudnych okoliczności życiowych;
- indywidualny plan usług poradnictwa społecznego – dokument opracowywany na podstawie kompleksowego zbadania i oceny indywidualnych potrzeb beneficjentów określający środki podjęte w celu zapewnienia usługi, zasoby i terminy realizacji, wykonawców oraz dane dotyczące monitorowania wyników i ewentualnej rewizji planu;
- interwencja kryzysowa to (podobnie jak w Polsce) doradztwo stosowane w stosunku do odbiorców usług socjalnych, którzy znaleźli się w sytuacji kryzysowej; pomoc w nagłych wypadkach zarówno w sferze wsparcia emocjonalnego jak i dbałości o uczucia poszkodowanych; uświadomienie wpływu kryzysu, zmiany nastawienia do problemu, zwiększenie odporności i tolerancji na stres, uczenie nowych zachowań.

Jakość usług poradnictwa społecznego jest na Ukrainie monitorowana i podlega stałej lub okresowej ocenie pracowników podmiotów świadczących usługi społeczne w celu oceny wyników pracy, identyfikowania problemów i formułowania zaleceń dla ich eliminacji (Линде 2013: 102).

Usługodawcą poradnictwa socjalnego jest specjalista lub zespół ds. świadczenia usług socjalnych (psycholog, pedagog, pracownik, który zajmuje się bezpośrednio zapewnieniem wsparcia potrzebującym).

Zgodnie z ustawą z dnia 2.07.2015 r. usługi doradztwa socjalnego to zestaw środków podjętych w okresie niezbędnym do wyjścia z trudnych sytuacji życiowych i dostosowania się osób, członków rodziny do nowych warunków

środowiska społecznego, wspieranie samodzielności społecznej, zachowanie i kontynuowanie aktywności społecznej osoby, rodziny.

Patrolowanie społeczne to mobilna forma usług społecznych świadczona poza instytucjami pomocowymi. Patrolowanie może być prowadzone przez co najmniej trzypięciorosobowy zespół pracowników ośrodków dla bezdomnych, pracowników socjalnych ośrodków pomocy społecznej oraz innych pracowników organizacji publicznych i charytatywnych.

Podmioty świadczące usługi poradnictwa socjalnego to na Ukrainie prócz państwowych ośrodków pomocy społecznej przedsiębiorstwa, instytucje, organizacje (z różną formą własności) bądź osoby fizyczne spełniające kryteria podmiotów świadczących usługi socjalne.

Zgodnie z ustawą (cz. II pkt 1 ustawy II) podstawą do uzyskania poradnictwa socjalnego jest: w perspektywie krótko-, średnio- i długoterminowej – wniosek (oświadczenie) potencjalnego odbiorcy usługi lub jego przedstawiciela ustawowego do podmiotów świadczących usługi socjalne. W jednorazowym poradnictwie kryzysowym radzący się lub jego pełnomocnik może kierować wniosek do dostawców usług społecznych bezpośrednio m.in. za pomocą telefonu, e-maila, Skype’a itp. W trakcie udzielenia poradnictwa ulicznego podstawą są ujawniające się podczas patrolu społecznego prośby grup lub pojedynczych osób.

Ustawa określa także zasady świadczenia usługi, w tym możliwość odmowy jej świadczenia (precyzuje terminy i powody odmowy). O podjętej decyzji podmiot świadczący usługi socjalne musi poinformować zainteresowanego lub jego pełnomocnika, a w przypadku odmowy – wyjaśnić przyczyny i dołączyć informacje na temat możliwości otrzymania takiej usługi społecznej u innego podmiotu.

Identyfikowanie indywidualnych potrzeb w zakresie zdalnej pomocy jednorazowej i/lub poradnictwa w sytuacjach kryzysowych jest przeprowadzane bezpośrednio na prośbę odbiorcy usług socjalnych, a wyniki są zapisywane na alfabetycznej karcie odbiorcy usług społecznych lub w kwestionariuszu doradztwa ulicznego.

Umowa w sprawie usług socjalnych podpisywana jest przez odbiorcę i/lub jego pełnomocnika i przedstawiciela podmiotu świadczącego usługi. Określa ona m.in. miejsce i czas świadczenia usługi. W przypadku ośrodka pomocowego jest ona świadczona w lokalu podmiotu świadczącego usługi społeczne w godzinach pracy; ze zdalnym doradztwem – za pomocą środków

technicznych (telefon, komunikacja online) umieszczonych w lokalu podmiotu świadczącego usługę społeczną (jeden raz zgodnie z wnioskiem beneficjenta); w ramach poradnictwa ulicznego – w warunkach niestacjonarnych (Державний стандарт соціальної послуги консультування).

Podsumowanie

Uwzględniając analizę literatury przedmiotu, można stwierdzić, że instytucjami, które zapewniają poradnictwa socjalne tak w Polsce, jak i na Ukrainie, są głównie ośrodki pomocy społecznej. Skorzystać z porady można też w organizacjach samorządowych, pozarządowych (np. stowarzyszenia, organizacje charytatywne itp.).

Mimo wielu podobieństw pomiędzy systemami świadczącymi usługi socjalne występują też istotne różnice. Przede wszystkim na Ukrainie jest więcej podmiotów świadczących takie usługi, mniej jest natomiast wykwalifikowanych pracowników socjalnych (częściej poradnictwem zajmują się tam pedagodzy, socjolodzy itp.). Być może takie przygotowanie pracowników powoduje, że częściej stosuje się tam kontrolę lub nadmierną ochronę wobec klientów, co generuje u radzących się poczucie dystansu, czy nawet bezużyteczności, a zatem pozbawia ich inicjatywy w dążeniu do zmiany (Karagodina, Baidarova 2014: 102–110). W Polsce nie spotyka się też patroli socjalnych, które na wzór streetworkerów z USA sprawdzają tereny i szukają osób potrzebujących pomocy. Niestety, nie ma możliwości sprawdzenia liczby osób korzystających z różnego rodzaju poradnictwa socjalnego, gdyż zarówno w publikacjach Głównego Urzędu Statystycznego Polski, jak i Państwowej Służby Statystyki Ukrainy znajdują się dane dotyczące korzystania z pomocy społecznej, a pomoc społeczna jest pojęciem znacznie szerszym niż poradnictwo.

W obu krajach celem nadrzędnym poradnictwa socjalnego, jak całej pomocy społecznej jest dobro jednostki czy grupy osób potrzebujących wsparcia i wzmocnienie ich w przekonaniu, że mają wpływ na swój los, a problemy i kłopoty są tylko przejściowe i można je rozwiązać (Коттлер Дж., Браун Р. Психотерапевтическое консультирование / Дж.Коттлер, Р. Браун. – СПб.: Издательство «Питер», 2001: 437).

Osoby udzielające poradnictwa (głównie pracownicy socjalni), które w swojej działalności realizują koncepcje wzmacniania, tj. *empowerment*, zobligowane są do przestrzegania zasad opieki, autonomii, możliwości zmiany, krytyki, sprawiedliwości, kontekstualnej praktyki oraz inkluzji. Ich metody działania kształtowane są zgodnie z zasadami szacunku, krytycznego myślenia, praxis, dyskursu, antyopresji, obrony, współpracy oraz z wykluczeniem upolitycznionej praktyki.

Bibliografia

- Beckett C. (2010), *Podstawy teorii dla praktyków pracy socjalnej*, Wyd. Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.
- Bednarczyk Ł., Kukła D. (2010), *Rola doradcy zawodowego w aktywizacji osób korzystających z systemu pomocy społecznej*, [w:] Ł. Bednarczyk, D. Kukła (red.), *Poradnictwo zawodowe dla osób z grupy szczególnego ryzyka Wybrane aspekty*, Wyd. Difin, Warszawa.
- Czerepaniak-Walczak M. (2001), *Doradztwo w reformowanej szkole – gimnazjum jako ośrodek doradztwa*, [w:] B. Wojtasik (red.), *Podejmowanie decyzji zawodowych przez młodzież i osoby dorosłe w nowej rzeczywistości społeczno-politycznej*, Instytut Pedagogiki UW, Wrocław.
- Garvin Ch.D., Seasbury B.A. (1998), *Działania interpersonalne w pracy socjalnej*, t. 2, BPS Śląsk, Katowice.
- Gierszewska R. (1995), *Nowe koncepcje kształcenia pracowników socjalnych*, [w:] D.A. Rybczyńska, B. Olszak-Krzyżanowska (red.), *Aksjologia pracy socjalnej. Wybrane zagadnienia*, Wyd. Scholar, Warszawa.
- Jańczak-Obst E. (2007), *Kompetencje osobiste doradcy*, [w:] V. Drabik-Podgórna (red.), *Poradnictwo między etyką a techniką*, Wyd. Impuls, Kraków.
- Kantowicz E. (2001), *Elementy teorii i praktyki pracy socjalnej*, Wyd. UWM, Olsztyn.
- Kargulowa A. (2007), *O teorii i praktyce poradnictwa. Podręcznik akademicki*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa.
- Kargulowa A. (2016), *Trzydzieści pięć lat poradoznawstwa. Zmiany w postrzeganiu poradnictwa rodzinnego*, [w:] E. Czerka-Fortuna, K. Kmita-Zaniewska, A. Zbierchowska (red.), *Zasoby rodziny Wychowanie, poradnictwo, praca socjalna*, Wyd. Katedra, Gdańsk.
- Karagodina O., Baidarova O. (2014), *Superwizja pracy socjalnej na Ukrainie*, [w:] M. Grewiński, B. Skrzypczyk (red.), *Superwizja pracy socjalnej*, Wyd. WSP im. J. Korczaka, Warszawa.

- Коттлер Дж., Браун Р. (2001), *Психотерапевтическое консультирование*, СПб.: Издательство «Питер», Санкт-Петербург.
- Kudlińska I., Kacprzak A. (2001), *Profesjonalna praca socjalna wobec problemu społecznej bierności i bezradności klientów instytucji pomocowych*, [w:] Piątek K., Szymańska-Zybertowicz K., *Profesjonalna praca socjalna Nowy paradygmat czy niedokończone zdanie?*, Wyd. Akapit, Toruń, s. 101–104.
- Lalak D., Pilch T. (1999), *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*, Wyd. Żak, Warszawa.
- Линде Н.Л. (2013), *Психологическое консультирование: Теория и практика: Учеб. Пособие*, Издательство «Аспект Пресс», Москва.
- Matyjas B. (2010), *Interwencja kryzysowa jako nowa forma pomocy i wsparcia społecznego*, [w:] A. Kanios, M. Czechowska-Bieluga (red.), *Praca socjalna. Kształcenie – działanie – konteksty*, Wyd. Impuls, Kraków.
- Olubiński A. (2015), *Praca socjalna. Aspekty humanistyczne i pedagogiczne. Teoria i praktyka*, [w:] E. Grudziewska, A. Lewicka-Zelent (red.), *Kompetencje mediacyjne w profesji pracownika socjalnego*, Wyd. Difin, Warszawa.
- Nocuń A., Szmagałski J. (1998), *Podstawowe umiejętności w pracy socjalnej i ich kształcenie*, Wyd. Śląsk, Katowice.
- Piorunek M. (2009), *Bieg życia zawodowego człowieka. Kontekst transformacji kulturowych*, Wyd. UAM, Poznań.
- Szmagałski J. (2014), *Psychospołeczna pomoc ludziom poszkodowanym w katastrofach i klęskach żywiołowych jako wyzwanie dla pracy socjalnej*, [w:] J. Szmagałski (red.), *Praca socjalna wobec katastrof i klęsk żywiołowych. Teoria, doświadczenia zagraniczne, krajów ramy organizacyjno-prawne*, Wyd. IRSS, Warszawa.
- Wołk Z. (2011), *Poradnictwo zintegrowane jako instrument ekonomii społecznej*, [w:] M. Piorunek (red.), *Poradnictwo. Kolejne przybliżenie*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń.

Netografia

- http://stud.com.ua/48068/sotsiologiya/sotsialne_konsultuvannya [24.02.2018].
- Ustawa z dnia 2.07.2015 Державний стандарт соціальної послуги консультування
Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги консультування
(Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 17 липня 2015 р. за № 866/)

Streszczenie

Do potrzeb niniejszego opracowania przyjęto pojęcie poradnictwa, które jest rozumiane jako wszelkie działania, których celem jest udzielanie jednostkom, grupom i instytucjom wsparcia w postaci rady, porady lub wskazówek.

W artykule przedstawiono formy poradnictwa socjalnego w Polsce i na Ukrainie. Omówiono również przyczyny korzystania z poradnictwa socjalnego oraz sposoby udzielania takiego rodzaju wsparcia i pomocy. Gdzie można uzyskać właściwą pomoc? Kto może takowego poradnictwa udzielać? Czy istnieją podobieństwa w udzielaniu poradnictwa w Polsce i na Ukrainie? Czy są różnice w świadczeniu takiego rodzaju pomocy w obu krajach? Czy podobieństwa bądź różnice w udzielaniu poradnictwa socjalnego tak w Polsce, jak i na Ukrainie mają wpływ na jakość świadczenia tego rodzaju pomocy osobom potrzebującym? Co warto zaczerpnąć z doświadczenia zagranicznego, a co może być pomocne z naszej praktyki dla Ukrainy?

Słowa kluczowe: pomoc wsparcie, poradnictwo, praca socjalna, pomoc społeczna, poradnictwo socjalne

Social counseling in Poland and Ukraine

Summary

The purpose of this study is to describe social counseling in Poland and Ukraine in terms of the aspects such as: legal regulation, methods, principles and ways of providing social counseling.

The concept of social counseling is understood as the actions aimed at providing individuals, groups and institutions support in the form of advice and guidance. The reasons for using social counseling will be discussed in this study as well as the forms of providing social counseling both in Poland and Ukraine. The study mainly aims to outline the similarities and differences in social counseling in those both countries and whether they have any impact on the quality of providing this kind of guidance to people. What is worth drawing from foreign experience and what can be helpful from our practice to Ukraine?

Key words: help, support, social counseling, social work, social assistance and guidance

Nieodpłatne poradnictwo prawne – wybrane aspekty

Wstęp

Poradnictwo prawne jest jednym z istotnych obszarów działania demokratycznego społeczeństwa. Dobrze opracowany system nieodpłatnego poradnictwa prawnego i obywatelskiego pozwala obywatelom odnaleźć się w gąszczu przepisów prawnych oraz rozwiązywać swoje problemy powstające w relacjach z różnymi podmiotami. Przyczynia się także do aktywizacji obywateli w życiu społecznym i publicznym. Ponadto stanowi środek przeciwdziałania i zapobiegania wykluczeniu społecznemu oraz staje się jednym z ważniejszych instrumentów budowania społeczeństwa obywatelskiego (Schimanek 2013: 9–10).

Nieodpłatne poradnictwo¹ prawne polega na tym, iż osoba potrzebująca porady w zakresie prawnym i do niej uprawniona nie ponosi kosztów jej udzielenia, natomiast osoba, która udziela takiej porady, za swoje usługi otrzymuje wynagrodzenie – najczęściej od państwa.

Ustawą z dnia 5 sierpnia 2015 r. o nieodpłatnej pomocy prawnej oraz edukacji prawnej (t.j. Dz.U. 2017, poz. 2030) wprowadzono do polskiego porządku prawnego regulacje mające na celu zapewnienie pomocy prawnej na etapie przedsądowym osobom, które ze względu na trudną sytuację materialną lub życiową nie mogą sobie pozwolić na skorzystanie z pomocy profesjonalnego pełnomocnika na wolnym rynku. W związku z wejściem w życie tejże ustawy doszło do wypełnienia pewnej luki w systemie pomocy prawnej.

Należy wskazać, że zanim powstał projekt wskazanej ustawy, pojawiały się poglądy, iż w Polsce brakuje całościowo uregulowanego systemu pomocy

¹ Szerzej zob. na temat kosztów poradnictwa prawnego: T. Schimanek (2014: 74–75), W. Florczak (2012: 1–45).

prawnej dla osób niezamożnych. Istniała i istnieje pomoc prawna z urzędu na etapie sądowym, aczkolwiek w wielu przypadkach jest to pomoc spóźniona – szczególnie w czasach inflacji prawa². Wcześniejsze udzielenie pomocy prawnej (na etapie przedsądowym) jest bardziej efektywne i pozwala szybciej osiągnąć pożądany cel, a droga niekoniecznie prowadzi do sądu (są różne możliwości rozwiązania danego problemu). W niniejszym artykule omówiono wybrane aspekty dotyczące systemu nieodpłatnej pomocy prawnej w Polsce.

1. Pomoc prawna – zawody zaufania publicznego

Ustawodawca nie zdefiniował pojęcia pomocy prawnej, lecz sformułował jej zakres na gruncie ustawy Prawo o adwokaturze oraz ustawy o radcach prawnych. Rolą adwokata jest świadczenie pomocy prawnej. Stosownie bowiem do regulacji art. 4 ust. 1 i 2 ustawy Prawo o adwokaturze zawód adwokata polega na świadczeniu pomocy prawnej, a w szczególności na udzielaniu porad prawnych, sporządzaniu opinii prawnych, opracowywaniu projektów aktów prawnych oraz występowaniu przed sądami i urzędami. Pomoc prawna świadczona jest osobom fizycznym, podmiotom gospodarczym oraz jednostkom organizacyjnym (Ustawa z dnia 26 maja 1982 r., art. 4 ust. 1 i 2). Należy zaznaczyć, że ustawodawca jedynie przykładowo wymienia udzielanie porad prawnych, sporządzanie opinii prawnych, opracowywanie projektów aktów prawnych czy występowanie przed sądami i urzędami. Wśród innych czynności adwokackich można wskazać stałą obsługę prawną, audyt prawny, przeprowadzanie szkoleń i instruktażu, mediację i arbitraż, a także przejściowe sprawowanie funkcji członka zarządu i prokurenta w spółkach prawa handlowego oraz członka rady nadzorczej oddelegowanego do zarządu spółki prawa handlowego, mające za cel wykonanie określonego i ograniczonego w czasie zlecenia klienta (Gawryluk 2012).

Z kolei art. 4 i 6 ust. 1 ustawy o radcach prawnych stanowią, że wykonywanie zawodu radcy prawnego polega na świadczeniu pomocy prawnej.

² Inflacja prawa to potoczna nazwa negatywnego zjawiska w procesie legislacyjnym polegającego na tworzeniu nadmiernej ilości prawa. Wyraża się ona zarówno w nadmiarze przepisów w stosunku do potrzeb uregulowania, jak i w nadmiarze przepisów w stosunku do możliwości ich efektywnego funkcjonowania w życiu społecznym, do tego, na ile można je przyswoić, stosować i wyegzekwować (Wronkowska 2002: 16).

Świadczenie pomocy prawnej przez radcę prawnego polega w szczególności na udzielaniu porad i konsultacji prawnych, sporządzaniu opinii prawnych, opracowywaniu projektów aktów prawnych oraz występowaniu przed urzędami i sądami w charakterze pełnomocnika lub obrońcy (Ustawa z dnia 6 lipca 1982 r., art. 4 i 6 ust.1).

Prawnicy zagraniczni, którzy nie są wpisani na polską listę radców prawnych/adwokatów³, mogą świadczyć pomoc prawną w zakresie i na warunkach określonych w ramach ustawy z dnia 5 lipca 2002 r. o świadczeniu przez prawników zagranicznych pomocy prawnej w Rzeczypospolitej Polskiej. Ustawodawca określił w jej treści zasady i warunki świadczenia pomocy prawnej w Rzeczypospolitej Polskiej przez prawników zagranicznych. Pomoc prawna – na gruncie wskazanej ustawy – oznacza działalność w zakresie odpowiadającym uprawnieniom adwokata lub radcy prawnego i obejmuje w szczególności udzielanie porad prawnych, sporządzanie opinii prawnych, opracowywanie projektów aktów prawnych oraz występowanie przed sądami i urzędami (Ustawa z dnia 5 lipca 2002 r., art. 1 ust. 1 i 2). Można wnioskować, że przepisy, do których odsyła art. 1 ust. 2 ustawy, to art. 4 ust. 1 ustawy Prawo o adwokaturze i art. 6 ust. 1 ustawy o radcach prawnych. W tym przypadku pomoc prawna została określona w sposób pośredni, przez odesłanie do regulacji zawodów adwokata oraz radcy prawnego.

Regulacje ustaw innych niż ustawa o radcach prawnych oraz ustawa Prawo o adwokaturze nie obejmują możliwości świadczenia ogólnie zdefiniowanej i całościowej pomocy prawnej przez osoby wykonujące inne niż radcowski i adwokacki zawody zaufania publicznego. Wymienione ustawy utożsamiają ich wykonywanie ze świadczeniem pomocy prawnej. Do istoty innych kwalifikowanych zawodów, których wykonywanie polega na świadczeniu zbliżonych usług o charakterze doradczym, nie należy świadczenie tak rozumianej pomocy prawnej. Na przykład doradcy podatkowi wykonują czynności doradztwa podatkowego, m.in. udzielając porad, opinii i wyjaśnień z zakresu obowiązków podatkowych (Klatka 2015: 81).

³ Wpisowi na listy prawników zagranicznych prowadzone przez okręgowe rady adwokackie i rady okręgowych izb radców prawnych podlegają prawnicy zagraniczni zamierzający świadczyć w Polsce pomoc prawną na zasadach stałej praktyki.

2. Zakres przedmiotowy ustawy o nieodpłatnej pomocy prawnej oraz edukacji prawnej

Ustawą z dnia 5 sierpnia 2015 r. o nieodpłatnej pomocy prawnej oraz edukacji prawnej wprowadzono do polskiego porządku prawnego nowe regulacje w celu zapewnienia pomocy prawnej na etapie przedsądowym osobom, które ze względu na trudną sytuację materialną lub życiową nie mogą sobie pozwolić na skorzystanie z płatnej pomocy profesjonalnego pełnomocnika. Ustawa uzupełniła pewne braki w polskim systemie pomocy prawnej.

Zakres przedmiotowy wskazanej ustawy odnosi się do spraw, które mieszczą się w pojęciu nieodpłatnej pomocy prawnej. Wskazana ustawa przewiduje pewne ograniczenia przedmiotowe, nieodpłatna pomoc prawna zgodnie z art. 3 ust. 1 ww. ustawy obejmuje bowiem poinformowanie osoby uprawnionej o obowiązującym stanie prawnym, o przysługujących jej uprawnieniach lub o spoczywających na niej obowiązkach lub wskazanie osobie uprawnionej sposobu rozwiązania jej problemu prawnego, lub udzielenie pomocy w sporządzeniu projektu pisma w sprawach, o których mowa w pkt 1 i 2, z wyłączeniem pism procesowych w toczącym się postępowaniu przygotowawczym lub sądowym i pism w toczącym się postępowaniu sądowo-administracyjnym, lub sporządzenie projektu pisma o zwolnienie od kosztów sądowych lub ustanowienie pełnomocnika z urzędu w postępowaniu sądowym lub ustanowienie adwokata, radcy prawnego, doradcy podatkowego lub rzecznika patentowego w postępowaniu sądowo-administracyjnym.

Spod zakresu przedmiotowego wskazanej ustawy wyłączono sprawy podatkowe związane z prowadzeniem działalności gospodarczej; sprawy z zakresu prawa celnego, dewizowego i handlowego; sprawy związane z prowadzeniem działalności gospodarczej, z wyjątkiem przygotowania do rozpoczęcia tej działalności.

Należy podkreślić zasadność takiego katalogu wyłączeń, dlatego że mają one co do zasady ograniczać nadużywanie nieodpłatnej pomocy prawnej przez osoby mogące ponieść koszty związane z usługą profesjonalnego pełnomocnika. Wymienione gałęzie prawa wiążą się bowiem ze sporymi obrotami finansowymi. Z kolei jeżeli chodzi o wyłączenie poradnictwa w zakresie działalności gospodarczej, to wynika ono z faktu, że działalność gospodarcza prowadzona w celu zarobkowym sprawia, iż osobę ją prowadzącą stać na opłacenie pomocy prawnej już we własnym zakresie (Rogacka-Łukasik 2016: 295).

Analiza zakresu przedmiotowego ustawy wskazuje, że w tym przypadku można mówić o stosunkowo wąskim rozumieniu pomocy prawnej na etapie przedsądowym (Lach 2016: 22). Na etapie sądowym osoby niezamożne mogą skorzystać z pomocy profesjonalnego pełnomocnika (radcy prawnego, adwokata) ustanowionego z urzędu w sprawach cywilnych, administracyjnych oraz karnych.

3. Zakres podmiotowy

Podmioty uprawnione do korzystania z nieodpłatnej pomocy prawnej określa art. 4 ust. 1 ustawy, według którego osoba fizyczna ubiegająca się o skorzystanie z oferowanej pomocy musi spełnić jedną z następujących przesłanek: w okresie 12 miesięcy poprzedzających zwrócenie się o udzielenie nieodpłatnej pomocy prawnej zostało jej przyznane świadczenie z pomocy społecznej na podstawie ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2017, poz. 1769) i wobec której w tym okresie nie wydano decyzji o zwrocie nienależnie pobranego świadczenia; która posiada ważną Kartę Dużej Rodziny, o której mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny (Dz.U. 2017, poz. 1832), która uzyskała zaświadczenie, o którym mowa w ustawie z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatanach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz.U. 2016, poz. 1255 oraz 2017, poz. 456 i 1386); która posiada ważną legitymację weterana albo legitymację weterana poszkodowanego, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz.U. 2011, poz. 1203 oraz 2017, poz. 60), lub która nie ukończyła 26 lat; która ukończyła 65 lat; która w wyniku wystąpienia klęski żywiołowej, katastrofy naturalnej lub awarii technicznej znalazła się w sytuacji zagrożenia lub poniosła straty; kobieta, która jest w ciąży.

Ustawodawca ułatwił drogę dostępu do nieodpłatnej pomocy prawnej, gdy osoba fizyczna znalazła się w trudnej sytuacji z uwagi na sytuację kryzysową lub zdarzenie losowe i nie jest w stanie przedstawić dokumentów zaświadcujących uprawnienie, a nieodpłatna pomoc jest jej niezwłocznie potrzebna – osoby takie składają oświadczenie, że są uprawnione do otrzymania pomocy i w oświadczeniu tym zobowiązane są zawrzeć klauzulę o następują-

cej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia” (Rogacka-Lukasik 2016: 297).

W przytoczonym powyżej artykule ustawodawca zawarł katalog zamknięty osób fizycznych, które uprawnione są do korzystania z nieodpłatnej pomocy prawnej. Tylko i wyłącznie podmioty w nim wymienione mają prawo do nieodpłatnej pomocy prawnej. W piśmiennictwie podkreśla się, że lista osób uprawnionych do korzystania ze wskazanej pomocy jest szeroka.

4. Podmioty świadczące nieodpłatną pomoc prawną

Udzielanie nieodpłatnej pomocy prawnej realizowane jest w Polsce dzięki działaniom organizacji pozarządowych (m.in. klinik prawa, fundacji), samorządów zawodowych (radców prawnych i adwokatów) oraz punktów nieodpłatnej pomocy prawnej, które powstały na terenie całego kraju jako efekt wejścia w życie ustawy o nieodpłatnej pomocy prawnej oraz edukacji prawnej (Szłuz 2017: 91).

Ustawodawca na gruncie ustawy o nieodpłatnej pomocy prawnej oraz edukacji prawnej określił krąg podmiotów uprawnionych do udzielania nieodpłatnej pomocy prawnej. W świetle art. 5 ustawy nieodpłatnej pomocy prawnej udziela osobiście adwokat lub radca prawny, a w szczególnie uzasadnionych przypadkach z ich upoważnienia aplikant adwokacki lub aplikant radcowski.

Jako zasadę przyjęto, że podmiotami udzielającymi pomocy prawnej są profesjonalni pełnomocnicy – adwokaci bądź radcowie prawni, związane jest to ze specjalnym statusem tych prawniczych zawodów zaufania publicznego. Należy skonkretyzować, że we wskazanej regulacji nie chodzi o każdego adwokata/radcę prawnego, lecz tylko wyłącznie takiego, który ma zawartą umowę z powiatem. Warto nadmienić, że adwokaci oraz radcowie prawni podlegają odpowiedzialności dyscyplinarnej za nienależyte wykonywanie zawodu (w tym także za nienależyte udzielanie pomocy prawnej).

Adwokat bądź radca prawny – co do zasady – nie może odmówić udzielenia nieodpłatnej pomocy prawnej osobie uprawnionej. Niemniej jednak ustawodawca na gruncie ustawy wskazał na jedno odstępstwo od tej zasady, adwokat lub radca *prawny* może bowiem z ważnych powodów odmówić

udzielenia *nieodpłatnej pomocy prawnej*, informując osobę uprawnioną o innych punktach *nieodpłatnej pomocy prawnej* na obszarze powiatu (Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r., art. 5 ust. 3).

Ustawodawca w przytoczonej regulacji zastosował nieostre określenie „z ważnych powodów”, co w praktyce oznacza tyle, że na kanwie danej indywidualnej sprawy trzeba rozstrzygać, czy zaszły ważne powody do odmowy udzielenia *nieodpłatnej pomocy prawnej* czy nie. Na przykład za taki ważny powód można uznać konflikt z beneficjentem *nieodpłatnej pomocy prawnej* czy fakt, że osoba uprawniona kilkakrotnie przychodzi do adwokata/radcy prawnego z tym samym problem prawnym, mimo że uzyskała już od tego prawnika poradę prawną – tutaj należy mieć na względzie, że ustawa o *nieodpłatnej pomocy prawnej* nie wprowadziła wyraźnego limitu udzielania porad prawnych z systemu *nieodpłatnej pomocy prawnej* (Kaczocha 2016).

Osobie, której odmówiono udzielenia *nieodpłatnej pomocy prawnej*, a która kwestionuje odmowę i uważa ją za bezzasadną, przysługuje skarga w trybie kodeksu postępowania administracyjnego. Można przyjąć, że organem właściwym do rozpoznania takiej skargi będzie właściwy wojewoda (Kaczocha 2016).

Prócz adwokatów i radców prawnych ustawa przewiduje możliwość powierzenia punktów *nieodpłatnej pomocy prawnej* organizacjom pozarządowym prowadzącym działalność pożytku publicznego. Zgodnie z art. 11 ustawy o *nieodpłatnej pomocy prawnej* w punktach *nieodpłatnej pomocy prawnej* powierzonych do prowadzenia organizacji pozarządowej pomocy prawnej może udzielać także: doradca podatkowy – w zakresie prawa podatkowego, z wyłączeniem spraw podatkowych związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej, jak również osoba, która: ukończyła wyższe studia prawnicze i uzyskała tytuł magistra lub zagraniczne studia prawnicze uznane w Rzeczypospolitej Polskiej, posiada co najmniej trzyletnie doświadczenie w wykonywaniu wymagających wiedzy prawniczej czynności bezpośrednio związanych ze świadczeniem pomocy prawnej, korzysta z pełni praw publicznych oraz ma pełną zdolność do czynności prawnych, nie była karana za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe.

Niespełnienie któregoś ze wskazanych kryteriów skutkuje tym, że dana osoba nie może udzielać *nieodpłatnej pomocy prawnej* w punkcie *nieodpłatnej pomocy prawnej* powierzonym do prowadzenia organizacji pozarządowej.

O ile trzy z wymienionych warunków są klarowne, o tyle kryterium posiadania co najmniej trzyletniego doświadczenia w wykonywaniu wymagających wiedzy prawniczej czynności bezpośrednio związanych ze świadczeniem pomocy prawnej może generować pewne niejasności. Na gruncie ustawy nie sprecyzowano, gdzie konkretnie ma być zdobyte takie doświadczenie, wobec tego należy wskazać, że można je nabyć zarówno praktykując w urzędzie, kancelarii prawnej, a nawet w przedsiębiorstwie. Nie wskazano również na to, jaki stosunek miałby łączyć absolwenta kierunku prawo z miejscem, gdzie zdobywa on doświadczenie, zatem z danym miejscem może łączyć go stosunek pracy, ale także umowa cywilnoprawna. Na przykład czynności bezpośrednio związane ze świadczeniem pomocy prawnej mogą polegać m.in. na udzielaniu porad prawnych i sporządzaniu opinii prawnych czy na sporządzaniu projektu umów bądź projektów aktów prawnych (Kaczocha 2016).

W sytuacji kiedy pomocy prawnej udziela osoba, która ukończyła wyższe studia prawnicze, osoba fizyczna uprawniona do jej otrzymania składa przed jej uzyskaniem pisemne oświadczenie, że jest świadoma uzyskania nieodpłatnej pomocy prawnej od osoby niebędącej adwokatem, radcą prawnym albo doradcą podatkowym. Podmiot uprawniony ma wobec tego pełną świadomość, że porady prawnej będzie udzielał prawnik nieposiadający uprawnień adwokata/radcy prawnego/doradcy podatkowego.

O ile udzielanie pomocy prawnej przez profesjonalistów – radców prawnych i adwokatów – jest oczywiste i naturalne, o tyle udzielanie nieodpłatnej pomocy prawnej przez magistrów prawa było niejednokrotnie poddawane pod dyskusję, szczególnie przez samorząd adwokatów i radców prawnych. Krajowa Rada Radców Prawnych w toku prac legislacyjnych nad wskazaną ustawą była przeciwna upoważnianiu magistrów prawa do świadczenia takiej pomocy prawnej, wskazywała bowiem na niezapewnienie odpowiedniego profesjonalizmu usługi, a także bezpieczeństwa prawnego dla osoby korzystającej z takiej pomocy – sugerowano na przykład rozważenie upoważnienia tylko tych magistrów prawa, którzy zdali egzamin wstępny na aplikację lub mogli uzyskać status radcy prawnego lub adwokata bez egzaminu zawodowego (Klatka 2015: 82).

W piśmiennictwie pojawiają się poglądy, że na organizacje pozarządowe ustawodawca nałożył zbyt duży obowiązek, bez sprawdzenia, jak system będzie funkcjonował w rzeczywistości. Dominują więc opinie, że system nieod-

płatnej pomocy prawnej powinien być jak najbardziej profesjonalny i przede wszystkim oparty na poradnictwie świadczonym przez członków samorządów zawodów zaufania publicznego.

Podsumowanie

Z dniem 1 stycznia 2016 r. zaczęła obowiązywać ustawa o nieodpłatnej pomocy prawnej i edukacji prawnej, zgodnie z którą wdrożono system punktów udzielających nieodpłatnej pomocy prawnej na terenie całego kraju. Takowa pomoc ma niemarginalne znaczenie w obrocie prawnym. Usługi w ramach systemu mogą świadczyć profesjonalni pełnomocnicy – adwokaci oraz radcowie prawni oraz organizacje pozarządowe. Warto dodać, że nie ogranicza ona w żaden sposób działalności w zakresie nieodpłatnego poradnictwa prawnego świadczonego przez studenckie poradnie prawne.

Wejście przedmiotowej ustawy stanowiło odpowiedź na oczekiwania dotyczące zapewnienia nieodpłatnego dostępu do pomocy prawnej osobom, których nie stać na skorzystanie z usług prawnika na wolnym rynku. Należy zaznaczyć, że zarówno w środowiskach naukowych, prawniczych, jak i politycznych pojawiły się krytyczne uwagi, rekomendacje i postulaty dotyczące wskazanej ustawy, dlatego niezbędny jest jej monitoring. Na podstawie jego wyników powinno się podejmować dalsze decyzje, co do kształtu całego systemu. W szczególności rekomenduje się poszerzenie kręgu osób uprawnionych do korzystania z pomocy oraz poszerzenie zakresu przedmiotowego udzielanej pomocy prawnej, czego wyrazem jest prezydencki projekt ustawy o zmianie ustawy o nieodpłatnej pomocy prawnej oraz edukacji prawnej.

Projekt prezydencki dotyczy rozszerzenia zakresu przedmiotowego ustawy poprzez umożliwienie udzielania nieodpłatnego poradnictwa obywatelskiego i prowadzenia nieodpłatnej mediacji, jak również rozszerzenie kręgu podmiotów uprawnionych do otrzymania pomocy, m.in. o osoby bezrobotne, niepełnosprawne, zadłużone czy wobec których wytoczono powództwo eksmisyjne, a także wprowadzenia obowiązku przekierowania osoby uprawnionej przez osobę udzielającą nieodpłatnej pomocy prawnej do innych systemów pomocy, oraz wprowadza nowe uprawnienia i obowiązki dla powiatów (Sejm RP 2017).

Bibliografia

Opracowania

- Florczak W. (2012), *System poradnictwa prawnego i obywatelskiego: rozważania ekonomisty i próba operacjonalizacji*, INPRIS – Instytut Prawa i Społeczeństwa, Warszawa.
- Gawryluk M. (2012), *Komentarz do art. 4, [w:] Prawo o adwokaturze. Komentarz*, System Informacji Prawnej LEX.
- Kaczocha M. (2016), *Komentarz do art. 3, [w:] Ustawa o nieodpłatnej pomocy prawnej oraz edukacji prawnej. Komentarz*, System Informacji Prawnej LEX.
- Klatka Z. (2015), *Pomoc prawna, [w:] A. Brejza (red.), Zawód radcy prawnego. Historia zawodu i zasady jego wykonywania*, Wyd. Ośrodek Badań, Studiów i Legislacji Krajowej Rady Radców Prawnych, Warszawa.
- Lach E. (2016), *Nieodpłatna pomoc prawna jako instrument zabezpieczenia społecznego*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, z. 3 (78).
- Rogacka-Lukasik A. (2016), *Zakres zastosowania regulacji prawnej o nieodpłatnej pomocy prawnej*, „Roczniki Administracji i Prawa”, nr (1) 16.
- Schimanek T. (2013), *Badania poradnictwa prawnego i obywatelskiego w Polsce. Wybrane wyniki, wnioski i rekomendacje*, Wyd. Fundacja Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.
- Schimanek T. (2014), *Organizacyjne i finansowe uwarunkowania bezpłatnego poradnictwa prawnego i obywatelskiego w Polsce, [w:] Ł. Bojarski, P. Janik, E. Krześniak, M. Laskowska, G. Wiaderek, M. Ziółkowski (red.), Dostęp do nieodpłatnej pozasądowej pomocy prawnej dla potrzebujących. Zielona Księga, „Biuletyn Forum Debaty Publicznej”, nr 3, Wyd. Kancelaria Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa.*
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (2017), *Przedstawiony przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy o zmianie ustawy o nieodpłatnej pomocy prawnej oraz edukacji prawnej oraz niektórych innych ustaw*, <http://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/PrzebiegProc.xsp?id=DF12F5080BE1E6F7C12581AA00244984> [3.05.2018].
- Szluz A. (2017), *Nieodpłatna przedsądowa pomoc prawna jako forma wsparcia rodziny, [w:] B. Szluz, A. Szluz, M. Urbańska (red.), Współczesna rodzina. Aspekty społeczno-prawne*, Wyd. UR, Rzeszów.
- Wronkowska S. (2002), *Na czym polega dobra legislacja?*, „Przegląd Legislacyjny”, nr 1.

Wykaz źródeł prawa

- Ustawa z dnia 26 maja 1982 r. Prawo o adwokaturze, Dz.U. 2017, poz. 2368 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 lipca 1982 r. o radcach prawnych, Dz.U. 2017, poz. 1870 z późn. zm.

Ustawa z dnia 5 lipca 2002 r. o świadczeniu przez prawników zagranicznych pomocy prawnej w Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U. 2016, poz. 1874.

Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o nieodpłatnej pomocy prawnej oraz edukacji prawnej, Dz.U. 2017, poz. 2030.

Streszczenie

Niniejszy artykuł stanowi przedstawienie zakresu zastosowania nowej ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o nieodpłatnej pomocy prawnej oraz edukacji prawnej – ustawy dotyczącej udzielania nieodpłatnej pomocy prawnej w zakresie spraw przedsądowych, co stanowi niewątpliwie nowość na gruncie prawa polskiego. W związku z wejściem w życie tejże ustawy doszło do wypełnienia pewnej luki w systemie pomocy prawnej.

Udzielanie nieodpłatnej pomocy prawnej realizowane jest w Polsce dzięki działaniom organizacji pozarządowych (m.in. klinik prawa, fundacji), samorządów zawodowych (radców prawnych i adwokatów) oraz punktów nieodpłatnej pomocy prawnej, które powstały na terenie całego kraju jako efekt wejścia w życie ustawy o nieodpłatnej pomocy prawnej oraz edukacji prawnej. W niniejszym artykule omówiono wybrane aspekty dotyczące systemu nieodpłatnej pomocy prawnej w Polsce.

Słowa kluczowe: pomoc prawna, nieodpłatna pomoc prawna, wsparcie, organizacje pozarządowe, adwokat, radca prawny, studenckie poradnie prawne

Free legal advice – selected aspects

Summary

This publication presents an implementation of the scope of the new Act of 5th August 2015 for free legal support and legal education – a regulation on the provision of free legal assistance in pre-court matters, which is undoubtedly a novelty in the Polish law. In connection with the entry into force of the Act, there was a gap in the legal aid system.

The provision of free legal assistance is provided in Poland thanks to the activities of non-governmental organizations (law clinics, foundations), professional self-governments (legal advisors and lawyers) and free legal aid points that have been established throughout the country as a result of the entry into force of the Act. This article discusses selected aspects of the system of free legal assistance in Poland.

Key words: legal aid, free legal support, support, non-governmental organizations, counsellor, solicitor, legal clinics

Nieodpłatne poradnictwo prawne – zakres podmiotowy i przedmiotowy

Wprowadzenie

Współczesne państwa demokratyczne charakteryzuje to, że mają rozbudowane systemy aktów prawnych. Sytuacja taka powoduje, iż przeciętny obywatel nie jest w stanie odnaleźć się w niezliczonej liczbie obowiązujących w danym kraju przepisów normatywnych. W zasadzie wszelkie dziedziny życia współczesnego człowieka są w jakimś zakresie uregulowane prawnie. Statystyczny mieszkaniec Polski co najmniej kilkakrotnie w ciągu swojego życia napotyka problemy natury prawnej. Nie mając często odpowiedniej wiedzy, aby je rozwiązać, zmuszony jest szukać fachowej pomocy. W Polsce porady prawnicze są kosztowne, co skutkuje tym, że wielu obywateli naszego kraju nie stać na to, aby z nich korzystać. Można zatem przyjąć, że wykluczenie prawne w tym zakresie ma charakter wykluczenia społecznego. Jedną z jego form może być wykluczenie prawne proceduralne w sytuacji, kiedy pokrzywdzony lub adresat danej normy prawnej zmuszony jest zrezygnować z dochodzenia swych praw. Może to wynikać z dużej złożoności przepisów prawa, wysokich kosztów udziału w postępowaniu sądowym lub konieczności posiadania pełnomocnika, specjalisty prawnika (Majdzińska 2010: 418).

Wskazuje się, że współcześnie występuje zjawisko deprywacji prawnej obywateli, która dotyka najsłabsze społecznie i ekonomicznie grupy społeczne. Można mówić – nawiązując do teorii Roberta Mertona – o tzw. efekcie św. Mateusza. Osoby będące w trudnej sytuacji często mają większą liczbę problemów, w tym takich problemów prawnych, które są trudniejsze do rozwiązania. Co więcej, osoby takie mają mniejsze możliwości, aby je rozwiązać, to zaś powoduje, że są bardziej narażone na ich negatywne następstwa (*Bezpłatne poradnictwo prawne...*, 2012: 6).

Prawo do nieodpłatnej pomocy prawnej

Prawo do nieodpłatnej pomocy prawnej to jedno z fundamentalnych praw zagwarantowanych w Konstytucji, które przysługuje obywatelom demokratycznego państwa prawa. Ma to szczególne znaczenie w kraju, w którym pomimo rozwoju gospodarczego oraz coraz lepszej sytuacji materialnej wielu beneficjentów przemian duża liczba Polaków żyje nadal w ubóstwie lub na jego granicy. W szczególności takim osobom państwo powinno zapewnić prawo dostępu do nieodpłatnej pomocy prawnej. W Polsce prawo to można wyinterpretować z następujących przepisów konstytucyjnych (Witkowska 2012: 9–10, za: Rząsa 2005):

- 1) przyrodzona i niezbywalna godność człowieka (art. 30);
- 2) zasada równości (art. 32);
- 3) prawo do obrony we wszystkich stadiach postępowania przysługujące każdemu, przeciw komu prowadzone jest postępowanie karne, co oznacza w szczególności możliwość wyboru obrońcy lub korzystania na zasadach ogólnych z obrońcy z urzędu (art. 42 ust. 2);
- 4) prawo do sprawiedliwego i jawnego rozpatrzenia sprawy bez nieuzasadnionej zwłoki przez właściwy, niezależny, bezstronny i niezawisły sąd (art. 45);
- 5) zakaz zamykania drogi do sądu (art. 77 ust. 2);
- 6) prawo do równej ochrony własności i innych praw majątkowych (art. 64 ust. 2);
- 7) prawo do zaskarżania orzeczeń wydawanych w pierwszej instancji (art. 78).

Państwo polskie wypracowuje mechanizmy nieodpłatnej pomocy prawnej świadczone przez podmioty publiczne, jak i niepubliczne. Mimo że wiele podmiotów niepublicznych świadczy takie usługi, m.in. biura porad obywatelskich, studenckie poradnie prawne oraz organizacje pozarządowe, np. federacje konsumentów, wskazuje się, że nie zawsze jest to ich zasadniczy cel statutowy. Pomoc prawna podmiotów publicznych wykonywana jest m.in. przez Rzecznika Praw Obywatelskich, Rzecznika Praw Dziecka, rzeczników praw konsumentów, Rzecznika Ubezpieczonych, Rzecznika Praw Pacjenta, Państwową Inspekcję Pracy. Wskazać należy także, że poradnictwo prawne i obywatelskie świadczą ośrodki pomocy społecznej oraz powiatowe centra

pomocy rodzinie w ramach realizacji niepieniężnych świadczeń z pomocy społecznej w postaci poradnictwa specjalistycznego (Makowski 2015).

Państwo polskie zapewnia także dostęp do profesjonalnej pomocy pełnomocnika w trakcie postępowania sądowego w zakresie spraw cywilnych, karnych, jak i administracyjnych, co jest uregulowane w odpowiednich procedurach. Kodeks postępowania cywilnego wskazuje, że osoba fizyczna może domagać się ustanowienia adwokata lub radcy prawnego, jeżeli złoży oświadczenie, z którego wynika, że nie jest w stanie ponieść kosztów wynagrodzenia adwokata lub radcy prawnego bez uszczerbku utrzymania koniecznego dla siebie i swojej rodziny (Ustawa z 17 listopada 1964 r., art. 117). Sąd uwzględnia taki wniosek, jeżeli udział adwokata lub radcy prawnego w sprawie uzna za potrzebny (Ustawa z 17 listopada 1964 r., art. 117). Procedura karna przewiduje, że oskarżony, który nie ma obrońcy z wyboru, może żądać, aby mu wyznaczono obrońcę z urzędu, jeżeli w sposób należyty wykaze, że nie jest w stanie ponieść kosztów obrony bez uszczerbku dla niezbędnego utrzymania siebie i swojej rodziny (Ustawa z 6 czerwca 1997 r., art. 78 §1). Przepisy te stosuje się odpowiednio do ustanowienia pełnomocnika dla strony innej niż oskarżony oraz do osoby niebędącej stroną (Ustawa z 6 czerwca 1997 r., zob. szerzej art. 87–88). W procedurze administracyjnej ustawodawca ustanowił tzw. prawo pomocy, które obejmuje zwolnienie od kosztów sądowych oraz ustanowienie adwokata, radcy prawnego, doradcy podatkowego lub rzecznika patentowego (Ustawa z 30 sierpnia 2002 r., art. 243–263).

Przed 2016 rokiem wskazywano na brak w polskim systemie prawnym takich rozwiązań, które umożliwiałyby osobom fizycznym o niskim statusie ekonomicznym uzyskanie dostępu do nieodpłatnego poradnictwa prawnego na etapie przedsądowym, które byłoby finansowane przez państwo. Należy podkreślić, że dostęp do pomocy prawnej na etapie przedsądowym jest powiązany z zagadnieniem rzeczywistego i efektywnego dostępu do wymiaru sprawiedliwości. Wymóg ten ma oparcie w dokumentach unijnych i międzynarodowych (Makowski 2015). Art. 47 Karty praw podstawowych Unii Europejskiej nt. **prawa do skutecznego środka prawnego i dostępu do bezstronnego sądu wskazuje, że** każdy, czyje prawa i wolności zagwarantowane przez prawo Unii zostały naruszone, ma prawo do skutecznego środka prawnego przed sądem. Ponadto każdy ma możliwość uzyskania porady prawnej, skorzystania z pomocy obrońcy i przedstawiciela. Pomoc prawna udzielana jest osobom,

które nie posiadają wystarczających środków, w zakresie, w jakim są one konieczne dla zapewnienia skutecznego dostępu do wymiaru sprawiedliwości. Przepisy o nieodpłatnej pomocy prawnej wynikają także z innych przepisów zamieszczonych w Karcie praw podstawowych, m.in. z: zasady godności (art. 1), zasady równości wobec prawa (art. 20), prawa do bezstronnego i sprawiedliwego rozpatrzenia swojej sprawy w rozsądnym terminie przez instytucje, organy i jednostki organizacyjne Unii (art. 41), prawa zwrócenia się do Europejskiego Rzecznika Praw Obywatelskich (art. 43) oraz prawa petycji do Parlamentu Europejskiego (art. 44) (za: Witkowska 2012: 5).

Kolejnym aktem prawnym, z którego można wyinterpretować prawo do nieodpłatnej pomocy prawnej, jest Zalecenie nr R (93) Komitetu Rady Ministrów Rady Europy dla państw członkowskich co do efektywnego dostępu do prawa i sprawiedliwości dla najuboższych. Wskazuje się w nim, aby rządy państw członkowskich ułatwiały dostęp do prawa najuboższym („prawo do ochrony prawnej”) przez:

- propagowanie tam, gdzie to konieczne, działań uświadamiających środowiskom prawniczym istnienie problemu osób najuboższych;
- promowanie usług porad prawnych dla najuboższych;
- zwracanie kosztów pomocy prawnej dla najuboższych (co nie wyklucza możliwości pokrywania skromnej części kosztów przez osoby korzystające z takiej pomocy, gdy tak przewiduje prawo krajowe);
- propagowanie zakładania, jeśli jest to potrzebne, centrów poradnictwa w regionach upośledzonych (za: Witkowska 2012: 3).

Ustawa o nieodpłatnej pomocy prawnej oraz edukacji prawnej

Celem ustawy z 5 sierpnia 2015 r. o nieodpłatnej pomocy prawnej oraz edukacji prawnej było zapewnienie obywatelom równego dostępu do nieodpłatnej pomocy prawnej na etapie przedsądowym. Ustawa zakłada współpracę rządu, samorządu terytorialnego oraz samorządów zawodowych, jak i organizacji pozarządowych w zakresie jej świadczenia (Makowski 2015). Ustawa stanowiła realizację strategii określonej w uchwale nr 157 Rady Ministrów z 25 września 2012 r. w sprawie przyjęcia Strategii rozwoju kraju 2020. W strategii

– w punkcie I.3.1. pt. *Poprawa skuteczności wymiaru sprawiedliwości* – wskazano, że ważnym obszarem zmian powinno być zapewnienie lepszego dostępu do informacji prawnej i usług prawnych, w tym dostępu do pomocy prawnej dla osób najuboższych. Założeniem ustawy jest stworzenie systemu nieodpłatnej pomocy oraz nieodpłatnej informacji prawnej, który umożliwi uzyskanie porady prawnej osobom, które ze względu na swój status materialny lub sytuację życiową nie mają możliwości uzyskania profesjonalnej pomocy prawnej, a także zagwarantuje dostęp do informacji prawnej (Makowski 2015).

Udzielanie nieodpłatnej pomocy prawnej jest zadaniem zleconym z zakresu administracji rządowej, które realizuje powiat w porozumieniu z gminami albo samodzielnie. Powiat tworzy punkt nieodpłatnej pomocy prawnej, który może być usytuowany w jednym albo większej liczbie gminnych lub powiatowych lokali, w ramach posiadanych zasobów. Nieodpłatna pomoc prawna jest udzielana w punkcie nieodpłatnej pomocy prawnej w przeciętnym wymiarze 5 dni w tygodniu przez co najmniej 4 godziny dziennie (Ustawa z 5 sierpnia 2015 r., art. 8). Nieodpłatna pomoc prawna jest finansowana z budżetu państwa, z części będącej w dyspozycji wojewodów w formie dotacji celowej udzielanej powiatom (Ustawa z 5 sierpnia 2015 r., art. 19.1).

Rysunek 1. Cel ustawy o nieodpłatnej pomocy prawnej



Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości, <https://darmowapomocprawna.ms.gov.pl> [14.02.2018].

Zakres przedmiotowy ustawy (Ustawa z 5 sierpnia 2015 r., art. 3.1) obejmuje takie czynności, jak:

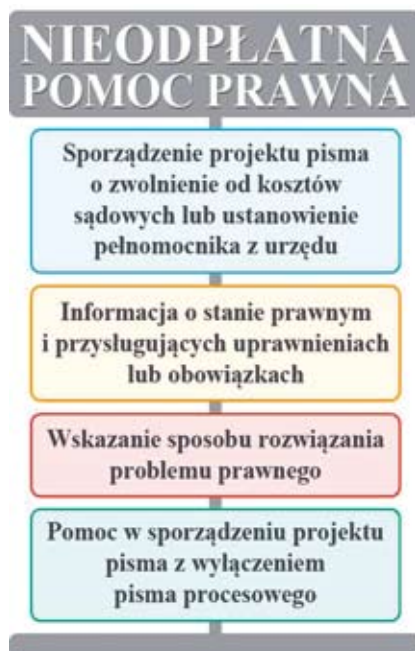
- 1) poinformowanie osoby uprawnionej o obowiązującym stanie prawnym, o przysługujących jej uprawnieniach lub o spoczywających na niej obowiązkach;

- 2) wskazanie osobie uprawnionej sposobu rozwiązania jej problemu prawnego;
- 3) udzielenie pomocy w sporządzeniu projektu pisma w sprawach, o których mowa powyżej (z wyłączeniem pism procesowych w toczącym się postępowaniu przygotowawczym lub sądowym i pism w toczącym się postępowaniu sądowoadministracyjnym);

Pomoc obejmuje przygotowanie takich pism jak m.in wniosek (w postępowaniu nieprocesowym), zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa (w postępowaniu karnym) oraz pozew (Paxford 2016: 13).

- 4) sporządzenie projektu pisma o:
 - zwolnienie od kosztów sądowych lub;
 - ustanowienie pełnomocnika z urzędu w postępowaniu sądowym lub;
 - ustanowienie adwokata, radcy prawnego, doradcy podatkowego lub rzecznika patentowego w postępowaniu sądowoadministracyjnym.

Rysunek 2. Zakres przedmiotowy nieodpłatnej pomocy prawnej



Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości, <https://darmowapomocprawna.ms.gov.pl> [14.02.2018]

Nieodpłatna pomoc prawna obejmuje sprawy z zakresu:

- prawa pracy,
- prawa cywilnego,
- prawa karnego,
- prawa administracyjnego,
- prawa ubezpieczeń społecznych,
- prawa rodzinnego,
- przygotowania do rozpoczęcia działalności gospodarczej,
- prawa podatkowego z wyłączeniem spraw podatkowych związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej.

Ustawodawca określił także katalog spraw, których nieodpłatna pomoc prawna nie obejmuje (Ustawa z 5 sierpnia 2015 r., art. 3.2). Dotyczy to spraw:

- 1) podatkowych związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej;
- 2) z zakresu prawa celnego, dewizowego i handlowego;
- 3) związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej, z wyjątkiem przygotowania do rozpoczęcia tej działalności.

Ustawa nie reguluje kwestii częstotliwości korzystania z nieodpłatnych porad, co budzi pewne wątpliwości dotyczące tego, ile razy i jak często osoba uprawniona może korzystać z takiej formy pomocy (Paxford 2016: 12).

Osoby uprawnione do uzyskania nieodpłatnej pomocy prawnej

Przepisy ustawy wskazują podmioty uprawnione do uzyskania nieodpłatnej pomocy prawnej (Ustawa z 5 sierpnia 2015 r., art. 4). Prawo to przysługuje osobie fizycznej, która:

- 1) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym zwrócenie się o udzielenie nieodpłatnej pomocy prawnej miała przyznane świadczenie z pomocy społecznej na podstawie ustawy o pomocy społecznej (Ustawa z 12 marca 2004 r.) i wobec której w tym okresie nie wydano decyzji o zwrocie nienależnie pobranego świadczenia (prawo do nieodpłatnej pomocy osoba ta wykazuje przez przedłożenie oryginału albo odpisu decyzji o przyznaniu świadczenia z pomocy społecznej lub zaświadczenia o udzieleniu świadczenia; Ustawa z 12 marca 2004 r., art. 106) lub;

- 2) posiada i przedłoży ważną Kartę Dużej Rodziny (Ustawa z 5 grudnia 2014 r., art. 2) lub;
- 3) uzyskała i przedłoży zaświadczenie, o którym mowa w ustawie o kombatanach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Ustawa z 24 stycznia 1991 r., art. 22.1) lub;
- 4) posiada i przedłoży ważną legitymację weterana albo legitymację weterana poszkodowanego (Ustawa z 19 sierpnia 2011 r., art. 9.1), lub;
- 5) nie ukończyła 26 lat (prawo do nieodpłatnej pomocy osoba ta wykazuje przez przedłożenie dokumentu stwierdzającego tożsamość), lub;
- 6) ukończyła 65 lat (prawo do nieodpłatnej pomocy osoba ta wykazuje przez przedłożenie dokumentu stwierdzającego tożsamość), lub;
- 7) w wyniku wystąpienia klęski żywiołowej, katastrofy naturalnej lub awarii technicznej znalazła się w sytuacji zagrożenia lub poniosła straty (prawo do nieodpłatnej pomocy osoba ta wykazuje przez złożenie oświadczenia, że zachodzi co najmniej jedna z wymienionych okoliczności).

W ostatnim przypadku ustawodawca wprowadza ułatwioną drogę do uzyskania nieodpłatnej pomocy prawnej, gdy osoba znajdująca się w trudnej sytuacji z uwagi na sytuację kryzysową lub zdarzenie losowe nie jest w stanie przedstawić dokumentów potwierdzających prawo do otrzymania nieodpłatnej pomocy, która jest niezwłocznie potrzebna (Makowski 2015).

Podmioty uprawnione do udzielania nieodpłatnej pomocy prawnej

Nieodpłatną pomoc prawną może świadczyć osobiście adwokat lub radca prawny, a w szczególnie uzasadnionych przypadkach – upoważniony aplikant adwokacki lub aplikant radcowski. Prawnicy świadczą usługi na podstawie umowy zawartej z powiatem, która określa m.in. wysokość wynagrodzenia oraz wskazuje miejsce i czas udzielania nieodpłatnej pomocy prawnej (Ustawa z 5 sierpnia 2015 r., art. 5–6). Wskazuje się, że gwarancja fachowości jest tutaj bardzo istotna, gdyż w niektórych sprawach rozwiązanie problemu prawnego będzie możliwe w drodze rozstrzygnięcia sądowego lub sądowo-administracyjnego. W takiej sytuacji właśnie adwokat lub radca

prawny będzie mógł pomóc sporządzić projekt pisma wszczynającego tego rodzaju postępowanie. Ponadto w zależności od oceny okoliczności konkretnej sprawy adwokat lub radca prawny będzie mógł sporządzić projekt pisma o zwolnienie od kosztów sądowych lub o ustanowienie pełnomocnika (Makowski 2015).

W związku z tym, że zakres nieodpłatnej pomocy prawnej jest bardzo szeroki i obejmuje wiele dziedzin prawa, wskazać należy na potencjalne ryzyko niemożności udzielenia porady przez adwokata lub radcę prawnego m.in. ze względu na niewystarczającą wiedzę z danej gałęzi prawa. Wątpliwość dotyczy prawa odmowy udzielenia porady w takiej sytuacji, która wydaje się bardzo aktualna i zasadna w czasach, w których przepisy prawa zmieniają się bardzo szybko (Paxford 2016: 16–17). Ustawodawca dopuszcza sytuację, w której adwokat lub radca prawny może z ważnych powodów odmówić udzielenia nieodpłatnej pomocy prawnej, jednocześnie informując osobę uprawnioną o innych punktach nieodpłatnej pomocy prawnej na obszarze powiatu (Ustawa z 5 sierpnia 2015 r., art. 5.3).

Adwokaci i radcowie prawni mają ustawowy obowiązek dokumentowania w karcie nieodpłatnej pomocy prawnej każdego przypadku udzielenia takiej pomocy (Ustawa z 5 sierpnia 2015 r., art. 7). W karcie nieodpłatnej pomocy prawnej zamieszcza się dane dotyczące:

- formy udokumentowania uprawnienia do uzyskania nieodpłatnej pomocy prawnej;
- dziedziny prawa, z której udzielono nieodpłatnej pomocy prawnej;
- formy udzielonej nieodpłatnej pomocy prawnej;
- czasu poświęconego na udzielenie nieodpłatnej pomocy prawnej (Rozporządzenie z 24 grudnia 2015 r., §7.2).

Świadczenie usług odbywa się na podstawie porozumień w sprawie udzielania nieodpłatnej pomocy prawnej, które powiat corocznie zawiera z okręgową radą adwokacką i radą okręgową izby radców prawnych właściwymi dla siedziby władz powiatu (Ustawa z 5 sierpnia 2015 r., art. 10). Powiat powierza także prowadzenie połowy punktów nieodpłatnej pomocy prawnej organizacji pozarządowej prowadzącej działalność pożytku publicznego lub innym upoważnionym ustawowo osobom, np. doradcom podatkowym w zakresie prawa podatkowego (szerzej zob. Ustawa z 5 sierpnia 2015 r., art. 11).

Statystyki dotyczące systemu nieodpłatnej pomocy prawnej

Opublikowany pod koniec 2016 roku Raport końcowy monitoringu funkcjonowania systemu nieodpłatnej pomocy prawnej wskazuje, że od 2016 r., czyli od roku wejścia w życie przepisów ustawy, zaczęły działać wszystkie 1524 punkty nieodpłatnej pomocy prawnej, których organizację zapewniły samorządy powiatowe (*Raport... 2016: 3*).

Tabela 1. Liczba punktów udzielających nieodpłatnej pomocy prawnej w poszczególnych województwach

Województwo	Liczba punktów
Dolnośląskie	118
Kujawsko-pomorskie	85
Lubelskie	87
Lubuskie	42
Łódzkie	104
Małopolskie	133
Mazowieckie	181
Opolskie	42
Podkarpackie	87
Podlaskie	51
Pomorskie	93
Śląskie	181
Świętokrzyskie	52
Warmińsko-Mazurskie	62
Wielkopolskie	138
Zachodniopomorskie	68

Źródło: *Raport... 2016: 17.*

Adwokaci lub radcowie prawni udzielają porad w 882 punktach, zaś 642 punkty prowadzone są przez organizacje pozarządowe (z 743 dla nich przeznaczonych). W pierwszych trzech kwartałach funkcjonowania punktów udzielono 294 879 porad, z czego 108 831 w punktach prowadzonych przez organizacje pozarządowe (*Raport...* 2016: 3). Z powyższego wynika, że na jeden punkt, w którym porady świadczą adwokaci lub radcowie prawni, przypada średnio około 269 porad, zaś na jeden punkt prowadzony przez organizacje pozarządowe – około 218 porad, co wskazuje na niską efektywność ich działania.

Z danych Ministerstwa Sprawiedliwości wynika, że w pierwszych trzech kwartałach 2016 roku z porad najczęściej korzystały osoby do 26. roku życia i po 65. roku życia, które średnio stanowiły 70% wszystkich korzystających. Drugą grupą były osoby z przyznanym świadczeniem z pomocy społecznej, które stanowiły 15% wszystkich korzystających, a trzecią – posiadacze Karty Dużej Rodziny, których było 8% (*Raport...* 2016: 23). W monitorowanym okresie 2016 roku najwięcej udzielonych porad dotyczyło spraw z zakresu prawa cywilnego z wyłączeniem prawa rzeczowego i spadkowego (27,3%), prawa spadkowego (16,7%), prawa rzeczowego (10,6%) oraz spraw dotyczących alimentów (8%). Podkreślić należy, że jedna porada mogła dotyczyć spraw z różnych dziedzin prawa jednocześnie (*Raport...* 2016: 24).

Wykres 1. Średni udział poszczególnych formy pomocy prawnej w ogólnej liczbie porad w pierwszych trzech kwartałach 2016 roku (w %)



Źródło: Opracowanie na podstawie *Raportu...*: 25.

Podsumowanie

Należy stwierdzić, że cel przyświecający przyjęciu ustawy o nieodpłatnej pomocy prawnej i edukacji prawnej był bardzo istotny. Stworzenie systemu świadczenia nieodpłatnych porad prawnych jest szansą dla osób wykluczonych z możliwości korzystania z płatnych usług profesjonalnych prawników. Przez dwa lata od wejścia w życie ustawy i utworzenia punktów świadczących usługi nieodpłatnego poradnictwa prawnego pojawiło się wiele zastrzeżeń zarówno ze strony korporacji prawniczych, jak i organizacji pozarządowych. W sierpniu 2017 r. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej skierował do Marszałka Sejmu RP projekt ustawy o zmianie omawianej ustawy mający na celu m.in. rozszerzenie jej zakresu podmiotowego i przedmiotowego oraz usprawnienie przepisów ustawy dotyczących wyłaniania organizacji pozarządowych świadczących nieodpłatną pomoc prawną. Wskazuje się zatem na konieczność zwiększenia użyteczności, powszechności i efektywności w zakresie udzielania nieodpłatnej pomocy prawnej.

Bibliografia

- Bezpłatne poradnictwo prawne i obywatelskie – analiza danych zastanych* (2012), INPRIS – Instytut Prawa i Społeczeństwa, Warszawa.
- Karta praw podstawowych Unii Europejskiej, Dz.Urz.UE 2016, C 202, http://eur-lex.europa.eu/legalcontent/PL/TXT/?uri=uriserv:OJ.C_.2016.202.01.0389.01.POL&toc=OJ:C:2016:202:TOC.
- Majdzińska K. (2010), *Wykluczenie prawne jako fakt społeczny*, [w:] A. Grzędzińska, K. Majdzińska, A. Sulowska (red.), *Ubóstwo i wykluczenie. Wymiar ekonomiczny, społeczny i polityczny*, Szkoła Główna Handlowa, Bramasole PR & PH, Warszawa.
- Makowski K. (2015), *Nieodpłatna pomoc prawna – komentarz do ustawy*, <http://www.wspolnota.org.pl/aktualnosci/aktualnosc/nieodplatna-pomoc-prawna-komentarz-do-ustawy> [14.02.2018].
- Ministerstwo Sprawiedliwości, <https://darmowapomocprawna.ms.gov.pl> [14.02.2018].
- Paxford B., Rynkun-Werner R., Wasylkowska-Michór M. (2016), *Ustawa o nieodpłatnej pomocy prawnej oraz edukacji prawnej. Komentarz*, Wyd. C.H. Beck, Warszawa.
- Raport końcowy monitoringu funkcjonowania systemu nieodpłatnej pomocy prawnej (2016), Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.

- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 15 grudnia 2015 r. w sprawie sposobu udzielania i dokumentowania nieodpłatnej pomocy prawnej, Dz.U. 2015, poz. 2186.
- Rząsa G. (2005), *Konstytucyjne aspekty pomocy prawnej udzielanej osobom ubogim*, „Przegląd Legislacyjny”, nr 3–4.
- Uchwała nr 157 Rady Ministrów z 25 września 2012 r. w sprawie przyjęcia Strategii rozwoju kraju 2020, Monitor Polski 2012, poz. 882.
- Ustawa z 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego, Dz.U. 2014, poz. 101, z późn. zm.
- Ustawa z 24 stycznia 1991 r. o kombatanach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego, Dz.U. 2014, poz. 1206 oraz 2015, poz. 693.
- Ustawa z 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego, Dz.U. 1997, nr 89, poz. 555, z późn. zm.
- Ustawa z 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi, Dz.U. 2012, poz. 270, z późn. zm.
- Ustawa z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tekst jedn. Dz.U. 2017, poz. 1769.
- Ustawa z 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa, Dz.U. 2011, nr 205, poz. 1203.
- Ustawa z 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny, Dz.U. 2014, poz. 1863, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o nieodpłatnej pomocy prawnej oraz edukacji prawnej, Dz.U. 2015, poz. 1255, z późn. zm.
- Witkowska A. (2012), *Przegląd przepisów zawierających odniesienia dotyczące poradnictwa prawnego i obywatelskiego*, INPRIS – Instytut Prawa i Społeczeństwa, Warszawa.
- Zalecenie nr R (93) Komitetu Rady Ministrów Rady Europy dla państw członkowskich co do efektywnego dostępu do prawa i sprawiedliwości dla najuboższych (przyjęte przez Komitet Ministrów dnia 8 stycznia 1993 r. na 484. spotkaniu zastępców ministrów).

Streszczenie

Prawo do nieodpłatnej pomocy prawnej to jedno z fundamentalnych praw, które przysługuje obywatelom demokratycznego państwa prawa. W artykule podjęto tematykę utworzonych na mocy ustawy w 2016 roku punktów świadczących nieodpłatną pomoc prawną. Celem wprowadzonych rozwiązań było zapewnienie obywatelom równego dostępu do porad prawnych na etapie przedsądowym. Założono współpracę rządu, samorządu terytorialnego oraz samorządów zawodowych, jak i organizacji

pozarządowych w zakresie jej świadczenia. Artykuł prezentuje rozwiązania prawne, jak i statystyki dotyczące nieodpłatnego poradnictwa prawnego w Polsce.

Słowa kluczowe: nieodpłatne poradnictwo, pomoc prawna, organizacje pozarządowe, powiat, samorząd terytorialny

Free legal advice – subjective range and objective

Summary

The right to free legal assistance is one of the fundamental rights which would accrue to the citizens of a democratic state of law. The article deals with solutions created under the act in 2016 that provide free legal assistance. The purpose of the introduced solutions was to provide citizens with equal access to legal counseling before the judicial proceedings. The cooperation of the government, local self-government and professional self-governments as well as non-governmental organizations within the scope of its provision was assumed. The article presents legal solutions as well as statistics on free of legal assistance in Poland.

Key words: gratuitous counseling, legal assistance, non-governmental organizations, district, local self-government

Beata Jamrógiewicz

Mediacje rodzinne jako alternatywna forma rozwiązywania konfliktu

Wprowadzenie

Człowiek musi znaleźć taki sposób rozwiązania konfliktów,
który odrzuca wszelką zemstę, odwet, agresję.

Martin Luther King

Każdy człowiek doświadcza trudnych sytuacji rodzinnych – mogą to być konflikty i kryzysy, które na pozór wydają się sytuacjami bez wyjścia. Dla wielu Polaków rodzina ma dużą wartość. Potwierdzają to wyniki badań II edycji Badań spójności społecznej GUS, zrealizowanej w I połowie 2015 r. W opublikowanym raporcie badań spójności społecznej analitycy Głównego Urzędu Statystycznego zaznaczyli, że 66% Polaków za najważniejszą wartość w życiu uważa zdrowie, natomiast 23% – rodzinę i szczęście rodzinne (GUS 2015). Dane GUS zbiegają się z wynikami CBOS z lutego 2013 r., które podaje, że od 2005 r. hierarchia wartości cenionych przez Polaków pozostaje dość stabilna. Niezmiennie najważniejsze jest szczęście rodzinne, które wymienia aż 82% ankietowanych. W drugiej kolejności Polacy cenią sobie zdrowie 74% (CBOS 2013). Można zatem uznać, że większość z nas w sytuacji destabilizacji rodzinnej podjęłaby działania mające na celu przywrócenie w rodzinie równowagi w zakresie poczucia bezpieczeństwa, poprawnych relacji, zadowolenia, wzajemnego zrozumienia i szacunku – czynników warunkujących szczęście rodzinne.

Każda rodzina tworzy swój świat z niepowtarzalną organizacją życia, stanowiąc system zmienny w czasie, rodzina przechodzi bowiem przez określone etapy rozwoju. Na poszczególnych etapach życia rodzinnego pojawiają się specyficzne problemy i zadania, formułowane są odmienne wzorce zachowań i relacji, kształtują się formy bliskości. Wpływy zmian społecznych, ekonomicznych i demograficznych na rodzinę są powszechnie zauważane.

Wskazuje się na problemy rodziny w wypełnianiu jej zadań, na trudności materialne, trudności w łączeniu obowiązków rodzinnych z zawodowymi. Ilość problemów, z jakimi zmagają się współczesna rodzina, jest olbrzymia. Jednakże do najtrudniejszych w obecnych czasach zalicza się rozwody i towarzyszące im sprawy okołorozwodowe (opieka nad dziećmi, podział wspólnego majątku, kwestie alimentacyjne itp.).

Problem rozpadu rodziny rozwiązuje się na różne sposoby: poprzez pracę nad sobą, grupy terapeutyczne i wsparcia, terapie indywidualne i rodzinne, jak również odpowiednie poradnictwo. W tych przypadkach angażuje się osoby trzecie. Jednak nie zawsze te propozycje są wystarczające, dlatego zrodziły się negocjacyjne formy zażegnywania konfliktów w rodzinie. Polegają one na rozwiązywaniu sporu lub konfliktu przez strony bez oddawania decyzji w ręce osoby trzeciej, ale z jej udziałem, co ma na celu ułatwienie komunikacji między osobami zaangażowanymi w konflikt. Metody te nie zawsze gwarantują rozwiązanie sporu, ale uczą wzajemnego szacunku, respektowania praw swoich i innych osób. Mediacje zajmują wśród nich znaczące miejsce.

Mediacje jako sposób na ugodowe rozwiązanie sprawy będącej przedmiotem sporu dotyczą problemów z zakresu prawa rodzinno-opiekuńczego, cywilnego, gospodarczego, karnego. Jednakże za cel w niniejszym artykule przyjmuje się omówienie zagadnienia mediacji rodzinnych ze szczególnym uwzględnieniem kwestii konfliktów rodzinnych. Jak podkreśla M. Dziewiecki, „problemem nie są problemy – gdyż te na tej ziemi są nieuniknione – lecz brak umiejętności czy siły, by je pokonywać” (2011). Mądrze przezwyciężane problemy cementują więzi rodzinne i wzmacniają poczucie bezpieczeństwa na przyszłość, oczywiście pod warunkiem, że w sytuacjach konfliktowych szuka się rozwiązań prawdziwych, a nie rozwiązań łatwych (Dziewiecki 2011). Dzięki mądrym przezwyciężaniu trudności i konfliktów członkowie rodziny mają szansę coraz lepiej się rozumieć i wspierać. Zyskują mądrość życiową oraz powiększają zaufanie do siebie nawzajem. Groźne jest udawanie, że nie ma żadnych trudności wtedy, gdy one się pojawiają, gdyż konflikty utajone i nierozwiązane prowadzą do trwałych napięć i do rosnącej agresji w rodzinie. Równie groźna jest druga skrajność, czyli dążenie do „rozwiązywania” konfliktów na zasadzie przemocy, szantażu czy manipulacji (Dziewiecki 2011).

W Polsce mało jest publikacji z zakresu mediacji rodzinnych, które podpowiadałyby praktykom, w jaki sposób skutecznie pomóc rodzinom w kryzy-

sie, natomiast rodzinom pozostającym w konflikcie i sporze wskazywałyby możliwości uzyskania wsparcia w rozwiązaniu problemów. Mimo że rozwój specjalności mediatora rodzinnego w naszym kraju wydaje się kwestią czasu, to obecnie istnieje poważna luka informacyjna w zakresie prezentowania wiedzy i doświadczeń na temat specyfiki mediacji rodzinnych. Tymczasem mediacja umożliwia osiągnięcie porozumienia w sytuacji, kiedy osoby przestają ze sobą rozmawiać, a każda z osób przeżywa swoje zranienie, urazę, złość. Mediacje pozwalają także każdej ze stron przedstawić swój punkt widzenia i spokojnie przyjrzeć się możliwym rozwiązaniom.

I. Pojęcie mediacji i przedmiot mediacji

Pojęcie mediacji nie jest jednolicie rozumiane ani w praktyce orzeczniczej, ani w literaturze fachowej. W zależności bowiem od przedmiotu mediacji eksponowane są różne jej akcenty. Mediacja (łac. *mediatio* – pośrednictwo) w ogólnym pojęciu kojarzona jest z pośrednictwem w sporze w celu nakłonienia skonfliktowanych stron do porozumienia. Według tej definicji mediacja jest postępowaniem pokojowym, w trakcie którego osoba trzecia podejmuje próbę doprowadzenia do zbliżenia stanowisk stron, złagodzenia istniejących między nimi napięć i stworzenia warunków dla znalezienia akceptowalnego przez wszystkich rozwiązania – osiągnięcia porozumienia (Smoktunowicz 2000). *Słownik języka polskiego* (1979) wyjaśnia pojęcie mediacji jako pośredniczenie w sporze, mające na celu ułatwienie stronom dojścia do porozumienia

Mediacja to podejmowanie prób doprowadzenia do dobrowolnego porozumienia. Celem mediacji jest zawarcie ugody między stronami konfliktu. Postępowanie mediacyjne opiera się na „sprawiedliwości naprawczej” (Wright i in. 2001). Mianem mediacji określa się ogół wysiłków podejmowanych przez „trzecią neutralną osobę” w celu rozwiązania sporu między stronami w czasie ich spotkania „twarzą w twarz”. W takich spotkaniach mediator nie jest uprawniony do naciskania na zawarcie ugody między stronami, lecz próbuje im pomóc w stworzeniu wzajemnie korzystnego rozwiązania sporu. Za misję usług mediacyjnych można uznać zapewnienie obywatelom – stronom konfliktu skutecznego środowiska rozwiązania sporu, przy zapewnieniu korzyści i satysfakcji dla obu stron i otoczenia społecznego działającego przy minimalnych kosztach społecznych (Kulesza 1995).

Wydaje się jednak, iż istnieją pewne wspólne elementy przedstawionych wyżej definicji mediacji, które mogą stanowić podstawę do skonstruowania ogólnej definicji. Mianowicie mediacja to dobrowolne i poufne porozumiewanie się skonfliktowanych stron w obecności bezstronnej i neutralnej trzeciej osoby – mediatora. Tak rozumiana mediacja wyjaśnia istotę tego pojęcia, wskazując, że celem mediacji jest dojście do ugody satysfakcjonującej uczestników postępowania mediacyjnego. W zaprezentowanym ujęciu mediacji na plan pierwszy wysuwa się zagadnienie ugody, a więc czegoś, co jest nierozdzielnie związane z procesem cywilnym.

Ugodowe rozwiązywanie różnorodnych sporów czy konfliktów z udziałem bezstronnego, neutralnego i profesjonalnego „pośrednika”, jakim powinien być mediator, to także istota mediacji, a tym samym uzasadnienie wzrastającego zainteresowania nią we współczesnych społeczeństwach i prawodawstwach. Zatrzymując się na chwilę przy tym stwierdzeniu, warto podkreślić, że do polskiego wymiaru sprawiedliwości mediacje wprowadzono stosunkowo niedawno. Od 1999 r. funkcjonują w sprawach karnych, a od 10 grudnia 2005 r. – w sprawach z zakresu prawa cywilnego, prawa gospodarczego, prawa rodzinnego i prawa pracy. Natomiast w 1996 r. Helsińska Fundacja Praw Człowieka wykształciła pierwszą grupę mediatorów na bazie metody Williama Lincolna, tj. Conflict Resolution & Research Institute, Washington DC, która obecnie jest stosowana przez ponad 800 mediatorów pracujących w sprawach na zlecenie sądu (<https://ms.gov.pl>).

W listopadzie 2009 r. w Ministerstwie Sprawiedliwości został powołany Departament Praw Człowieka, następnie z dniem 1 kwietnia 2010 r. metody ADR, w tym mediacja, przeszły do kompetencji tegoż departamentu – obecnie Departamentu Współpracy Międzynarodowej i Praw Człowieka. Można odnieść wrażenie, że usytuowanie mediacji w jednym miejscu struktury organizacyjnej Ministerstwa Sprawiedliwości ma na celu urealnienie prowadzenia skutecznych działań na rzecz upowszechniania i popularyzacji metod ADR w rozwiązywaniu sporów. Mediacja rodzinna może być zastosowana we wszystkich rodzajach sporu pomiędzy członkami rodziny, których łączy pokrewieństwo oraz pozostawali lub pozostają w związkach rodzinnych określonych przez prawo (np. rodziny adopcyjne, rodziny zastępcze) i pod warunkiem, że strony chcą uczestniczyć w mediacji.

Według Lisy Parkinson „mediacje rodzinne są formą mediacji, w których mediator pomaga parom na dowolnym etapie separacji lub rozvodu rozważyć

możliwe opcje rozwiązań i lepiej komunikować się w celu osiągnięcia wspólnych decyzji na temat aktualnych i przyszłych uzgodnień. Uzgodnienia te mogą dotyczyć spraw dzieci, finansów i własności oraz samej separacji i rozwodu”. Specyfika mediacji rodzinnych z kolei skupia się wokół „wypracowywania rozwiązań dotyczących spraw rozwodowych, opieki nad dzieckiem i regulacji kontaktów z rodzicami, problemów rodzinnych, adopcji, kontraktów przedmażeńskich czy nawet przemocy domowej” (Przybyła-Basista 2002).

Powszechnie przyjęło się, że decyzja sądowa jest ostatecznym rozstrzygnięciem sporu, że kończy konflikt, a strona przeciwna będzie musiała zaakceptować lub przynajmniej respektować postanowienie sądu. Tymczasem zgodnie z art. 445 Ustawy z 2005 r. o zmianie ustawy Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw „w każdym stanie sprawy o rozwód lub separację sąd może skierować strony do mediacji celem ugodowego załatwienia spornych kwestii [...] alimentów, sposobu sprawowania władzy rodzicielskiej, kontaktów z dziećmi oraz spraw majątkowych podlegających rozstrzygnięciu w wyroku orzekającym rozwód lub separację” (Ustawa z 28 lipca 2005 roku o zmianie k.p.c., DzU. 2005, nr 172, poz. 1048).

Analizując art. 436 §1 i 2, dowiadujemy się natomiast, że przedmiotem mediacji jest pojednanie małżonków w sytuacji, gdy istnieje szansa na utrzymanie małżeństwa. Ponadto „zawsze wtedy, gdy konflikty rodzinne znajdują się w sądzie, wówczas sytuacja konfliktowa komplikuje się jeszcze bardziej. Procedura sądowa skłania, aby osoby zaangażowane w konflikt stały się przeciwnikami, a nie sprzymierzeńcami poszukującymi wspólnego rozwiązania” (Przybyła-Basista 2002). Trzeba zauważyć, iż mediacje rodzinne są o wiele bardziej skomplikowane od pozostałych, ponieważ sytuacja rozwodowa niesie ze sobą rozwiązania problemów zarówno w perspektywie indywidualnej każdego z małżonków, jak i rodzinnej (Beisert 2000). Tego typu mediacje dają szansę na ugodową regulację stosunków małżeńskich i rodzinnych, a co za tym idzie – na znalezienie wyjścia z sytuacji konfliktowej, w jakiej mniej lub bardziej świadomie znaleźli się małżonkowie.

Najważniejsze jest wspólne poszukiwanie rozwiązania sporu, wówczas zmienia się ten nadrzędny cel. Jeżeli stronom uda się dojść do wspólnego, satysfakcjonującego stanowiska, to mamy do czynienia z pozycją „wygrany – wygrany”. Narzędziami osiągnięcia tego celu są negocjacje. Istotą mediacji jest ujawnienie tego, co kryje się za zdaniem stron, jaka jest percepcja stron

sytuacji konfliktowej. Przy zastosowaniu mediacji strony stają się właściwymi podmiotami dyskusji, ponieważ mediacja skupia się wokół ich wspólnych potrzeb, a rola pełnomocnika (np. adwokata czy radcy prawnego) sprowadza się do doradzania klientowi, który sam podejmuje decyzje.

Mediacja, oprócz rozwiązywania różnorodnych problemów, wzmacnia relacje, które oparte są na wzajemnym szacunku i zaufaniu, może ona zakończyć daną sprawę w sposób minimalizujący koszty, mniej sformalizowany i oparty na poszanowaniu wspólnych doznań psychicznych.

Reasumując, należy stwierdzić, że w obecnym stanie prawnym funkcjonowania mediacji nikt w Polsce nie powinien mieć wątpliwości, że mediacja to optymalny sposób na spokojne i wyważone znalezienie rozwiązania w przypadku zaistnienia sytuacji konfliktowej (spornej) stron. Mediacja pozwala osiągnąć rozwiązanie satysfakcjonujące dla stron.

II. Rola mediatora, zasady i przebieg mediacji

Szanse mediacji zależą w jakiejś mierze od profesjonalizmu prowadzących postępowanie osób, którymi wcale nie muszą być prawnicy. Mediacje prowadzone są na ogół przez odpowiednio przeszkolone osoby w ośrodkach mediacyjnych w przyjaznych warunkach. Mediatorzy są dyspozycyjni tak długo, jak jest to potrzebne. Zwykle proces mediacyjny obejmuje od dwóch do pięciu spotkań, które trwają od jednej do czterech godzin i odbywają się w terminach dogodnych dla wszystkich.

Mediator stara się wyjaśnić stronom istotę ich stanowiska i zbliżyć je do siebie na tyle, aby mogły znaleźć odpowiadające im rozwiązanie. Może ono przybierać postać kompromisu lub wiązać się z ustępowaniem jednej ze stron (Kmieciak: 2004). Dobry mediator powinien przede wszystkim posiadać umiejętność odpowiedniego zidentyfikowania sporu i przypasowania odpowiedniego typu mediacji do potrzeb i oczekiwań stron. Mówi się, że mediacja jest tak dobra, jak dobry jest mediator. Niektórzy przypisują mediatorowi rolę trzeciej strony w konflikcie bądź precyzują jego procesową pozycję – uznają ten podmiot za neutralną i niezależną stronę (Świeżak 1998).

Mediator zatem jest stroną i centralnym ogniwem procesu komunikacji – procesu zainicjowanego w celu rozwiązania sporu. Rolą mediatora nie jest podjęcie decyzji formalnie kończącej dany spór, ale pomoc w osiągnięciu poro-

zumienia przez strony. Istotny jest również brak związku mediatora ze stronami oraz przedmiotem sporu, co oznacza, że mediator jest bezstronnym obserwatorem, a jednocześnie aktywnym słuchaczem, pomagającym stronom w zrozumieniu istoty sporu i sprecyzowaniu interesów. Mediator powinien posiadać umiejętność odpowiedniego zdiagnozowania sporu i przystosowania do niego właściwego typu mediacji, zgodnie z oczekiwaniami i potrzebami stron. Powinien pomóc stronom we wzajemnej komunikacji, powinien zmaksymalizować szanse na zawarcie ugody i czuwać nad przebiegiem mediacji (Sołtysiak 2012).

Zadaniem mediatora jest więc zachęcenie do aktywnej współpracy przy poszukiwaniu rozwiązania oraz ułatwienie komunikacji między stronami. Mediatora obowiązuje dyskrecja obejmująca ujawnione podczas spotkań informacje, opinie, zachowania czy uczucia. Wszystko to sprzyja budowaniu poczucia bezpieczeństwa i otwartości. Do najważniejszych zasad, jakie obowiązują w postępowaniu mediacyjnym, należą:

- **dobrowolność** – konstytutywną cechą mediacji rodzinnych jest ich dobrowolność, ponieważ do udziału w mediacji, osiągnięcia ugody, do wyboru konkretnych rozwiązań nikt nie jest przymuszany. Dobrowolność jako naczelna zasada mediacji została uregulowana w art. 183 (1) k.p.c. Obowiązuje strony i mediatora. Mediator zobowiązany jest do poinformowania stron na wstępie postępowania mediacyjnego o tym, że mają prawo do odstąpienia od mediacji na każdym jej etapie;
- **akceptowalność** – strony konfliktu powinny zaakceptować osobę mediatora i sposób prowadzenia mediacji w trakcie przebiegu postępowania mediacyjnego;
- **bezstronność** – według art. 183 (3) k.p.c. mediator powinien zachować bezstronność przy prowadzeniu mediacji. Mediator nie powinien sugerować, co może być przedmiotem ugody, ani narzucać rozwiązania sporu. Może natomiast zachęcać strony do wyrażania stanowisk i opinii oraz do negocjowania formy zadośćuczynienia czy też innych elementów ugody.
- **neutralność** – mediator ma obowiązek pozostać neutralny wobec sposobu rozwiązania sporu proponowanego przez jedną ze stron. Może natomiast ocenić, czy zawartemu porozumieniu będzie można nadać klauzulę wykonalności, gdyby strony chciały zatwierdzić ugodę przed sądem. Neutralność mediatora jest gwarantowana przyjętymi przez mediatora zasadami etyki mediatora;

- **poufność** – zgodnie z art. 183 (4) k.p.c. przebieg mediacji jest całkowicie poufny. Zasada poufności obowiązuje podczas sesji wspólnych i spotkań na osobności. Strony mogą przekazać osobom trzecim tylko takie informacje, które wspólnie uzgodnią. Zgodnie z art. 259 (1) k.p.c. mediator nie może być świadkiem co do faktów, o których dowiedział się w związku z prowadzeniem mediacji, chyba że strony zwolnią go z obowiązku zachowania tajemnicy mediacji. Mediację warto stosować w sprawach rozwodowych (np. kwestia sposobu rozstania, władzy rodzicielskiej i miejsca zamieszkania dziecka), o podział majątku po rozwodzie, związanych z orzekaną przez sądy rodzinne opieką nad dziećmi po rozwodzie (np. ustalenie kontaktów z dzieckiem) oraz w innych sprawach rodzinnych (np. konflikty małżeńskie, jeżeli nie ma zalecenia terapii; sprawy spadkowe; konflikty między rodzicami a dziećmi, również dorosłymi).

Tabela 1. Postępowania w sprawach rodzinnych w sądach powszechnych zakończone w wyniku postępowania mediacyjnego w latach 2007 – I półrocze 2017.

Wyszczególnienie	Wynik postępowania mediacyjnego		
	Zawarto ugodę	Brak ugody	Inny sposób załatwienia sprawy
Postępowania w sprawach rodzinnych w sądach powszechnych zakończone w wyniku postępowania mediacyjnego w latach 2007–2017			
2007	155	95	76
2008	216	146	65
2009	340	247	129
2010	439	380	169
2011	471	461	217
2012	559	555	228
2013	521	546	216
2014	574	540	221
2014	856	804	272
2015	1 915	1 741	660
Ogółem w I p. 2017	1 154	894	341
Ustalono wysokość alimentów	383	243	121

Ustalono kontakty z dzieckiem		521	290	180
Ustalono miejsce zamieszkania małoletniego		75	35	7
Sposób wykonywania władzy rodzicielskiej (art. 97 §2, art. 106, art. 107 k.r.o.)		64	59	8
Sprawy w trybie Konwencji haskiej z 1980 r. dot. uprowadzenia		5	2	-
w tym	o powrót dziecka	1	1	-
	o wykonywanie kontaktów	4	1	-
Inne		106	265	97

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Sprawiedliwości, *Informacje o mediacji dla stron postępowań sądowych. Publikacje, Akty prawne, Statystyki*.

Analizując tabelę, zauważyć można sukcesywny wzrost postępowań mediacyjnych przeprowadzonych w ostatnich dziesięciu latach, a co najważniejsze – wzrost liczby spraw spornych zakończonych zawarciem ugody pomiędzy stronami. Warto podkreślić, że mediacje mogą okazać się idealnym rozwiązaniem dla skonfliktowanych stron chcących uniknąć kosztownych i czasochłonnych sporów w sądzie. Mediator ma prawo do wynagrodzenia i zwrotu wydatków związanych z przeprowadzeniem mediacji, chyba że wyraził zgodę na prowadzenie mediacji bez wynagrodzenia. Wynagrodzenie i zwrot wydatków obciążają strony po połowie (art. 1835, k.p.c., Mediacja).

W przypadku mediacji, na które strony zostały skierowane przez sąd, ich koszt określa Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dn. 30 listopada 2005 roku i wynosi on odpowiednio:

- w sprawach o prawa majątkowe wynagrodzenie mediatora wynosi 1% wartości przedmiotu sporu, nie więcej jednak niż 1000 zł za całość przeprowadzonego postępowania mediacyjnego;
- w sprawach o prawa majątkowe, których wartości nie można ustalić oraz o prawa niemajątkowe (czyli np. sprawy rodzinne), wynagrodzenie wynosi 60 zł za pierwsze spotkanie, 25 zł za każde następne. Jeśli sąd upoważnił mediatora do zapoznania się z aktami sprawy, wynagrodzenie podwyższa się o 10%. Strony pokrywają także niezbędne wydatki poniesione przez mediatora, np. przejazdów, przesyłek pocztowych i koszt wynajmu pomieszczenia niezbędnego do przeprowadzenia mediacji – jednak w tym przypadku nie więcej niż 50 zł za jedno posiedzenie (<http://www.infor.pl>).

W polskim ustawodawstwie ujęto zachęty finansowe dla osób, które w sposób ugodowy rozwiązują spory. Przewidziano obniżone stawki opłat sądowych zarówno w sytuacjach, gdy strony w toku sprawy dojdą do ugody, jak i gdy przedłożą w sądzie zgodny wniosek w sprawie (<http://www.infor.pl>). Sąd z urzędu zwraca stronie trzy czwarte uiszczonej opłaty od pisma wszczynającego postępowanie w pierwszej instancji, jeżeli w toku postępowania sądowego zawarto ugodę przed mediatorem. Natomiast w sytuacji, gdy zostanie złożony zgodny wniosek o rozwód lub separację bez orzekania o winie, sąd zwraca połowę uiszczonej opłaty od pozwu (po uprawomocnieniu się wyroku). W razie cofnięcia pozwu o rozwód lub separację, albo wniosku o separację na skutek pojednania się stron w pierwszej instancji, sąd zwraca stronie z urzędu całą uiszczoną opłatę od złożonego pozwu. W razie pojednania się stron przed zakończeniem postępowania apelacyjnego zwraca się połowę uiszczonej opłaty od apelacji (<http://www.infor.pl>).

Od wniosku o podział majątku wspólnego po ustaniu małżeńskiej wspólności majątkowej wraz ze zgodnym projektem podziału tego majątku (może to być ugoda wypracowana i spisana z pomocą mediatora) sąd pobiera opłatę stałą w kwocie 300 zł. W sytuacji wystąpienia z wnioskiem o podział majątku bez zgodnego projektu podziału opłata stała wynosi 1000 zł od wniosku (<http://www.infor.pl>).

III. Przebieg mediacji

1. Rozpoczęcie mediacji

1.1. Etap 1. Zapoznanie się ze sprawą

1.2. Etap 2. Posiedzenie mediacyjne wstępne (Polskie Centrum Mediacji 2003)

- zaproszenie na mediację, kolejność zapraszanych stron na spotkanie wstępne: pierwszego zaprasza się inicjatora (powoda);
- nawiązanie kontaktu z każdą ze stron – zbudowanie atmosfery zaufania i bezpieczeństwa;
- przedstawienie zasad, reguł mediacji i roli mediatora;
- przedstawienie korzyści z mediacji dla strony;
- przedstawienie prawnych uwarunkowań mediacji;
- odebranie zgody na mediację i mediatora;

- podpisanie umowy/wniosku o przeprowadzenie mediacji;
- wysłuchanie punktu widzenia strony na konflikt z obecnej perspektywy;
- przedstawienie przez stronę jej potrzeb i oczekiwań;
- przekierowanie na przyszłość – poszukiwanie najlepszego sposobu rozwiązania konfliktu satysfakcjonującego stronę;
- próba spojrzenia na konflikt z perspektywy drugiej strony;
- diagnoza fazy kryzysu w której znajduje się strona;
- wstępna hipoteza przebiegu i wyników mediacji.

2. Posiedzenie mediacyjne wspólne

2.1. Etap 1. Wprowadzenie do mediacji (Polskie Centrum Mediacji 2003)

- przypomnienie zasad mediacji i roli mediatora;
- spotkania na osobności – rola, reguły, zadania;
- wspólne wypracowanie reguł obowiązujących podczas posiedzeń mediacyjnych, określenie ram czasowych mediacji i posiedzeń mediacyjnych określenie przedmiotu, tematów mediacji.

2.2. Etap 2. Przedstawienie punktu widzenia stron, ewentualna weryfikacja diagnozy i hipotezy (Polskie Centrum Mediacji 2003).

- umożliwienie wypowiedzenia każdej stronie jej punktu widzenia konfliktu, umożliwienie wysłuchania tego punktu widzenia przez drugą stronę – m.in. stosowanie technik aktywnego słuchania;
- zebranie przez mediatora potrzeb, oczekiwań każdej ze stron, wspieranie stron w dotarciu do źródeł konfliktu, definiowanie problemów i ich gradacja/spisanie.

2.3. Etap 3. Poszukiwanie rozwiązań (Polskie Centrum Mediacji 2003)

- poznanie punktu widzenia na poszczególne problemy każdej strony;
- określenie potrzeb i interesów każdej strony;
- budowanie zrozumienia (choć niekoniecznie akceptacji) dla punktu widzenia, potrzeb i interesów każdej strony;
- poszukiwanie punktów zbieżnych – wspólnych interesów;

- zebranie propozycji możliwych rozwiązań, podkreślanie wspólnych interesów, sprawdzanie realności wypracowywanych rozwiązań;
- sprawdzenie, czy propozycje rozwiązań są akceptowane przez obie strony;
- jasne sformułowanie zobowiązań każdej strony.

2.4. Etap 4. Spisanie porozumienia

2.4.1. Sformułowanie treści porozumienia – ugody mediacyjnej

Mediator czuwa nad tym, by ugoda spełniała wszystkie wymogi formalno-prawne, a także była precyzyjnym odbiciem intencji stron w stylu MAKRO:

- mierzalne;
- aktualne;
- konkretne;
- realistyczne;
- określające terminy.

2.4.2. Spisanie projektu porozumienia – projekt porozumienia mediacyjnego

Jeśli przekazuje się go stronom w formie pisemnej przed podpisaniem, powinien być spisany w sposób uniemożliwiający identyfikację, tzn. bez sygnatury akt, nazwisk itp. (<http://www.mediator.org.pl/>).

2.4.3. Strony mają prawo do przedstawienia porozumienia ugody mediacyjnej

Strony przedstawiają ugodę mediacyjną swoim prawnikom, rodzinie i innym osobom, z którymi chciałyby ją skonsultować, bądź same potrzebują czasu na jej przemyślenie (<http://www.mediator.org.pl/>).

2.4.4. Podpisanie porozumienia – ugody mediacyjnej (ewentualność ugody częściowej)

Dokument ugody dokładnie oddaje intencje stron, jako że to strony są autorami porozumienia. Zapis ugody jest zwięzły i dokładny, forma zapisu zawiera łatwe do zrozumienia dla stron sformułowania.

2.4.5. Zakres ingerencji mediatora w treść ugody (<http://www.mediator.org.pl/>)

Mediator czuwa nad:

- realnością podjętych zobowiązań;
- dobrowolnością przyjęcia warunków przez strony.

2.5. Etap 5. Zakończenie mediacji (tamże)

- przekazanie stronom po jednym egzemplarzu ugody mediacyjnej;
- przygotowanie i przekazanie protokołu mediacyjnego;
- przypomnienie procedury formalnej – jeśli mediacja sądowa – przesłanie protokołu i ugody do sądu wraz z wnioskiem, podpisanym przez obie lub jedną ze stron, o zatwierdzenie ugody oraz wnioskiem o zwrot trzech czwartych wpisu sądowego.

Postępowanie mediacyjne, do którego doszło na podstawie postanowienia sądu, nie powinno trwać dłużej niż trzy miesiące. Istnieją jednak sytuacje, w których mediacja rodzinna nie jest stosowana, bo nie ma szans na jej powodzenie. Dotyczy to przede wszystkim zdarzeń, kiedy w rodzinie stosowana jest przemoc, występuje uzależnienie, choroba psychiczna lub silne zaburzenie emocjonalne. Ponadto wówczas, gdy jakieś traumatyczne przeżycia i silne emocje uniemożliwiają właściwe uczestniczenie stronom lub stronie w procedurach mediacyjnych, lub gdy jakaś osoba chce wykorzystać mediację do swoich celów albo chce pogłębić konflikt.

Mediacje nie przyniosą oczekiwanych rezultatów, gdy w praktyce nie jest możliwe osiągnięcie porozumienia korzystnego dla obydwu stron lub żadna ze stron nie bierze pod uwagę możliwości kompromisowego załatwienia sporu. Rezygnuje się także z mediacji, gdy dla jednej lub obu stron droga sądowa jest bardziej korzystna.

Podsumowanie

Korzyścią płynącą z mediacji rodzinnych jest ukształtowanie relacji, które mają szansę trwać w przyszłości. Mediacja umożliwia wybaczenie doznanych krzywd i prowadzi do pojednania. Pozwala na poznanie uczuć, potrzeb i zachowań drugiej strony oraz umożliwia wyrażenie własnych uczuć i potrzeb. Prowadzi do zawarcia ugody, która uwzględnia potrzeby i interesy poszczególnych osób oraz została wypracowana przez samych uczestników mediacji, dlatego strony chętniej stosują się do uzgodnionych kwestii.

Przystępując do mediacji, żadna ze stron niczego nie ryzykuje, ponieważ każdy w każdej chwili może zrezygnować. Ponadto jest ona na ogół bardziej skuteczna i tańsza niż proces sądowy. Daje możliwość osiągnięcia stosunko-

wo szybkiego, trwałego i spisanego porozumienia. Chcąc skorzystać z procedury mediacyjnej, można zgłosić się do odpowiedniej osoby z listy stałych mediatorów znajdującej się przy sądach okręgowych lub do ośrodka mediacyjnego.

Bibliografia

- Beisert M. (2000), *Rozwód. Proces radzenia sobie z kryzysem*, Wyd. Fundacji „Humaniora”, Poznań.
- Biełkuńska A., Łysoń P., Sobestjański K. (2015), *Prezentacja pierwszych wyników II edycji badania spójności społecznej*, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
- Centrum Badania Opinii Społecznej (2013), *Komunikat z badań. Rodzina – jej współczesne znaczenie i rozumienie*, Warszawa.
- Dziewiecki M. (2011), *Konflikty w rodzinie: zagrożenia i szanse*, https://opoka.org.pl/biblioteka/P/PS/st201105_konflikty.html [4.02.2018].
- Polskie Centrum Mediacji (2003), *Kodeks etyki mediatora*, Polskie Centrum Mediacji, Warszawa.
- Kulesza C. (1995), *Mediacja a system wymiaru sprawiedliwości*, „Państwo i Prawo”, nr 12.
- Ministerstwo Sprawiedliwości (b.r.w.), *Działania Ministerstwa Sprawiedliwości w przedmiocie mediacji*, <https://ms.gov.pl/pl/dzialalnosc/mediacje/dzialania-ministerstwa-sprawiedliwosci-w-przedmiocie-mediacji> [4.02.2018].
- Ministerstwo Sprawiedliwości (b.r.w.), *Informacje o mediacji dla stron postępowań sądowych*, <https://ms.gov.pl/pl/dzialalnosc/mediacje/publikacje-akty-prawne-statystyki> [4.02.2018].
- Polskie Centrum Mediacji (b.r.w.), *Skrypt szkoleniowy. Mediacje rodzinne*, http://www.kul.pl/files/37/Mediacja/skrypt/skrypt_rodzinne.pdf [4.02.2018].
- Przybyła-Basista H. (2002), *Proces mediacji rodzinnych – od teorii do praktyki*, „Mediator”, nr 21.
- Smoktunowicz E. (red.) (2000), *Wielka encyklopedia prawa*, Wyd. Prawo i Polityka Gospodarcza, Białystok.
- Szymczyk M. (red.) (1979), *Słownik języka polskiego*, t. 2, PWN, Warszawa.
- Sołtysiak P. (2012), *Mediacja jako alternatywna metoda rozwiązywania sporów*, „Gubernaculum et Administratio. Zeszyty Naukowe Instytutu Administracji AJD w Częstochowie”, nr 2 (6).
- Świeżak R. (1998), *Idea mediacji*, „Jurysta”, nr 3–4.
- Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego, Dz.U. 2018.0.155.

Ustawa z 28 lipca 2005 r. o zmianie kodeksu postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2005, nr 172, poz. 1048.

Wright M. (2001), *Probacyjne środki polityki karnej – stan i perspektywy*, Kancelaria Senatu.

Mediacja jako alternatywna metoda rozwiązywania konfliktów, <http://www.infor.pl>.

Streszczenie

Wyniki badań statystycznych wskazują na regularny wzrost liczby orzekanych przez sąd separacji i rozwodów. Ta tendencja utrzymuje się w wielu krajach. Konflikty i kryzysy w środowisku rodzinnym próbuje się rozwiązać na różne sposoby, by uratować to środowisko przed rozpadem.

Niniejszy artykuł ma na celu przybliżenie zagadnienia z zakresu mediacji rodzinnych, czyli metody, która może zapobiegać eskalacji problemu, pozwoli jej uczestnikom określić kwestie sporne, zmniejszyć bariery komunikacyjne, opracować propozycje rozwiązań i, jeśli taka jest ich wola, zawrzeć wzajemnie satysfakcjonujące porozumienie. Mediacje rodzinne, nawet jeśli nie gwarantują rozwiązania sporu, to z pewnością uczą wzajemnego szacunku oraz respektowania nie tylko swoich praw, lecz także praw innych osób.

Słowa kluczowe: mediacja, rodzina, konflikt, rozwód

Family mediations as alternative forms of conflict resolutions

Summary

The results of statistical surveys indicate a regular increase in the number of court and divorce separations. Emerging conflicts and crises, which significantly affect the family breakdown, are attempted to be solved in various ways to save the family environment. The aim of this article is to familiarise with the issue of family mediation as a method that can prevent the escalation of the problem. Moreover, it allows its participants to identify dispute matters, reduce communication barriers, develop solutions and, if there is such a will, to reach a mutual and satisfactory agreement. Family mediations, even if they do not guarantee a problem-solving, they certainly both teach the mutual respect and respect not only their rights, but also the rights of other people.

Key words: mediation, family, conflict, agreement, help, consultancy service

Od poradnictwa dyrektywnego do poradnictwa dialogowego. Przemiany polskiego poradnictwa zawodowego

Początki poradnictwa zawodowego w Polsce

Życiu człowieka towarzyszą sytuacje trudne i konfliktowe, wymagające podjęcia właściwych decyzji. Bardzo często potrzebujemy wtedy wsparcia kogoś innego, kogo postrzegamy jako bardziej doświadczonego, bardziej kompetentnego. Zanim powstały specjalne instytucje doradcze, przez wieki toczył się proces doradztwa nieformalnego, doradztwa w biegu życia.

Pierwszymi profesjonalnymi instytucjami doradczymi (pomijając poradnie zdrowotne) były poradnie zawodowe. Za kolebkę poradnictwa zawodowego uznaje się Boston w Stanach Zjednoczonych, gdzie w 1909 roku powstała pierwsza na świecie poradnia zawodowa, zwana Biurem Zawodowym. Jej pomysłodawcą był amerykański inżynier Frank Pearsons, który opracował **plan systematycznej pomocy, czyli poradnictwa zawodowego**. Podstawowym celem biura było „pomaganie młodym ludziom w wyborze zawodu poprzez przygotowywanie ich do tego wyboru, znajdowanie wolnych miejsc pracy w wybranym obszarze i rozwijanie ich efektywnej kariery i sukcesów” (Zytowski 2015: 61)¹. Pierwsza poradnia zawodowa i pierwsza teoria poradnictwa zawodowego stały się wzorcem dla prowadzonej na całym świecie działalności w tym zakresie. W ciągu kolejnych dziesięcioleci poradnictwo zawodowe ewoluowało, a wyznacznikiem jego przeobrażeń były każdorazowo zmiany na rynku pracy.

W Polsce początki poradnictwa zawodowego związane są z okresem międzywojennym. Poradnie prowadziły wówczas głównie badania psychotechniczne i selekcyjne dla kandydatów do szkół zawodowych. W małym

¹ Biuro odniosło dość duży sukces – w ciągu pierwszych niespełna pięciu miesięcy działalności udzielono porad prawie 80 osobom w wieku 15 do 39 lat, przy czym prawie wszyscy uznali owe porady za jak najbardziej wartościowe.

zakresie zajmowały się orientacją i poradnictwem zawodowym. Powstawały przede wszystkim z inicjatywy psychologów, a utrzymywały się ze skromnych subwencji państwowych. Zaangażowani w poradnictwo psycholodzy (w okresie międzywojennym tylko psycholodzy mogli być doradcami zawodowymi) wypracowywali metody i narzędzia badawcze, w tym testy do badania uzdolnień, zainteresowań i predyspozycji zawodowych uczniów.

Po drugiej wojnie światowej koncepcja poradnictwa zawodowego wykorzystującego testy psychologiczne spotkała się z ostrą krytyką komunistów – twórców nowego ładu społecznego. Byli oni przeciwni wszelkim badaniom różnicującym ludzi, w myśl zasady, że wszyscy ludzie są sobie równi i każdy jednakowo dobrze będzie wykonywał każdą pracę. W tych warunkach (po 1948 roku) psychologia i poradnictwo zawodowe utraciły legitymizację i ostatecznie całkowicie zniknęły z uczelni i szkół w Polsce. Poradnie psychologiczne, zawodowe, pracownie psychotechniczne uległy likwidacji.

Zlekceważenie przez władze pomocy psychologicznej przy wyborze zawodu i przyjęcie zasady o przydatności człowieka do każdego rodzaju pracy wywołało wiele negatywnych konsekwencji, czego wyrazem był m.in. niski poziom kształcenia zawodowego, częste porzucanie pracy czy wykonywanie pracy niezgodnej z kwalifikacjami, powodujące niską wydajność w sferze produkcji i usług.

Po nieudanych próbach odrzucenia poradnictwa zawodowego początek lat 60. zaowocował „odwilżą”, a ówczesne władze podjęły próby określenia jego modelu, wpisując poradnictwo zawodowe przede wszystkim w strukturę działań szkoły i marginalizując w ten sposób znaczenie profesjonalnej pomocy psychologicznej. W kształtującym się w Polsce po 1961 roku systemie orientacji i poradnictwa zawodowego najważniejszą rolę w procesie przygotowania uczniów do wyboru zawodu przypisano szkole. Na nauczycielach poszczególnych przedmiotów ciążył obowiązek kształtowania właściwych postaw młodzieży wobec pracy i rozwijania wiedzy o zawodach. Jednakże prowadzone w latach 70. ubiegłego wieku badania wśród nauczycieli² wykazywały, że je-

² G. Bigda, *Przygotowanie zawodoznawcze nauczyciela jako czynnik wpływający na orientację szkolną i zawodową uczniów*, IKZ, Warszawa 1977 (praca doktorska); S. Szajek, *Przygotowanie nauczycieli do realizacji celów kształcenia przedzawodowego (temat węzłowy 4.0.4.1.)*. Referat końcowy z badań, IKZ, Warszawa 1982; K. Zielińska, *Efektywność orientacji i poradnictwa zawodowego. Raport z badań w temacie węzłowym 11.4.1.3.*, IKZ, Warszawa 1985.

dynie w niewielkim zakresie realizowali zadania, które przed nimi postawiono w tym zakresie. Głównym tego powodem był brak właściwego przygotowania do tego typu działalności wychowawczej, brak właściwej motywacji, jak również niedocenywanie znaczenia poradnictwa zawodowego, zarówno przez samych nauczycieli, jak i przez nadzór pedagogiczny. W efekcie, absolwenci szkół nie uzyskiwali właściwej pomocy przy wyborze zawodu, a ich decyzje edukacyjno-zawodowe miały często przypadkowy charakter.

Aby przeciwdziałać tej sytuacji, władze podjęły próby reaktywowania poradnictwa zawodowego. W tym celu stworzyły program oddziaływań na uczniów szkół podstawowych i średnich poparty odpowiednimi aktami prawnymi. Za jego realizację uczyniły odpowiedzialnymi wiele różnych instytucji, wśród których największą rolę miały spełniać: szkoły, poradnie wychowawczo-zawodowe, zasadnicze szkoły zawodowe, służba zdrowia i zakłady pracy. Wszystkie instytucje należące do systemu orientacji i poradnictwa zawodowego były zobowiązane do współpracy na rzecz jak najlepszego przygotowania uczniów do wyboru zawodu i do przyszłej pracy.

Poradnictwo jako przedmiot zainteresowań poradoznawstwa. Rozwój nowej subdyscypliny naukowej

Pod koniec lat 70. rozwijające się poradnictwo zawodowe stało się przedmiotem badań przedstawicieli różnych nauk, głównie zaś pedagogów i psychologów. Obserwując przemiany kulturowe i przemiany na rynku pracy, naukowcy przewidywali, że zapotrzebowanie na różnego rodzaju poradnictwo będzie systematycznie rosło. Zaistniała zatem potrzeba stałego monitorowania tych przeobrażeń i tworzenia właściwych teoretycznych podstaw dla działalności praktyków poradnictwa. Uczestnicy Pierwszego Ogólnopolskiego Seminarium Naukowego, które odbyło się w dniach 26–28 listopada 1979 roku, podjęli decyzję o powołaniu nowej subdyscypliny pedagogicznej – **poradoznawstwa**³. W inicjatywę tę szczególnie zaangażowała się profesor Alicja Kargulowa. Budując poradoznawstwo, założono, że badacze skoncen-

³ Profesor Alicja Kargulowa jest twórcą subdyscypliny naukowej o nazwie poradoznawstwo. Poradoznawstwo według niej to interdyscyplinarny i interparadygmatyczny otwarty dyskurs na temat poradnictwa.

trują się na konstytutywnych cechach wszystkich rodzajów poradnictwa. Aby je wydobyć, postawiono wówczas trzy pytania (Kargulowa 2017):

- o jakich procesach psychicznych i społecznych mówimy, mając na myśli poradnictwo?
- jakie składają się na nie fakty, zdarzenia, sytuacje?
- jakie osiągane są w nim/dzięki niemu wartości?

Powstanie i rozwój poradoznawstwa przypadł na okres dynamicznych zmian modyfikujących cele i kształt realnego poradnictwa. Był to także czas przełomów paradygmatycznych w badaniach naukowych, wiążących się ze zmianami, zarówno w spojrzeniu na rolę samej nauki, jak i uprawiających ją badaczy.

Badania nad poradnictwem były prowadzone w różnych nurtach: neo-pozytywistycznym, humanistycznym, krytycznym i postmodernistycznym. W rezultacie w okresie badań pozytywistycznych dopracowano się języka, wyjaśniono najbardziej istotne dla poradnictwa pojęcia, wykryto najistotniejsze prawidłowości związane z procesem poradnictwa.

Nowe horyzonty w badaniach poradoznawczych otworzył paradygmat humanistyczny, gdy w centrum uwagi stanął człowiek, jako unikalna jednostka ludzka. Podjęto wtedy próby analizy poradnictwa, już nie jako części określonego systemu, w którym tkwią poszczególne jednostki, ale zaczęto koncentrować się na stanach psychicznych pojedynczych ludzi tworzących ten system, tj. na radzących się i doradcach, jako niepowtarzalnych jednostkach. Wyodrębniono wówczas trzy koncepcje poradnictwa: **poradnictwo dyrektywne, dialogowe i liberalne**.

Kolejny zwrot w uprawianiu badań poradnictwa, domagający się nabywania nowej wiedzy, zbiegł się z gwałtownymi przemianami w Polsce i Europie Środkowej po 1989 roku. Poszukiwano wtedy odpowiedzi na pytanie, komu potrzebne jest poradnictwo, prowadząc wiele badań terenowych. Podejmując analizy w nurcie krytycznym, zaczęto zastanawiać się również, jakie znaczenia nadawane są poradnictwu w ogóle.

Badania w kolejnym nurcie, postmodernistycznym, prowadzone były w okresie, kiedy poradnictwo „wyszło” z tradycyjnych instytucji – poradni – i fizycznie „wkroczyło” w różne obszary życia. Rzeczywistość potwierdziła wysunięte jeszcze w 1996 roku tezy, że o kształcie poradnictwa „decyduje kontekst kulturowy, polityczny, społeczny i ekonomiczny”. Do analizy i opisu tego stanu rzeczy nie wystarczyła posiadana wówczas wiedza metodologicz-

na, psychologiczna czy pedagogiczna. Nastąpił kolejny zwrot metodologiczny w prowadzonych badaniach. Sięgnięto do prac konstruktystów i symbolicznych interakcjonistów. Nastąpiło pełne otwarcie na poznanie poradnictwa Europy Zachodniej.

Ten multidyscyplinarny dyskurs nad praktyką poradniczą utrzymuje się w dalszym ciągu. Pojawiają się w nim ciągle nowe tematy i zagadnienia. Powstają nowe opracowania będące wynikiem prowadzonych badań i analiz. Na obecnym etapie rozwoju poradnictwa nadal jest wielowątkowym dyskursem – interdyscyplinarną i interparadygmatyczną narracją. Wiedza poradnicza nie jest bowiem wiedzą pełną, skończoną. Nie jest zamknięta na nowe treści (Kargulowa 2017).

Od poradnictwa dyrektywnego do poradnictwa dialogowego. Zmiana modeli poradnictwa zawodowego

Odpowiadając na zmieniające się potrzeby korzystających z poradnictwa osób, zmieniało ono swój charakter. Podejmując próbę zdefiniowania poradnictwa w pierwszym okresie jego rozwoju (lata 60.–80. XX wieku), Alicja Kargulowa stwierdziła, że **stanowiło ono system celowo organizowanych zabiegów wychowawczych, zmierzających bądź do przekształcenia dotychczasowych przekonań i postaw (a tym samym zmiany zachowań wychowanków), bądź do wytworzenia nowych, i dzięki temu pomaga przystosować się jednostce do otaczającej rzeczywistości**. Interweniuje więc w proces wychowania, jaki realizowany jest w relacji wychowawca – wychowanek lub wychowanek – środowisko, ale ujmuje wychowanka jako istotę nieprzystosowaną, winną zaadaptować się (w sensie: przystosować) do wymagań wychowawcy lub środowiska (Kargulowa 1979: 10). Zgodnie z tą definicją podmiotem (wówczas funkcjonowało pojęcie „przedmiotu”) oddziaływań poradniczych była **bezradna**, obciążona różnymi problemami **jednostka**. Ale nie tylko. Część teoretyków uważała bowiem, że trudności jednostki mogą być sygnałem zakłóconych stosunków w instytucji wychowawczej lub w otoczeniu i odwrotnie: kłopoty, jakie nastęrcza dziecko z racji upośledzeń, mogą zaburzyć prawidłowe funkcjonowanie instytucji (Ziemska,

1971). W tym ujęciu podmiotem (przedmiotem) oddziaływań poradniczych mogła być również instytucja wychowawcza, w tym rodzina.

Sytuacja podmiotu (przedmiotu) będącego celem oddziaływań poradniczych implikowała wybór określonej metody. Zastosowanie miały tutaj: metoda wpływu indywidualnego (oparta na przekonywaniu i dyskusji), metoda interwencji w organizację środowiska wychowawczego, metoda wpływu sytuacyjnego (Kargulowa 1979: 48). Posługując się pierwszą z wymienionych metod, doradca w relacji z klientem kładł nacisk na informowanie, wyjaśnianie, uświadamianie, instruowanie. Jednakże największe znaczenie w tym procesie miało przekonywanie radzącego się co do słuszności określonych racji, wyborów, decyzji, a rezygnacji z innych. Druga z wymienionych metod była skierowana do środowiska wychowawczego radzącego się podmiotu (przedmiotu). Celem oddziaływań było w tym przypadku takie zorganizowanie pracy różnych jego ogniw, aby wywierały właściwy, społecznie pożądany wpływ na rozwój jednostki. Interwencje tego typu opierały się na wywiadach środowiskowych, kierowaniu porad do instytucji wychowawczych i władz, organizowaniu doskonalenia nauczycieli oraz kształtowaniu świadomości rodziców. Z kolei metody wpływu sytuacyjnego znajdowały zastosowanie wobec jednostek z trudnościami wychowawczymi i adaptacyjnymi. Oddziaływaniami, głównie o charakterze korekcyjno-wychowawczym, obejmowano wtedy całą grupę, a wytworzone w niej sytuacje wywierały wpływ na zmianę zachowania poszczególnych jej członków (Kargulowa 1979: 49).

Warto zauważyć, że żadna z przywołanych metod nie uwzględniała relacji pomiędzy doradcą a „przedmiotem” oddziaływań. Takie podejście było typowe dla praktykowanego wówczas na szeroką skalę **doradztwa dyrektywnego**. Większość polskich poradodznawców (np. A. Kargulowa, B. Wojtasik i in.), charakteryzując doradztwo tamtego okresu, wskazuje na jego dyrektywny charakter i autorytatywne postawy doradców. Jednakże w rzeczywistości podejścia i koncepcje doradcze były bardziej zróżnicowane. Zwrócili na to uwagę m.in. Ch. Ertle i J.F. Adams, którzy scharakteryzowali najczęstszy wówczas model doradcy autorytatywnego i wyodrębnili także kilka innych modeli doradców i doradztwa zawodowego. Według Ch. Ertle **doradca autorytatywny** (w dzisiejszym ujęciu, dyrektywny, czy też doradca ekspert) sprawiał wrażenie umiejącego odpowiedzieć na wszystkie pytania i uważał siebie za eksperta w wielu dziedzinach, mającego prawo do podjęcia decyzji za klienta. Takie

poradnictwo J.F. Adams określił jako **skoncentrowane na doradcy**. Badacz ten wskazywał na jeszcze inne koncepcje poradnictwa, a mianowicie wyróżnił: **poradnictwo skoncentrowane na doradcy, ale bez cech autorytatywności**, które występowało szczególnie w działaniach doradczych związanych z przekazywaniem informacji zawodowej, **poradnictwo skoncentrowane na „pacjencie”**, w którym funkcja doradcy sprowadzała się do zadawania właściwych pytań, szerokiej interpretacji wyników badań psychometrycznych i przekonywania radzącego się, że ostateczną decyzję musi podjąć samodzielnie. Było ono realizowane wobec osób samodzielnie zgłaszających się po poradę, a więc świadomych swoich potrzeb i trudności (w dzisiejszym rozumieniu jest to doradztwo liberalne) i rzadko występujące wówczas **poradnictwo polegające na skoncentrowaniu niekierowniczym na „pacjencie”**, związane z nazwiskiem Ch. Rogersa, w którym doradca okazywał chęć zrozumienia i starał się ujrzeć sytuację oczami „pacjenta”. Podstawą sukcesu był w tym przypadku związek, który zaistniał pomiędzy doradcą a „pacjentem”. Rola doradcy ograniczała się wtedy do słuchania i streszczania wypowiedzi radzącego się oraz wyjaśniania jej najważniejszych elementów (za: Kargulowa 1979: 38–39). Model ten odnajdujemy w obecnym poradnictwie dialogowym.

Najczęściej jednak, zwłaszcza w krajach socjalistycznych, znajdował zastosowanie model poradnictwa autorytatywnego (dyrektywnego). Dopiero z początkiem lat 90. XX wieku, wraz z przemianami gospodarczo-społecznymi w Polsce i innych krajach obozu socjalistycznego, interwencje poradnicze ulegały stopniowej liberalizacji z uwzględnieniem prawa radzącego się do podjęcia ostatecznej decyzji (**poradnictwo liberalne**). Z kolei ostatni model poradnictwa wyodrębniony przez Adamsa (poradnictwo niekierownicze skoncentrowane na „pacjencie”) został zaadaptowany przez współczesnych teoretyków poradnictwa (np. M. Savickas, J. Guichard, A.M. Di Fabio, E. Duarte i in.) i odnajdujemy go w modelu poradnictwa konstruowania kariery i życia (*Life Design*) w formie **poradnictwa dialogowego**.

Paradygmat *Life Design* we współczesnym poradnictwie

W erze ponowoczesnej społeczeństwa stają się coraz bardziej złożone i niestabilne. Nieustannie zmienia się świat pracy. Stąd też wymaga się od jed-

nostek radzenia sobie z rosnącą liczbą tranzycji w życiu zawodowym (Savickas 2011). Rzeczywistość staje się płynna i coraz trudniejsza do przewidzenia. Od pracowników wymaga się samodzielnego podejmowania decyzji dotyczących kariery zawodowej oraz nieustannego pogłębiania swojej wiedzy i rozwijania umiejętności, jak również elastyczności i otwartości niezbędnych w procesie konstruowania kariery (Savickas 2011). W kontekście przemian wiele teorii wypracowanych w XX wieku (Parsonsa, Supera, Hollanda, Claparede'a, Bineta, Pierona) ulega dewaluacji. Poddane krytycznemu oglądowi ukazującemu ich ograniczenia, ukierunkowują myślenie na „potrzebę wypracowania nowych instrumentów analitycznych”, odnoszących się do jakości życia współczesnego społeczeństwa w dynamicznym procesie zmian (Manterys, Mucha 2009).

Niezbędne zatem staje się przejście od tradycyjnego paradygmatu i teorii skoncentrowanych na wyborach zawodowych oraz na diagnostyce (z wykorzystaniem psychometrii) potencjału rozwoju zawodowego i osobowości podmiotu do teorii skoncentrowanych na projektowaniu karier, na autodiagnozie możliwości i barier tkwiących w podmiocie i zastanych w środowisku, w świecie, na dociekanii, „kim się człowiek staje”, „jak się człowiek staje”, w zależności od kontekstów, w których jest osadzony (Bańka 2007: 48).

Jedną z pierwszych teorii odpowiadających potrzebom człowieka XXI wieku opartych na nowym paradygmacie *Life Design* była zaprezentowana przez amerykańskiego psychologa Marka Savickasa **teoria konstrukcji kariery**. Stanowi ona uaktualnienie, rozwinięcie i integrację segmentów teorii rozwoju zawodowego D. Supera i koncentruje się na zagadnieniach osobowości zawodowej i przystosowalności do kariery. Savickas akcentuje, że każda jednostka jest predestynowana do wykonywania różnych zawodów, jak i wiele różnych osób może wykonywać ten sam zawód (Patton, McMahon 2006: 63). W procesie konstruowania kariery eksponuje się pracę podmiotu nad sobą, jego permanentny udział w życiowych projektach i wielopłaszczyznowych procesach, a także nabywanie doświadczeń i zdolności do samodzielności (Savickas 2013: 148). W praktycznej działalności poradniczej Savickas proponuje wykorzystywać metody narracyjne, umożliwiające jednostkom przepracowanie swoich problemów dzięki zdolności do refleksyjnego myślenia i konstruowania celu ważnego dla siebie i społeczeństwa (Savickas 2011). Sytuuje to poradnictwo jako proces, w którym kariera jest kreowana poprzez narracje i opowieści stanowiące narzędzia konstruowania tożsamości (za: Duarte 2014).

Uzupełnieniem teorii Savickasa jest **teoria konstrukcji życia** Francuza Jeana Guicharda, który swoją nowoczesną teorię oparł na założeniu, że we współczesnym świecie konstruowanie kariery nie może się ograniczać do planowania życia tylko w sferze zawodowej, gdyż ta sfera aktywności człowieka jest jedynie elementem złożonego procesu konstruowania tożsamości osobowej poszczególnych jednostek. Guichard podkreśla, że dokonywane przez człowieka wybory są zależne od kapitału kariery (kompetencji) i kapitału tożsamości, które jednostki (aktorzy) muszą rozpoznać, aby nadać kierunek oraz sens swojemu życiu i pracy. W tym procesie niezaprzeczalne znaczenie ma pomoc profesjonalnych doradców zawodowych. J. Guichard wskazuje trzy rodzaje interwencji doradczej na etapie projektowania życia i kariery zawodowej. Są to: **informowanie, poradnictwo i dialog**.

Interwencje pierwszego typu mają na celu instruowanie ludzi, w jaki sposób odnaleźć potrzebne i wiarygodne informacje zawodowe i uzyskać odpowiedź na podstawowe pytania, a mianowicie: Poprzez jakie działania można zwiększyć szanse na zatrudnienie? Jakie są perspektywy zatrudnienia? Jakie są procedury rekrutacji w danej organizacji? Interwencje drugiego typu są z kolei pomocne przy wytyczaniu planu własnego rozwoju zawodowego. Ich celem jest pomoc klientom w samoocenie zawodowej poprzez pewien rodzaj refleksji nad sobą i posiadanym doświadczeniem. Jak podkreśla Guichard, oznacza to, że klient musi nauczyć się odnosić do siebie i swoich doświadczeń w określony sposób, tj. potrafić dokonać refleksji na temat, jakie posiada kompetencje i doświadczenia ukształtowane w życiu, a przydatne w pracy, którą chciałby wykonywać, jakie potrzeby i wartości chciałby realizować w pracy i wreszcie określić w sposób globalny zasoby, które umożliwią mu zdobycie zatrudnienia i pracę na pożądanym stanowisku (portfolio kompetencji). Interwencje trzeciego typu to wykorzystanie dialogów w projektowaniu życia. Dialogi są tak prowadzone, aby klient mógł określić swój system wartości – to, co jest dla niego najważniejsze w życiu, co stanowi jego rdzeń (łożysko) i nadaje życiu sens i kierunek. W tak ukierunkowanych dialogach wykorzystywane są trzy perspektywy czasowe: przeszłość, teraźniejszość i przyszłość, które są od siebie zależne i tworzą znaczącą całość. Odwołanie się do wydarzeń z przeszłości i refleksja na temat teraźniejszości umożliwia klientom rozwój świadomości własnego *Ja* i stworzenie konstrukcji swojego życia i kariery zawodowej (Guichard 2016: 27–30). „Odbywa się to poprzez nadawanie znaczeń swojemu zawodowemu zachowaniu i doświadczeniom” (Patton, McMahon 2006: 63).

W tym kontekście, jak podkreśla A. Kargulowa, doradztwo jest zorientowane na „zwiększenie zasobu wiedzy klienta w określonej dziedzinie, na powiększanie jego kompetencji i tym samym głównie mentalne wspomaganie radzącego się, zmagającego się z problemami” (Kargulowa 2010: 11).

Działalność poradnicza nie jest więc możliwa bez relacji opartej na dialogu prowadzonym zgodnie z założeniami przyjętej teorii; działalność ta musi stawiać na wzajemne zrozumienie się i na upodmiotowienie klienta. Powinna być rozłożona na kilka etapów: 1) określenie problemu klienta w jego głównym kontekście, 2) badanie obecnego systemu subiektywnych form tożsamości uznawanych przez klienta, 3) otwieranie perspektyw zmiany, 4) umiejscowienie jego problemów w nowej historii życia, 5) konkretyzacja działań i aktualizacja tożsamości (Duarte 2015).

Pojawia się zatem nowy wymiar działania doradcy i rozumienia jego roli, jego stylu poradniczej pracy, polegającej na współkonstruowaniu, na wpasowaniu pracy w życie oraz życia w pracę, z nadrzędnym celem w postaci poszukiwania prawdziwej wiedzy, a w efekcie – dążenia do odnalezienia istoty, celu i powiązanych z nimi kategorii sensu życia (Spętana 2015: 159).

Możliwości i ograniczenia związane z wykorzystaniem modelu *Life Design* w procesie konstruowania życia i kariery zawodowej przez młodzież i osoby dorosłe

W chaosie współczesnej rzeczywistości jednostki mają jeszcze większe trudności z odnalezieniem się, niż to miało miejsce kiedyś. Dlatego w koncepcjach nastawionych na pozytywny rozwój młodzieży psycholodzy i doradcy koncentrują się na rozwoju ich mocnych stron i na potencjale, które są niezbędne przy aktywnym stawianiu przez nich czoła złożoności epoki postmodernistycznej i umożliwiają całowyciowe zarządzanie sobą. Z uwagi na te potrzeby została wypracowana koncepcja **pozytywnego całowyciowego kierowania sobą i relacjami**, która odnosi się do rozwoju mocnych stron poszczególnych osób, potencjału i różnorodnych talentów, w perspektywie rozwoju człowieka przez całe życie i pozytywnej dialektyki *Ja* w narracjach (Di Fabio 2014: 17). Jest ona symbiozą dwóch najbardziej znanych koncepcji XXI wieku, o których była już mowa powyżej, tj. koncepcji konstruowania

kariery – M. Savickasa i konstruowania życia – J. Guicharda. Koncepcja pozytywnego całozyciowego kierowania sobą i relacjami dostrzega znaczenie dwóch kluczowych postmodernistycznych kompetencji: adaptacyjności i poczucia tożsamości. Praca nad ich rozwijaniem u młodych ludzi przyczynia się w efekcie do wyrażania autentycznego *Ja*, czyli umożliwia kształtowanie własnej tożsamości, co jest niezwykle istotne przy podejmowaniu decyzji zawodowych i życiowych (Di Fabio 2014: 16–17).

Niektórzy badacze uważają jednak, że wiek szkolny nie daje biologicznych (głównie psychicznych) podstaw i możliwości, aby młodzież była w stanie określić swoją tożsamość, w tym tożsamość zawodową, i zaplanować swoją przyszłość. Polski psycholog pracy A. Bańka uważa, że młody człowiek jest dojrzały do planowania swojej kariery (zarządzania sobą), jeżeli posiada określony stopień samoświadomości, wiedzy o zawodach, jak również jest zdolny do zaplanowania swojego rozwoju (Bańka 2005: 152). Inni badacze (m.in. A. Bandura, K.M. Taylor i N.E. Betz) podkreślają zgodnie, że ważne jest nie tyle obiektywne (zdiagnozowane przez osoby z zewnątrz) posiadanie tej dojrzałości, co subiektywne poczucie jej posiadania. To przekonanie procentuje bowiem w postaci poczucia własnej sprawczości i skuteczności oraz ma bezpośredni związek z podejmowanymi przez jednostkę decyzjami żywotnymi i zawodowymi. Daje się też zauważyć prostą zależność, że im większe poczucie skuteczności podejmowanych decyzji, tym silniejsze przekonanie o własnych pozytywnych zasobach, zaletach i umiejętnościach i tym większą skalę przybierają zachowania ukierunkowane na własną karierę zawodową (za: Paszkowska-Rogacz 2015: 86). Z kolei słabe poczucie skuteczności (badaniami zajął się m.in. Hackett, 2002) jest uwarunkowane lękiem przed procesem podejmowania decyzji i ich przyszłymi konsekwencjami. U podstaw takich zachowań może, według tego badacza, leżeć brak gotowości do podejmowania tego typu decyzji. Do tego dochodzi jeszcze fakt, że młodzi ludzie (uczniowie) nie mają zazwyczaj żadnych doświadczeń związanych z pracą zawodową, a szkoła nie jest w stanie takowych im dostarczyć poprzez niewystarczającą praktyczność i dialogiczność edukacji. Dlatego nowoczesne koncepcje poradnictwa kariery Savickasa i Guicharda zastosowane w pracy z młodzieżą szkolną mogą nie przynosić pożądaných efektów. Z powodzeniem jednak teorie konstruowania kariery i konstruowania życia mogą być wykorzystywane w pracy z osobami dorosłymi, z ukształtowanym własnym *ego*, zdolnymi do samooceny i refleksyjnego myślenia.

Zakończenie

Poradnictwo zawodowe przeżyło rozkwit w okresie modernizmu, kiedy było ważnym orężem, z jednej strony dla zagubionych, nieświadomych swoich kompetencji i predyspozycji zawodowych jednostek, z drugiej zaś – dla przemysłu, wyrażającego rosnące zapotrzebowanie na pracowników o odpowiednich kwalifikacjach i umiejętnościach. Wypracowane na tym etapie metody i narzędzia badawcze świetnie odpowiadały na te potrzeby.

Po drugiej wojnie światowej poradnictwo w Polsce przeżywało kryzys. Zaczęło się odradzać dopiero z początkiem lat 60. XX wieku, kiedy państwo powołało system poradnictwa zawodowego, którego najważniejszym ogniwem miała być szkoła. Nauczyciele nie do końca jednak wywiązywali się z narzuconej im roli doradców. Skutkowało to niską efektywnością pracy szkoły (i również poradni wychowawczo-zawodowej) w zakresie przygotowania uczniów do wyboru zawodu.

Potrzeba prowadzenia badań nad poradnictwem stała się głównym motywem powołania nowej subdyscypliny naukowej – poradoznawstwa. Badacze poradoznawcy przyczynili się do powstania bogatej teorii poradnictwa, która obrazuje jego przemiany, jak również zarysowuje nowe potrzeby w tym zakresie. Wypracowany nowoczesny model poradnictwa zawodowego oparty na paradygmacie *Life Design* wykorzystywany jest tylko przez niektórych doradców, gdyż istnieje ogromny rozdźwięk pomiędzy teorią a praktyką poradnictwa. Ta ostatnia zatrzymała się w Polsce, niestety, na latach 70., 80. minionego wieku.

Bibliografia

- Bańka A. (2007), *Psychologiczne doradztwo karier*, Wyd. Print-B, Poznań.
- Duarte M.E. (2014), *Poradnictwo w konstruowaniu życia. Cele, procesy, instrumenty*, „Studia Poradoznawcze”.
- Di Fabio A. (2014), *Poradnictwo kariery i psychologia pozytywna XXI wieku. Nowe konstrukty i sposoby oceny skuteczności działań doradczych*, „Studia Poradoznawcze”.
- Guichard J., *Poradnictwo konstruowania życia i pracy na rzecz budowy zrównoważonego ludzkiego świata/Life – and working – design interventions for constructing a sustainable human(e) world*, „Studia Poradoznawcze” / ”Journal of Counsellogy” 2016.

- Kargulowa A. (1979), *Praca poradni wychowawczo-zawodowej. Model empiryczny i różnicowanie się funkcji*, Instytut Wyd. CRZZ, Warszawa.
- Kargulowa, A. (2010), *Zmiany w polskim poradnictwie (Changes in counselling in Poland)*, „Edukacja Dorosłych”, nr 1.
- Kargulowa A. (2017), Referat pt. *Poradownawstwo przestrzeni edukacyjnego dyskursu*, wygłoszony na XXX Forum Pedagogów „Współczesne przestrzenie dyskursu nad edukacją”, zorganizowanym przez Instytut Pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego w dniach 20–21 listopada 2017 r.
- Manterys A., Mucha J. (2009), *Nowe perspektywy teorii socjologicznej. Punkt widzenia 2009*, [w:] A. Manterys, J. Mucha (red.), *Nowe perspektywy teorii socjologicznej (New perspectives of sociological theory: The 2009 point of view)*, Zakład Wyd. Nomos, Kraków.
- Paszkowska-Rogacz A. (2015), *Orientacja temporalna młodzieży a jej dojrzałość do planowania kariery*, „Studia Poradownawcze”.
- Patton W., McMahon M. (2016), *Career Development and Systems Theory: Connecting Theory and Practice*, Rotterdam.
- Savickas M.L. (2011), *Carrer counseling*, American Psychological Association.
- Savickas M.L. (2013), *Career Construction Theory and Practice*, [w:] R.W. Lent, S.D. Brown (red.), *Career development and counseling: Putting theory and research to work*, Wiley, Hoboken, NJ.
- Spętana J. (2015), *Maria Eduarda Duarte, Poradnictwo i Life designing: Jak pomagać w konstruowaniu kariery? O poszukiwaniu wiedzy i sensu życia w poradnictwie kariery*, Katedra UNESCO, Instytut Pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, 19–20 maja 2015 r., „Studia Poradownawcze”.
- Zytowski D.G. (2001), *Frank Parsons and the progressive movement*, “The Carrer Development Quarterly”.

Streszczenie

Artykuł prezentuje przemiany polskiego poradnictwa zawodowego od okresu międzywojennego do czasów współczesnych. Autorka zaprezentowała w nim modele i koncepcje poradnictwa zawodowego zmieniające się wraz z przemianami społecznymi, gospodarczymi i politycznymi w Polsce.

W artykule ukazano także sprawy problematyczne, które na różnych etapach rozwoju i funkcjonowania poradnictwa zawodowego uniemożliwiały jego pełne wykorzystanie w procesie wspierania rozwoju zawodowego młodego człowieka i w podejmowaniu przez niego decyzji edukacyjno-zawodowych.

Słowa kluczowe: poradnictwo zawodowe, historia poradnictwa, poradownawstwo, modele poradnictwa, paradygmat *Life Design*

From directive to dialogue. Transformations of Polish vocational guidance

Summary

This article presents the transformations of Polish career guidance from the interwar period up to the present. The author presented models and concepts of career guidance changing alongside social, economic and political transitions in Poland. Special emphasis has been put on the elements, which were the core of previous theoretical concepts and practical approaches, and have survived to the contemporaneity and constitute an important foundation for new models of career guidance.

The article also shows problematic issues of vocational guidance which prevented its full usage in the process of professional development and decision-making support of the young at various stages of guidance development and functioning.

Key words: Vocational guidance, history of guidance, counseling, various models of guidance, *Life Design* paradigm

Agnieszka Belcer

Doradztwo zawodowe w szkole – kluczowy element wsparcia ucznia w wyborach edukacyjno-zawodowych

Wprowadzenie

Poradnictwo zawodowe to zajęcie wszechstronne – doradztwo jest zagmatwaną zagadką, gdzie tory rozumu łączą w sobie nieudolną szarpaninę z precyzją, by wydrzeć sens z nonsensu, mozolny proces, jak wiązanie fragmentów składanki aż powstanie obraz.
S.T. Gladding

Dokonujące się obecnie na świecie przeobrażenia polityczne, społeczne i gospodarcze powodują ciągle zmiany w organizacji pracy, ale również wyborze zawodu i ścieżek kształcenia. Doradztwo zawodowe adresowane jest zarówno do młodych osób, które mają przed sobą wybór dalszej drogi edukacyjnej i zawodowej, a także do osób dorosłych, które rozpoczęły już karierę zawodową i chcą rozwijać się w wybranym kierunku lub planują się przekwalifikować. Aktualnie wybór ścieżki zawodowej nie jest traktowany jako jednorazowa decyzja, ale jako proces uczenia się i rozwoju, który trwa całe życie. Decyzje zawodowe jednostek nie wpływają tylko na ich życie, ale również dają impuls do budowania zamożności całego kraju. „Z tej perspektywy – jak wskazuje A. Paszkowska-Rogacz (2009: 13–14) – problematyka doradztwa zawodowego wydaje się ważniejsza, niż jest postrzegana”.

Biorąc pod uwagę współczesny rynek pracy, różnorodność zawodów, oczywiście jest, że proces rozwoju zawodowego powinien stanowić ważny element edukacji w różnych fazach kształcenia i musi być wspierany przez odpowiednio do tego przygotowanych specjalistów – doradców zawodowych, pomagających w formułowaniu celów oraz podejmowaniu racjonalnych decyzji zawodowych. Planowanie kariery zawodowej ma na celu „wyposażenie jednostki w ogólną wiedzę o zawodach i możliwościach kształcenia oraz w uniwersalne umiejętno-

ści realnego wyboru zawodu lub zmiany, a także w umiejętności radzenia sobie na rynku pracy. Droga do nabycia tych umiejętności może prowadzić przez samopoznanie i samoocenę: zdolności, zainteresowań i cech osobowości, a następnie przez konfrontowanie ich z wymaganiami zawodowymi i sytuacją na rynku pracy. W praktyce oznacza to konieczność zapewnienia jednostce możliwości korzystania z profesjonalnej pomocy doradczej, która będzie sprzyjać rozwijaniu umiejętności przydatnych jednostce w każdym wieku, aby potrafiła brać odpowiedzialność za własną przyszłość, by była przygotowana do podejmowania świadomych wyborów i decyzji. I tu właśnie jest miejsce na poradnictwo zawodowe, bowiem spełnia ono doniosłą rolę na drodze planowania i tworzenia życiorysu zawodowego człowieka” (Pakiet edukacyjny... 2015: 7).

Doradztwo zawodowe i jego istota

[...] doradztwo zawodowe nie służy tylko wybraniu zawodu, a przede wszystkim budowaniu kariery zawodowej w dłuższej perspektywie, przy założeniu zmienności rynku pracy i wielce prawdopodobnej wielokrotnej konieczności przekwalifikowywania się pracowników w XXI wieku.

T. Sobierajski

W literaturze przedmiotu można spotkać rozbieżności w definiowaniu określeń „doradztwo zawodowe” i „poradnictwo zawodowe”. Wśród autorów publikacji i praktyków nie istnieje rozgraniczenie obu pojęć – są one synonimami, stosowanymi zamiennie. Dostrzegając różnicę między tymi pojęciami, można stwierdzić, że polega ona na dostrzeganiu problemu przez radzącego się bądź przez doradcę. W poradnictwie problem „rodzi się” w świadomości radzącego się, zaś w doradztwie – w świadomości doradcy. B. Wojtasik (1997: 14) szerzej rozumie tę różnicę, łącząc ją również z zaakcentowaniem roli doradcy w procesie doradzania. Zdaniem autorki w poradnictwie radzący się i doradca są partnerami, a problem rodzi się w głowie osoby korzystającej z porady. Natomiast w doradztwie aktywność leży po stronie doradcy i to w jego głowie rodzi się problem doradcy.

A. Kargulowa (2010: 10) jest zdania, że poradnictwo to relacja dwuosobowa, której nazwa, przy użyciu przedrostka „po” „wskazuje, że jego sens tkwi w po-wtarzaniu, po-prawianiu, po-wracaniu do przeżyć, przemyśleń i podjętych przez radzącego się działań; relacją konstruowaną dzięki refleksyjnemu, czyli

analitycznemu udziałowi w nim doradcy i radzącego się, jest wejściem w interakcję »pomocową« i rozpoczęciem współdziałania z doradcą (co ma miejsce wówczas, gdy ubieganie się radzącego się o poradę jest jego dobrowolnym »przedsięwzięciem) lub podjęciem swoistej walki (gdy radzący się wchodzi w relację pod presją rodziny bądź środowiska)”. Doradztwo zaś – jak sygnalizuje przedrostek „do” – „polega na do-dawaniu, do-łączaniu, jest najczęściej zorientowane na zwiększenie zasobu wiedzy klienta w określonej dziedzinie, na powiększenie jego kompetencji, i tym samym głównie mentalne wspomaganie radzącego się zmagającego się z problemami” (Kargulowa 2010: 11).

Zgodnie z definicją zaczerpniętą ze *Słownika 100 tysięcy potrzebnych słów* doradca to „ten, kto udziela porad” (Bralczyk 2008: 131). Jak zauważa A. Paszkowska-Rogacz, najbardziej syntetyczną definicję doradztwa zawodowego przedstawiają D. Brown i L. Brooks. Według definicji zaproponowanej przez autorów „doradztwo zawodowe jest procesem interpersonalnym, którego celem jest towarzyszenie jednostce w sytuacji rozwoju kariery” (Brown, Brooks 1990, za: Paszkowska-Rogacz 2009: 19).

F. Znaniecki (1984: 313–315) wskazuje, że pierwotnie istniały dwie grupy doradców – kapłan i doradca świecki. Kapłan pełnił funkcję praktyczną, tłumaczył tajemne znaki bogów i niepojęte dla ludzi fakty, a także przepowiadał przyszłość. Doradca świecki zaś to najczęściej starzec, który wycofał się z życia czynnego, lecz poprzednio był autorytetem w swojej dziedzinie. Niekiedy doradcą stawał się przybysz z innego kraju, podróżnik wyróżniający się wszechstronną wiedzą czy właściciel dużego majątku w społeczności wiejskiej, obdarzany przez chłopów dużym zaufaniem. Dalej autor dodaje, iż wiedza osób udzielających rad powinna być znacznie rozleglejsza niż tych, którzy zwracali się o radę, oraz powinna „obejmować szeroki zakres godnych zaufania obserwacji działań zawodowych innych ludzi w rozmaitych rolach” (Znaniecki 1984: 315).

Doradca jest jednym z członów podmiotu poradnictwa i – jak pisze A. Kargulowa (2011: 39) – „pod jego adresem kierowany jest pewien zespół społecznych oczekiwań i wymagań, dotyczących zarówno jego umiejętności, wiedzy, kompetencji, jak i cech osobowości”. R. Lamb (1998: 11–12) dodaje, iż doradca zawodowy „pomaga osobom, które muszą stawić czoła problemom bezpośrednio związanym z zatrudnieniem, z reguły polegającym na wyborze, zmianie lub dostosowaniu do zatrudnienia. Pomagając klientowi, doradca rozważa wewnętrzne i zewnętrzne czynniki, [...] mogące mieć wpływ na jego przyszłość.

Tak więc doradca zawodowy zajmuje się osobistym potencjałem klienta, jego silnymi i słabymi stronami, oraz pomaga klientowi w zrozumieniu fizycznych, umysłowych i emocjonalnych procesów rozwoju, jakim podlega człowiek. Doradca musi również rozumieć te procesy, aby móc wykorzystać istniejące środki, instytucje, szkolenia i możliwości zatrudnienia z korzyścią dla klienta”.

Doradcy zawodowi towarzyszą ludziom od ponad stu lat. Za pomocą swojej wiedzy i narzędzi wspierają klientów w podjęciu właściwej decyzji edukacyjno-zawodowej. T. Sobierajski (2013: 8) zwraca uwagę, iż w odniesieniu do doradztwa zawodowego realizowanego w XXI wieku można być pewnym jednego – rozwój zawodowy człowieka trwa przez całe życie. Autor słusznie zauważa, że „doradztwo zawodowe jako element wsparcia człowieka w wyborach edukacyjno-zawodowych i jeden z filarów kształcenia przez całe życie [...] będzie towarzyszył człowiekowi do ostatnich dni” (Sobierajski 2013: 8).

W Polsce poradnictwo zawodowe przypisano dwóm resortom: resortowi edukacji (Ministerstwo Edukacji Narodowej) oraz resortowi pracy i polityki społecznej (Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej). Oba te resorty posiadają odrębne przepisy prawne regulujące i określające działania w zakresie orientacji, poradnictwa i informacji zawodowej.

Ministerstwo Edukacji Narodowej odpowiada za całość zadań z zakresu orientacji i poradnictwa zawodowego w stosunku do dzieci i młodzieży. Jest ono realizowane w ramach poradni psychologiczno-pedagogicznych i szkół. Ponadto, aby wzmocnić system doradztwa zawodowego w oświacie, zostały powołane szkolne ośrodki kariery (SzOK), których głównym celem jest kompleksowe przygotowanie uczniów do dalszej drogi kształcenia i zawodu. Warto w tym miejscu również wspomnieć o akademickich biurach karier działających przy uczelniach wyższych, których adresatami są studenci i absolwenci uczelni.

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej odpowiada z jednej strony za poradnictwo zawodowe głównie osób dorosłych, zaś z drugiej strony za poradnictwo młodzieży. W ramach tego resortu usługi świadczą wyspecjalizowane placówki – centra informacji i planowania kariery działające przy wojewódzkich urzędach pracy, których celem jest świadczenie usług poradnictwa i informacji zawodowej dla osób bezrobotnych i poszukujących pracy. Działania z zakresu doradztwa zawodowego prowadzone są również przez Ochotnicze Hufce Pracy, realizujące działania na rzecz młodzieży, w szczególności młodzieży zagrożonej wykluczeniem społecznym oraz bezrobotnych do 25. roku życia.

Działalność szkolnego doradcy zawodowego

Dobry doradca to taki, który wyposażony jest w szósty zmysł,
pozwalający na wychwycenie zmian społecznych, gospodarczych,
budowanie prognoz na podstawie rzetelnych danych. To ktoś, kto posiada
„słuch społeczny” i potrafi rezonować z otaczającym nas społecznym światem.

T. Sobierajski

Według A. Łukaszewicz (2008: 39) szkolny doradca zawodowy pełni rolę animatora działań szkoły w sferze orientacji, informacji i poradnictwa zawodowego, a także twórcy wewnątrzszkolnego systemu doradztwa, realizatora wyznaczonych zagadnień. Udziela informacji i porad indywidualnych różnym grupom odbiorców. Szkolny doradca zawodowy, jako pracownik szkoły lub placówki edukacyjnej, powinien w porozumieniu z radą pedagogiczną zorganizować zespół, który sporządzi program działań wewnątrzszkolnego systemu doradztwa, zdefiniuje wykonawców własnych, czyli pracowników szkoły oraz organizacje lub osoby, które te zadania będą urzeczywistniać.

Szkolny doradca zawodowy to etatowy pracownik szkoły z wydzielonym pensum godzin na realizację zadań. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 sierpnia 2017 r. w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli (Dz.U. 2017, poz. 1575) szkolnym doradcą zawodowym może być osoba, która ukończyła:

- 1) studia drugiego stopnia lub jednolite studia magisterskie w zakresie doradztwa zawodowego oraz posiada przygotowanie pedagogiczne lub studia drugiego stopnia lub jednolite studia magisterskie na dowolnym kierunku (specjalności) i studia podyplomowe w zakresie doradztwa zawodowego oraz posiada przygotowanie pedagogiczne;
- 2) studia pierwszego stopnia w zakresie doradztwa zawodowego oraz posiada przygotowanie pedagogiczne lub studia pierwszego stopnia na dowolnym kierunku (specjalności) i studia podyplomowe w zakresie doradztwa zawodowego oraz posiada przygotowanie pedagogiczne.

W świetle Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2017, poz. 1591) do zadań doradcy zawodowego należy w szczególności:

- 1) systematyczne diagnozowanie zapotrzebowania uczniów na informacje edukacyjne i zawodowe oraz pomoc w planowaniu kształcenia i kariery zawodowej;
- 2) gromadzenie, aktualizacja i udostępnianie informacji edukacyjnych i zawodowych właściwych dla danego poziomu kształcenia;
- 3) prowadzenie zajęć związanych z wyborem kierunku kształcenia i zawodu oraz planowaniem kształcenia i kariery zawodowej;
- 4) koordynowanie działalności informacyjno-doradczej prowadzonej przez szkołę i placówkę;
- 5) współpraca z innymi nauczycielami w tworzeniu i zapewnieniu ciągłości działań w zakresie doradztwa edukacyjno-zawodowego;
- 6) wspieranie nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych i innych specjalistów w udzielaniu pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Jak zauważa J. Kowalczyk (2005, za: Wolska-Długosz 2010: 277), szkolny doradca powinien posiadać umiejętności postępowania z ludźmi i zdolności przekonywania. Kluczowe jest również wzajemne zrozumienie, dlatego powinien on mówić prostymi, zrozumiałymi zdaniami, a także przejawiać umiejętność słuchania i obserwacji, z którymi łączy się również empatia, czyli dostrzeganie i wczuwanie się w problemy innych. Natomiast cechami, jakimi musi wyróżniać się doradca, są: bezstronność i tolerancja, komunikatywność, szacunek dla niezależności ucznia, wzbudzanie zaufania, subtelność, przedsiębiorczość, skuteczność, otwartość na zmiany, umiejętność współpracy oraz świadomość własnych ograniczeń w zakresie udzielania pomocy.

Profesjonalna pomoc szkolnych doradców zawodowych – jak podkreśla A. Łukaszewicz (2008: 39) – niesie wiele pozytywnych efektów dla szkół i placówek, czyli:

- 1) gwarantuje systematyczne oddziaływanie na uczniów w zakresie planowych działań, realizowane metodami aktywnymi;
- 2) zapewnia udzielanie uczniom pomocy w wyborze i selekcji informacji dotyczących edukacji i rynku pracy, odpowiednio do planowanego przez nich kierunku rozwoju zawodowego;
- 3) zwiększa trafność podejmowanych przez uczniów decyzji edukacyjnych i zawodowych, a także zmniejsza koszty emocjonalne i ekonomiczne wynikające z niewłaściwych wyborów;
- 4) obniża społeczne koszty kształcenia dzięki poprawieniu trafności wyborów na kolejnych etapach edukacji;

5) przybliżyć rozwiązania polskie do standardów krajów UE.

W. Machalica, psycholog oraz dyrektor Centrum Wspierania Rozwoju Dzieci i Młodzieży „Klub”, jest zdania, że „głównym zadaniem stojącym przed doradcami jest poszerzanie i pogłębianie wiedzy o potencjale wiedzy i umiejętności młodego człowieka. Młodzież powinna umieć zadać pytania i odpowiedzieć na nie samodzielnie [...]. Do takich pytań należą: Co mnie najbardziej w życiu interesuje? Co lubię robić? Co mnie pasjonuje? Co chcę osiągnąć? Kim chcę być? Czego najbardziej nie lubię robić? Jakie mam zdolności, predyspozycje, jakie zalety i jakie wady? Ważnym jest też uświadomienie młodemu człowiekowi, że w ciągu całej drogi życiowej będzie się nieustannie rozwijać, uczyć, szkolić i też zmieniać swoje zainteresowania i pasje. Zmiany powodują rozwój, czyli konieczna jest szeroka perspektywa planowania swoich miejsc pracy i pasji w przyszłości, ale uwzględniająca marzenia, zainteresowania i predyspozycje” (Kujawińska, Więcek-Janka, Goliński 2015: 12).

Wewnątrzszkolny system doradztwa zawodowego

Dobrze zorganizowany wewnątrzszkolny system doradztwa mógłby prowadzić młodzież, podczas [...] cyklu nauki, przez wszystkie tematy niezbędne do podjęcia racjonalnych decyzji edukacyjnych i zawodowych.
A. Łukaszewicz

Zadania z zakresu doradztwa zawodowego są zebrane w dokumencie szkolnym pn. Wewnątrzszkolny system doradztwa zawodowego (WSDZ). Najczęściej przyjmuje się za A. Łukaszewicz (2003: 27), że wewnątrzszkolny system doradztwa zawodowego jest to „ogół działań podejmowanych przez szkołę w celu przygotowania uczniów do wyboru zawodu, poziomu i kierunku kształcenia. System powinien określać: role i zadania nauczycieli w ramach rocznego planu działań, czas i miejsce realizacji zadań, oczekiwane efekty, metody pracy”. Wewnątrzszkolny system doradztwa jako część programu wychowawczego szkoły ma być realizowany przez nauczycieli lub pracowników współpracujących ze szkołą (Łukaszewicz 2008: 33).

WSDZ „winien zapewnić uczniowi możliwość zdobycia wiedzy m.in. na temat procesu podejmowania racjonalnych decyzji edukacyjno-zawodowych, konsekwencji dokonanych wyborów, metod poszukiwania pracy.

Istotną rolą WSDZ jest również wyposażenie ucznia w wiedzę i umiejętności konieczne w planowaniu kariery zawodowej, tj.: poznanie własnych zasobów i predyspozycji zawodowych, reguł regulujących rynek pracy i źródeł informacji dotyczących lokalnego rynku pracy oraz trendów ogólnopolskich i europejskich” (Pfeiffer 2014: 57). Co więcej, WSDZ „daje realną możliwość zdobycia wiedzy i umiejętności niezbędnych do znalezienia swojego miejsca w świecie pracy, (re)konstruowania kariery zawodowej przez całe życie”, ale również „zapewni uczniom nie tylko poznanie możliwości zdobycia zawodów oferowanych przez szkoły oraz wymagań, jakie stawiają one kandydatom, ale umożliwi także rozwijanie świadomości własnych uzdolnień, posiadanych umiejętności, kwalifikacji i zainteresowań w aspekcie życzeniowym i rzeczywistym. Ponadto WSDZ powinien zapewnić poznanie procesu aktywnego poszukiwania pracy, podejmowania decyzji oraz uświadomienie konsekwencji dokonywanych wyborów. Wreszcie ma za zadanie stworzyć możliwość kształtowania umiejętności radzenia sobie ze zmianami poprzez rozwijanie umiejętności adaptacyjnych oraz umiejętności wychodzenia naprzeciw nowym sytuacjom i nowym wyzwaniom” (Pfeiffer 2014: 74).

Uczniowie jako adresaci doradztwa zawodowego

Doradcy zawodowi codziennie walczą na froncie doradztwa zawodowego, niosąc dobrą nowinę i osławając, przede wszystkim uczniów: dzieci, nastolatki i młodych dorosłych z ideą doradztwa, jako elementu pracy nad sobą, ze sobą i planem wsparcia w rozwoju zawodowym i kształtowaniu ścieżki kariery.

T. Sobierajski

B. Wojtasik (2011: 5) zwraca uwagę, iż doradca zawodowy ma do spełnienia niełatwe zadanie, gdyż „pomoc w wyborze zawodu jest coraz bardziej skomplikowanym procesem”. Nie ulega wątpliwości, że aktualnie wybór zawodu jest procesem ciągłych decyzji, procesem kolejnych przybliżeń, zaczynającym się jeszcze we wczesnym dzieciństwie i trwającym przez całe życie człowieka. Dalej autorka dodaje, że uczeń, który kończy szkołę, musi podjąć pierwszą, najważniejszą decyzję zawodową. Niestety, najczęściej młodzież jest „niezdecydowana, niedoinformowana i nieprzystosowana do podjęcia tak ważnej decyzji”. Znaczący problematyki twierdzą, że aby wybrać zawód, należy wiedzieć, co się chce robić w przyszłości, mieć wizję przyszłej pra-

cy, a następnie zastanowić się, jak szkoła może umożliwić realizację planów zawodowych (Wojtasik 2011: 5–6). Dlatego tak ważna jest tu rola doradcy zawodowego, który powinien rozmawiać z uczniami o ich przyszłości i starannie przygotować ich do kariery edukacyjno-zawodowej.

Zdaniem B. Wojtasik (2011: 10) „uczniowie muszą niejednokrotnie dokonywać wyborów edukacyjno-zawodowych, nie będąc do nich w pełni przygotowani. Młodzież ma problemy związane z budowaniem własnej tożsamości, staje przed trudnymi decyzjami dokonywania wyborów życiowych, ścieżek edukacyjnych i drogi zawodowej, a określenie się na zmiennym i niepewnym nowym rynku pracy też nie jest łatwe. W »społeczeństwie ryzyka« zwiększa się niepewność zatrudnienia, zaciera się model pracy najemnej, występują nowe formy zatrudnienia, skrócenie czasu pracy, dzielenie się pracą. Częściej praca jest dostępna w niepełnym wymiarze godzin, na zlecenie, kontrakt, część etatu”. Dalej autorka dodaje, że „decyzje edukacyjno-zawodowe nie zawsze są podejmowane przez młodzież racjonalnie, a planowanie przypomina bardziej układanie puzzli z dostępnej wiedzy pochodzącej z różnych źródeł, np.: telewizji, książek, szkoły, reklamy, Internetu, mody, popkultury, porad udzielanych przez członków rodziny, znajomych. Tak podejmowane decyzje stanowią jednak o ich przyszłym życiu, karierze zawodowej, zmianie wzorów biografii” (Wojtasik 2011: 10).

Podejmując naukę w szkole, młody człowiek ma prawo oczekiwać, iż zostanie przygotowany do życia i pracy. Warto zatem sprawić, aby mógł dość wcześnie zainteresować się tematem edukacji i poradnictwa zawodowego, co także nauczycielom ułatwi przygotowanie go do życia i pracy w przyszłości (Rafał-Łuniewska 2017: 14–15). Jednym z podstawowych zadań poradnictwa zawodowego jest kierowanie ambicjami zawodowymi i edukacyjnymi uczniów – od szkół podstawowych po licea ogólnokształcące, technika i szkoły zawodowe. W świadomości uczniów trzeba wyrobić przekonanie, że ustalając własne plany życiowe, wybierając szkołę, zawód, mają prawo kierować się własnymi zainteresowaniami i uzdolnieniami. Stąd konieczność kontynuowania systematycznej pracy doradcy szkolnego w szkołach podstawowych, liceach, technikach, szkołach zawodowych, jak również w pracy wyższych uczelni, różnych poradni i placówek (Wolska-Długosz 2010: 275–276).

Znaczenie poradnictwa zawodowego dla młodych ludzi i dla kształtowania ich ambicji edukacyjnych oraz zawodowych jest bardzo ważne. Poprzez poradnictwo doradca zawodowy może wpływać i kształtować postawy, aspiracje edukacyjne, zainteresowania młodzieży, która nie jest dostatecznie przygoto-

wana do podejmowania ważnych decyzji życiowych, zarówno z uwagi na brak doświadczenia, rozeznania w świecie zawodów, jak i ze względu na chwiejność zainteresowań, jaka pojawia się w tym okresie rozwojowym człowieka. Aby decyzja dotycząca wyboru przyszłej szkoły i zawodu była trafna, wymaga pomocnej, dobrej ingerencji ze strony doradcy. Pod wpływem udzielonej przez niego pomocy aspiracje edukacyjne i zawodowe młodzieży mogą ulegać zmianom. Młodzi ludzie potrafią rozeznąć się w zapotrzebowaniu na określone zawody na rynku pracy oraz uświadomić sobie, jak ważne znaczenie przy dokonywaniu wyboru szkoły i zawodu mają predyspozycje do pełnienia danej funkcji zawodowej, warunki rozwojowe, zdrowotne i psychofizyczne. Poradnictwo zawodowe przygotowuje młodzież do korygowania niesłusznych, nietrafnych wyborów i do podejmowania szybkich decyzji o zmianach kwalifikacji. Takie działanie poradnictwa jest bardzo ważne dla obecnych uczniów, głównie ze względu na zachodzące zmiany cywilizacyjne, edukacyjne i zawodowe.

Bardzo słuszny zdaje się pogląd J. Nawój-Połoczańskiej (2018: 20), która uważa, że w obecnych czasach „rodzi się potrzeba wsparcia – zwłaszcza młodzieży, która znajduje się w okresie przejścia ze stanu dzieciństwa do dorosłości – w podejmowaniu racjonalnych decyzji. Niemal nieograniczona liczba opcji do wyboru, a także nieustanny napływ informacji mogą wywołać u jednostki poczucie chaosu. Pojawia się więc zapotrzebowanie na pomoc – wsparcie ze strony doradców zawodowych, którzy mają szerszy ogłęd sytuacji, profesjonalnie zajmują się zarządzaniem informacjami, a także dysponują narzędziami do ich oceny”.

Zakończenie

Zadziwiające jest, że o ile korzystamy z porad ekspertów przy kupnie pasty do zębów lub zamówieniu nowych mebli do ogrodu, o tyle tak rzadko polegamy na doradcach w kwestii wyboru zawodu, szkoły czy ścieżki kariery, które są elementami kluczowymi wykonywanej przez nas i tak istotnej dla nas pracy.

T. Sobierajski

Realizowane w szkołach doradztwo edukacyjno-zawodowe, organizowane w ramach wewnątrzszkolnego systemu doradztwa zawodowego, od roku 2017/2018 zostało dodatkowo wzmocnione zajęciami z zakresu do-

radztwa zawodowego określonymi w ramowych planach nauczania dla szkół publicznych. Działania te powinny zapewnić uczniom oraz ich rodzicom wielostronne wsparcie w procesie podejmowania decyzji dotyczącej wyboru szkoły i dalszego kierunku kształcenia. Pomoc ta ma formę różnorodnych projektów organizowanych w szkole na rzecz rozwoju zawodowego przez całą kadrę pedagogiczną, w tym doradców zawodowych, a także udział uczniów w zajęciach grupowych z zakresu doradztwa zawodowego zorganizowanych w formie obowiązkowych zajęć lekcyjnych. Dzięki takim rozwiązaniom uczniowie, a także ich rodzice będą mogli liczyć na pełne wsparcie ze strony wychowawców, nauczycieli oraz szkolnych doradców zawodowych w procesie planowania ścieżki edukacyjno-zawodowej uczniów.

Bez wątpienia należy stwierdzić, że wszystkie działania, nawet na pozór drobne, zaczynają funkcjonować i przynosić oczekiwane rezultaty. W tym kontekście słuszne wydaje się stwierdzenie K. Pałki (2017), iż „na gruncie matematyki i teorii chaosu zostało stworzone pojęcie »efektu motyla«, mówiące o tym, że nawet »niepozorne« działanie, takie jak trzepot skrzydeł motyla w Ohio, może wywołać burzę piaskową w Teksasie. Gdybyśmy spojrzeli na proces udzielania wsparcia w poszukiwaniu i wdrażaniu rozwiązań z zakresu doradztwa edukacyjno-zawodowego, używając pojęcia »efektu motyla«, każda nasza nawet »niepozorna« działalność prowadzić może do zmian w całym systemie” (Pałka 2017).

Doradztwo zawodowe to swego rodzaju drogowskaz przyszłości edukacyjnej i zawodowej uczniów na każdym etapie edukacji. Zadaniem doradcy zawodowego jest zachęcanie uczniów do „wglądu w siebie”, autorefleksji, poznawania swoich preferencji zawodowych, tak aby postępowali zgodnie z regułą sprzed ponad tysiąca lat: „Użyj bracie sił swego umysłu rozróżniania i przez wgląd w siebie znajdź wśród zawodów wzbudzających twoje zainteresowanie te, które najbardziej pasują do ciebie i które dadzą ci zadowolenie” (Carson, Altai 1994: 21).

Bibliografia

- Bralczyk J. (red.) (2008), *Słownik 100 tysięcy potrzebnych słów*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa.
- Carson A.D., Altai N.M. (1994), *1000 years before Parsons: Vocational psychology in classical Islam*, „The Career Development Quarterly”, nr 43.
- Kargulowa A. (2011), *O teorii i praktyce poradnictwa. Odmiany poradoznawczego dyskursu. Podręcznik akademicki*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa.
- Kargulowa A. (2010), *Studia nad kondycją poradnictwa w Polsce*, [w:] E. Dębska (red.), *Edukacja dorosłych. Poradnictwo dla dorosłych – refleksje, badania praktyka*, Akademickie Towarzystwo Andragogiczne, Warszawa.
- Kujawińska A., Więcek-Janka E., Goliński M. (2015), *Czas zawodowców. Raport częściowy nr 3 „Doradztwo zawodowe”*, opracowany w ramach projektu „Czas zawodowców – wielkopolskie kształcenie zawodowe” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- Lamb R. (1998), *Poradnictwo zawodowe w zarysie*, „Zeszyty Informacyjno-Metodyczne Doradcy Zawodowego”, nr 9.
- Łukaszewicz A. (2003), *Szkolny doradca zawodowy*, Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej i Ustawicznej, Warszawa.
- Łukaszewicz A. (2008), *Wewnątrzszkolny system doradztwa, czyli przygotowanie młodzieży do wejścia na rynek pracy w warunkach polskich*, [w:] *ABC Poradnictwa zawodowego w szkole*, praca zbiorowa, Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej i Ustawicznej, Warszawa.
- Nawój-Połoczańska J. (2018), *Metoda projektu w doradztwie zawodowym. Scenariusze warsztatów dla dzieci i młodzieży*, Wyd. Difin, Warszawa.
- Pakiet edukacyjny wspierający pracę doradców zawodowych Akademickich Biur Kariery* (2015), Szczecin.
- Pałka K. (2017), *Doradztwo edukacyjno-zawodowe w szkole – „efekt motyla”*, <http://docplayer.pl/47952891-Doradztwo-edukacyjno-zawodowe-w-szkole-efekt-motyla.html> [28.12.2017].
- Paszkowska-Rogacz A. (2009), *Doradztwo zawodowe. Wybrane metody badań*, Wyd. Difin, Warszawa.
- Pfeiffer A. (2014), *Doradztwo edukacyjno-zawodowe. Przykładowe rozwiązania*, Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej i Ustawicznej, Warszawa.
- Rafał-Luniewska J. (2017), *Doradztwo zawodowe w szkole*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa.
- Sobierajski T. (2013), *Doradztwo zawodowe. Uniwersalizm i konceptualizacja*, Instytut Stosowanych Nauk Społecznych, Uniwersytet Warszawski, Warszawa.
- Wojtasik B. (2011), *Podstawy poradnictwa kariery. Poradnik dla nauczycieli*, Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej i Ustawicznej, Warszawa.

- Wojtasik B. (1997), *Warsztat doradcy zawodu. Aspekty pedagogiczno-psychologiczne*, Wyd. Szkolne PWN, Warszawa.
- Wolska-Długosz M. (2010), *Rola i zadania szkolnego doradcy zawodowego*, „Studia Pedagogiczne. Problemy Społeczne, Edukacyjne i Artystyczne”, nr 19.
- Znaniecki F. (1984), *Społeczne role uczonych*, PWN, Warszawa.

Streszczenie

Powodzenie przyszłej kariery zawodowej człowieka zależy od prawidłowych wyborów dokonanych już na początku nauki szkolnej. W związku z tym działania poradnicze w szkolnictwie są szczególnie ważne i mają decydujące znaczenie w kształtowaniu przyszłej kariery edukacyjno-zawodowej, co więcej – są warunkiem późniejszego sukcesu na rynku pracy. Artykuł ukazuje istotę doradztwa zawodowego jako procesu towarzyszenia uczniom w podejmowaniu decyzji związanych z wyborem kierunku kształcenia i zawodu.

Słowa kluczowe: doradca zawodowy, doradztwo zawodowe, edukacja, poradnictwo zawodowe, szkolnictwo, uczniów

Career counseling at school – a key element of student support in education and career choices

Summary

Successful career in the future is determined by one's choices made even at the start of school education. Therefore, vocational guidance provided within the school system is particularly important and is decisive in shaping one's future educational and professional career; it also preconditions future success in the labour market. The article presents the essence of career counselling as a process designed to provide assistance to students in making decisions related to the choice of the line of education and the occupation.

Key words: career advisor, career counselling, education, vocational guidance, student

Wyzwania poradnictwa zawodowego dla dorosłych osób z niepełnosprawnościami w kontekście zmian na rynku pracy

Praca jest dla człowieka podstawą egzystencji, zaspokojeniem ambicji i aspiracji, podstawą jego istnienia w określonym środowisku, społeczeństwie. Według Heleny Ochonczenko (2004: 225) praca i zawód jest istotnym zagadnieniem życiowym. Praca jest ważna dlatego, że jest źródłem dochodów, organizacji czasu, płaszczyzną kontaktów społecznych, zadowolenia, samorealizacji. Dla większości osób możliwość podjęcia pracy, a co za tym idzie – kontakty z innymi osobami otwierają okno na świat. Praca zazwyczaj kojarzy nam się z obowiązkami czy zadaniami, które jesteśmy zobowiązani do wykonania jako potencjalni pracownicy. To właśnie te obowiązki, zadania, a zwłaszcza potrzeba ich wykonania dają osobom niepełnosprawnym poczucie, że są potrzebni innym, że ich życie ma sens (Kukła, Duda, Czerw-Bajer 2011: 61).

Praca zawodowa odgrywa zasadniczą rolę w procesie rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami. Jest dobrem szczególnie przez nie cenionym – przynosi nie tylko dobra ekonomiczne, ale przede wszystkim pozwala na integrację ze społeczeństwem (Stochmiałek 2003: 36). Praca jest postrzegana przez osoby niepełnosprawne jako pole realizacji własnych umiejętności i możliwości zawodowych oraz społecznych. Jest miejscem, które umożliwia lepszą adaptację do zmienionych możliwości fizycznych i psychicznych oraz zmieniającego się rynku pracy (Kasprzak 2002: 128). U osób bezrobotnych z niepełnosprawnościami częściej stwierdza się obniżoną ocenę własnych możliwości i umiejętności, zmniejszone aspiracje edukacyjno-zawodowe oraz nieadekwatny do rodzaju i stopnia niepełnosprawności wybór kariery zawodowej (tamże: 127). Wybór zawodu jest jedną z najważniejszych decyzji życiowych człowieka. Wyznacza nie tylko sferę zawodową człowieka, ale także wpływa na całe jego życie (Nowacki 1999: 17).

Z ekonomicznego i społecznego punktu widzenia zatrudnianie osób z niepełnosprawnościami ma pozytywne skutki – aktywizujące i integrujące, budujące prawidłową ocenę własnej osoby, pozwalające na samodzielność w codziennym funkcjonowaniu. Ważną kwestią wydaje się szerokie spojrzenie na „pełnosprawność” czy „niepełnosprawność” człowieka w sferze zawodowej. Nie zawsze bowiem osoba z orzeczoną stopniem niepełnosprawności czy niezdolności do pracy będzie także „niepełnosprawną” w kontekście funkcjonowania na rynku pracy. Kluczem do efektywnego bycia pracownikiem jest bowiem świadome i w odpowiednim czasie przeprowadzenie procesu wyboru zawodu, ścieżki kształcenia, wreszcie zdobycie zawodu. Jeśli wykonuje pracę przystosowaną do swoich możliwości, uzyskuje efekty i wyraża satysfakcję z pracy oraz jeśli pracodawca zadowolony jest z wykonywanej pracy, to ta osoba jest jak najbardziej pełnosprawna w sferze zawodowej (Kukła 2011: 114).

Często zdarza się, że osoby uważane przez społeczeństwo za pełnosprawne wykazują niechęć, nieumiejętność, niedostosowanie czy brak motywacji do wykonywania określonej pracy, przez co są nieefektywne czy nie do końca sprawne w sferze zawodowej (A. Tokarska-Siudeja 2010: 53).

W obliczu zachodzących zmian – zarówno tych w sferze edukacyjnej, zawodowej, jak i zmieniających się realiów rynku pracy, należy wziąć pod uwagę, że to właśnie edukacja stanowi podstawę całego systemu rehabilitacji zawodowej, której zadaniem jest efektywne wprowadzenie na rynek pracy osób z niepełnosprawnościami, a nade wszystko utrzymanie przez nich aktywności zawodowej w dłuższej perspektywie czasowej. Duże znaczenie w walce z bezrobociem odgrywa idea integracji systemu edukacyjnego z rynkiem pracy. Służyć ona powinna:

- dostosowywaniu kierunków i programów kształcenia do bieżących i przyszłych potrzeb gospodarki;
- rozwijaniu edukacji ustawicznej osób zagrożonych bezrobociem i bezrobotnych;
- ograniczaniu bezrobocia absolwentów szkół;
- tworzeniu systemu orientacji i poradnictwa zawodowego (Stochmiałek 2004: 129).

W powyższym kontekście kluczowego znaczenia nabiera profesjonalizacja działań związanych z procesem wyboru zawodu – szczególnie ważnym w odniesieniu do osób z niepełnosprawnościami lub specjalnymi potrzebami

edukacyjnymi. Proces ten wymaga porozumienia się i zbierania przez ucznia informacji od otoczenia, co podkreśla interakcyjność tego procesu, w którym występuje uczeń, rodzice, nauczyciel, grupa rówieśnicza, a także doradca zawodowy. W trakcie tych interakcji następuje wyzwalać pragnień młodzieży od presji zawodów „modnych” i zawodów-marzeń jako nierealistycznych (Kukla 2001, www.koweziu.edu.pl [21.01.2018]). Wymaga to rozwijania umiejętności restrukturyzowania planów i wypracowania pewnej płynności życzeń zawodowych młodzieży, gotowości do przekwalifikowania się i zmiany zawodu.

Wybór zawodu powinien następować w okresie dojrzałości do wyboru zawodu. Ta dojrzałość jest uwarunkowana poznaniem własnych możliwości przez kandydatów do pracy i poznaniem zawodów, jeżeli ma się je świadomie wybierać (Nowacki 1989: 87). Orientacja i poradnictwo zawodowe mają istotne znaczenie w procesie racjonalnego kształtowania rynku pracy oraz planowania indywidualnych karier uczniów (Furmanek 2000: 121).

Parsons (za: Jantura 1994: 11), uznawany za twórcę współcześnie rozumianego doradztwa zawodowego i doradztwa karier, a także psychologii pracy i poradnictwa, w opracowanej przez siebie teorii cech-czynników, zakłada, że wybór zawodu jest sprawą tylko wewnętrznych cech z pominięciem zewnętrznych warunków i okoliczności; ma charakter empiryczny, a nie pojęciowy. Parsons twierdzi, że dostosowanie człowieka do zawodu zależy od względnie trwałej charakterystyki człowieka oraz dających się zaobserwować zmiennych środowiska pracy. Identyfikacja własnych możliwości oraz wiedza o pracach i zawodach powinny stanowić podstawę wyboru zawodu. Kwestia ta nabiera szczególnego znaczenia w odniesieniu do osób z różnorakimi niepełnosprawnościami, które utrudniają lub uniemożliwiają pracę w wielu zawodach. Z drugiej strony rynek pracy XXI wieku jest bardzo dynamiczny – powstaje wiele nowatorskich rozwiązań technicznych i technologicznych, następują zmiany w organizacji pracy, powstawanie wielu nowych zawodów czy zmiana wymagań wobec pracownika w związku ze zmianą oprzyrządowania. Jednocześnie współczesny poziom organizacji społecznej wytworzył tak wielką różnorodność prac i zawodów, że nawet profesjonaliści znają tylko pewną ich część i mają ogólną orientację w podziale pracy. Dochodzi do tego przewidywanie tendencji rozwojowych, pojawianie się nowych zawodów i zmian w zawodach znanych, zanik niektórych zawodów.

Ogromną rolę w profesjonalnym podejściu do wyboru zawodu spełnia doradca zawodowy – profesjonalista, którego formalne ramy funkcjonowania określono w *Klasyfikacji zawodów i specjalności* (1995) i ujęto w wielkiej grupie zawodów „specjaliści do spraw osobowych i rozwoju zawodowego”. Obecnie, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010 r., doradca zawodowy jest zakwalifikowany do grupy wielkiej – „specjaliści”, grupy dużej – „specjaliści do spraw ekonomicznych i zarządzania”, pod kodem 242304.

O ile system poradnictwa zawodowego dla młodzieży ma w Polsce długą historię, to doradztwo dla dorosłych do lat 90. XX wieku właściwie nie funkcjonowało. Potrzeba stworzenia systemu poradnictwa zawodowego dla dorosłych zaistniała wraz z okresem transformacji ustrojowej i pojawieniem się masowego bezrobocia. Poradnictwo zawodowe zostało przypisane dwóm resortom – edukacji (poradnictwo dla uczącej się młodzieży) i pracy (poradnictwo dla dorosłych) (Rollnik-Sadowska 2013: 136). Tym samym stwierdzono, że w kontekście osób z niepełnosprawnościami poradnictwa zawodowego potrzebują osoby w różnym wieku i z różnych powodów, a mianowicie (Majewski, Szczepankowska 1998: 30–31):

- 1) młodzież niepełnosprawna, która staje przed wyborem odpowiedniej szkoły, uczelni lub innej formy przygotowania do pracy zawodowej i nie wie, jaki zawód jest dla niej najbardziej odpowiedni;
- 2) dorosłe osoby niepełnosprawne, wymagające rehabilitacji zawodowej, które nie mają przygotowania do pracy i dotychczas nie były aktywne zawodowo lub w czasie zatrudnienia stały się niepełnosprawnymi i wymagają zmiany zawodu.

Aby zminimalizować lęk osoby niepełnosprawnej przed zasadami panującymi na rynku pracy, istotny jest odpowiedni proces doradztwa edukacyjno-zawodowego, a zwłaszcza wykwalifikowany doradca zawodowy. To on w pierwszej kolejności poznaje możliwości oraz ograniczenia zawodowe i dokonuje swego rodzaju oceny przydatności do pracy. Aby doradca w pełni mógł przeprowadzić proces doradczy, powinien posiadać rozeznanie co do szans zawodowych danej osoby na rynku pracy, wiedzę i doświadczenie dotyczące pracy osób z niepełnosprawnością (Nowak 2002: 46). Według Bańki (2006: 36) proces doradczy jest „tą formą praktyki doradczej, która polega na asystowaniu ludziom na wszelkich stadiach rozwoju [...] w rozwiązywaniu

problemów będących konsekwencją podjęcia przez nich dobrowolnej decyzji życia, pracy lub nauki”.

W stale zmieniającej się rzeczywistości i wielowymiarowości zmian na rynku pracy poradnictwo zawodowe musi być usługą elastyczną – dostosowującą się do wymogów zarówno społeczeństwa, jak i ekonomii. Poradnictwo zawodowe nie jest obecnie potrzebne tylko na etapie wyboru szkoły czy kierunku kształcenia zawodowego. To konieczność ciągłego uczenia się – podnoszenia kwalifikacji zawodowych, ich zmiany, aż do całkowitej zmiany zawodu w odniesieniu do aktualnego zapotrzebowania na rynku pracy. Aktualnie najbardziej podstawowymi i zarazem najtrudniejszymi wyzwaniami, które powodują znaczną trudność w aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami, są: niski poziom ich wykształcenia i brak kwalifikacji do wykonywania pracy.

W raporcie z badań wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych, które zostały przeprowadzone **Pentor Research International S.A.** w 2009 roku, czytamy, że poziom wykształcenia osób niepełnosprawnych jest zdecydowanie niższy w stosunku do osób zdrowych, a także kierunki tego wykształcenia są często anachroniczne, przestarzałe, na które nie ma popytu wśród pracodawców. Z przeprowadzonych badań wyłaniają się następujące główne obszary niedostosowania wykształcenia i kwalifikacji osób niepełnosprawnych do potrzeb rynku pracy. Są to:

- 1) bardzo mały odsetek niepełnosprawnych z wyższym wykształceniem, które w przypadku stanowisk wykwalifikowanych jest już standardem w oczekiwaniach pracodawców;
- 2) dominujący w strukturze niepełnosprawnych udział osób z anachronicznym wykształceniem zawodowym;
- 3) duży udział osób z najniższymi kategoriami wykształcenia (gimnazjalne i niższe) – z jednej strony grupa ta zasilana jest przez osoby z wykształceniem podstawowym nabywające niepełnosprawność w dorosłym życiu i wypadające z rynku pracy (m.in. ze względu na brak kwalifikacji), z drugiej przez osoby młode, które rezygnują z dalszej nauki na wczesnym etapie kształcenia;
- 4) braki w zakresie kształcenia ustawicznego, które pozwala dostosować się do zmieniających realiów rynku pracy. W przypadku każdego z badanych rodzajów niepełnosprawności jedynie pojedynczy respondenci korzystali z jakichkolwiek kursów w ramach edukacji pozaszkolnej;

- 5) ogólny brak przedsiębiorczości, elastyczności i otwartości na zmiany;
- 6) braki i niedostatki w zakresie kompetencji społecznych.

W kontekście powyższego raportu warto odnieść się do rzeczywistej pozycji osób z niepełnosprawnościami na rynku pracy. Jak pisze Kukła (2011: 3), pozycja osób niepełnosprawnych na rynku pracy jest słaba. Są one wypierane przez osoby zdrowe, nawet wtedy, gdy posiadają wyższe kwalifikacje i doświadczenie zawodowe. Przepisy nakazujące zatrudnianie osób niepełnosprawnych nie rozwiązują problemu, gdyż nadal są one mało konkurencyjne na rynku pracy tylko ze względu na niepełnosprawność. Aby pomóc osobom niepełnosprawnym w rozwoju zawodowym i uczestnictwie w rynku pracy, należy zwrócić uwagę na:

- 1) stworzenie systemu pomocy osobom niepełnosprawnym, które chcą zaistnieć na otwartym rynku pracy, choćby poprzez skoordynowanie działań instytucji, takich jak: PFRON, MOPS, Urząd Pracy, pracodawca;
- 2) kształtowanie postaw otwartych na pracowników z niepełnosprawnością u pracodawców zarówno w sektorze prywatnym, jak i państwowym poprzez programy propagujące;
- 3) rozwijanie dostępu do edukacji na wszystkich poziomach kształcenia, głównie poprzez zwiększanie przystępności dla osób niepełnosprawnych oraz wykwalifikowaną kadrę, dla której niepełnosprawny uczeń czy student nie będzie stanowił problemu;
- 4) stworzenie szeroko zakrojonej pomocy doradczej z zakresu poradnictwa zawodowego, doradztwa karier;
- 5) zapewnienie pracownikom niepełnosprawnym niezbędnego sprzętu specjalistycznego, ułatwiającego im codzienne funkcjonowanie w miejscu pracy;
- 6) udzielanie pracodawcom zatrudniającym osoby niepełnosprawne wsparcia w zakresie pomocy prawnej czy doskonalenia umiejętności niezbędnych we wspieraniu rozwoju kariery zawodowej niepełnosprawnego pracownika;
- 7) zniesienie barier architektonicznych, mentalnych i psychologicznych, kształtowanie odpowiednich postaw pracowników pełnosprawnych wobec pracowników niepełnosprawnych;
- 8) zatrudnianie osób niepełnosprawnych zgodnie z ich kwalifikacjami i kompetencjami;

- 9) opracowywanie indywidualnych ścieżek rozwoju zawodowego dla każdego pracownika;
- 10) Zapewnienie rewalidacji w zakładach pracy.

W pracy z osobami niepełnosprawnymi niezbędne jest poznanie nie tylko rodzaju niepełnosprawności i jej następstw, ale przede wszystkim zrozumienie znaczenia tych utrudnień. Dlatego też ważne jest poznawanie danej osoby, aby móc zrozumieć jej wielowymiarową sytuację. W związku z czym doradca zawodowy, który pracuje z osobami niepełnosprawnymi, w pierwszej kolejności powinien (Kukła, Duda, Czerw-Bajer 2011: 77–80):

- zapoznać się z diagnozą lekarską opisującą stan zdrowia danej osoby – wiedza ta pomoże określić przeciwwskazania wykonywania określonych czynności i prac, ogólną wydajność fizyczną i możliwości psychofizyczne;
- ocenić sprawność intelektualno-emocjonalną;
- ocenić zdolności manualne;
- poznać cechy osobowości;
- zapoznać się z preferencjami oraz zainteresowaniami zawodowymi, poznać wiedzę danej jednostki na temat poszczególnych zawodów i stanowisk pracy;
- zapoznać się z możliwościami funkcjonowania danej jednostki w szkole i domu;
- zapoznać się z jej warunkami społeczno-materialnymi.

Istotne czynności, które powinien podejmować w swojej pracy doradca zawodowy, to: prowadzenie działań poradniczych w odniesieniu do osoby niedoświadczonej, która dokonała nieodpowiedniego wyboru – szczególnie często sytuacja taka może dotyczyć osób z niepełnosprawnością, które powodowane własnymi zainteresowaniami i aspiracjami, dokonują wyboru zawodu nieadekwatnie do swojego stanu zdrowia. Ważnym działaniem prowadzonym przez doradcę zawodowego jest pomoc w zakresie zwiększenia szans zatrudnienia i przygotowania klienta do wejścia na rynek pracy. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na konieczność posiadania przez doradcę zawodowego osoby z niepełnosprawnością adekwatnej wiedzy i umiejętności w zakresie możliwości zatrudniania takich pracowników na rynku pracy – z uwzględnieniem poziomu i kierunku posiadanego wykształcenia, zainteresowań, kompetencji. Konieczność rozpoznania możliwości zatrudnienia na

stanowiskach, które wymagają wysokiej wiedzy i umiejętności, w zderzeniu z często występującym brakiem gotowości do podejmowania pracy przez osoby niepełnosprawne, niezależnie od posiadanego przez nie wykształcenia (*Badania wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych* 2009: 4), jest sporym wyzwaniem dla doradcy zawodowego. Kolejnym ważnym zadaniem doradcy zawodowego osób niepełnosprawnych jest pomoc doświadczonemu pracownikowi w przeprowadzeniu przeglądu innych możliwości zawodowych, a także wsparcie dla pracownika, który znalazł się w trudnej sytuacji dotyczącej znalezienia, utrzymania pracy albo awansowania w miejscu zatrudnienia (Parzęcki 1999: 81).

Każde działanie w perspektywie czasowej ma swój kres. Również proces poradniczy wcześniej czy później się kończy. Na tym etapie doradca musi przedstawić działania, które wspólnie zrealizowali, ale musi też – co ważne – dodać otuchy i nadziei na przyszłość. Pracując z osobami niepełnosprawnymi, doradca musi pamiętać o pewnego rodzaju działaniach terapeutycznych – swoją postawą musi pokazywać autentyczne zainteresowanie i chęć pomocy niepełnosprawnemu klientowi (Meder 1998: 167), kierować się obiektywizmem, szczerością, sprawiedliwością i zasadą „po pierwsze nie szkodzić” (Grabowski 2003: 24). Z drugiej strony ważne jest zachowanie równowagi w procesie pomagania, tak aby jednostka z niepełnosprawnością zachowała pełną autonomię w podejmowaniu życiowych decyzji.

Jak pokazano powyżej, celem kontaktu klienta z doradcą jest zachęcenie osoby niepełnosprawnej do działania poprzez „informowanie, ukierunkowanie, motywowanie, pokazywanie możliwości” dotyczących ewentualnego zatrudnienia (Borak-Kwapisz 1998: 187). Najważniejszymi motywami podjęcia pracy powinny być te, które powodują samorealizację, integrację osobowości, indywidualizację, autonomię, pobudzają twórczość, samodzielność, produktywność, ułatwiają realizację możliwości człowieka (Bąbka 2004: 225).

Reasumując, w aktualnej rzeczywistości społecznej poradnictwo zawodowe dla osób z niepełnosprawnościami znajduje swoje miejsce i uzasadnienie. Szczególnie dlatego, że gospodarka rynkowa niesie ze sobą liczne problemy o ogromnym znaczeniu dla jednostek i całych społeczności (Wojtasik 1997: 10).

Punktem wyjścia do efektywnej aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością jest przekonanie, że niepełnosprawność, która jest rozumiana

jako pewne ograniczenie w sferze fizycznej lub psychicznej, nie powinna być dzisiaj przyczyną ograniczającą jednostkę w jakiejkolwiek sferze życia społecznego, również zawodowej.

Rehabilitacja osób niepełnosprawnych jest złożonym, wieloetapowym i wielowymiarowym procesem zmierzającym do maksymalnego usprawniania osób dotkniętych niepełnosprawnością. Usprawnienie to odbywa się na drodze wielu profesjonalnych działań o charakterze leczniczym, psychologicznym, pedagogicznym, społecznym i zawodowym z udziałem osób niepełnosprawnych.

Ostatecznym celem rehabilitacji jest osiągnięcie najwyższego możliwego poziomu samodzielności i niezależności osoby niepełnosprawnej, przejście z pozycji biorecy na pozycję dawcy, osoby produktywnej i tworzącej społeczne wartości, a więc pełna integracja ze społeczeństwem, znajdująca wyraz w pełnym uczestnictwie w życiu społecznym (Ryżek 2006: 11).

Bibliografia

- Badania wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych* (2007), Pentor Research International S.A., Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Warszawa.
- Bańka A. (2006), *Transnacionalne poradnictwo zawodowe w kontekście zmian w wymiarze europejskim*, [w:] S.M. Kwiatkowski, Z. Sirojc (red.), *Edukacja dla rynku pracy. Problemy poradnictwa zawodowego*, Wyd. OHP – Komenda Główna, Warszawa.
- Bąbka J. (2004), *Człowiek niepełnosprawny w różnych fazach życia*, Wyd. Żak, Warszawa.
- Borak-Kwapisz J. (1998), *Osoby z chorobami układu oddechowego*, [w:] B. Szczepankowska, A. Ostrowska (red.), *Problem niepełnosprawności w poradnictwie zawodowym*, Krajowy Urząd Pracy, Warszawa.
- Furmanek W. (2000), *Podstawy edukacji zawodowej*, Wyd. Oświatowe FOSZE, Rzeszów.
- Kasprzak E. (2002), *Poczucie jakości życia bezrobotnych osób niepełnosprawnych*, [w:] B. Aouil (red.), *Człowiek niepełnosprawny. Zagrożenia i szanse rozwoju*, Wyd. WSP, Bydgoszcz.
- Kukla D., Duda W., Czerw-Bajer M. (2011), *Osoby niepełnosprawne w systemie edukacji i poradnictwa zawodowego*, Wyd. Difin, Warszawa.
- Kukla D. (2012), *Wyzwania wobec poradnictwa zawodowego w obszarze planowania kariery zawodowej a przemiany na rynku pracy*, „Szkoła – Zawód – Praca”, nr 3.
- Majewski T., Szczepankowska B. (1998), *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych*, [w:] B. Szczepankowska, A. Ostrowska (red.), *Problem niepełnospraw-*

- ności w poradnictwie zawodowym, „Zeszyty Informacyjno-Metodyczne Doradcy Zawodowego”, Krajowy Rynek Pracy, Warszawa.
- Meder J. (1998), *Osoby z zaburzeniami psychicznymi*, [w:] B. Szczepanowska, A. Ostrowska (red.), *Problem niepełnosprawności w poradnictwie zawodowym*, Krajowy Urząd Pracy, Warszawa.
- Nowacki T. (1999), *Uwagi krytyczne o teoriach poradnictwa zawodowego*, [w:] W. Rachalska (red.), *Poradnictwo zawodowe w wymiarze europejskim*, Wyd. WSP, Częstochowa.
- Nowak A. (2002), *Bezrobocie wśród niepełnosprawnych*, Wyd. UŚ, Katowice.
- Parzęcki R. (1999), *Podstawy wiedzy o edukacji i poradnictwie zawodowym*, WSHE, Włocławek.
- Rollnik-Sadowska E. (2013), *Zmiany modelu poradnictwa zawodowego w Polsce*, „Studia Ekonomiczne” (Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach), nr 161: 132–140.
- Ryżek E. (2006), *Rehabilitacja zawodowa i jej znaczenie w integracji osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy*, [w:] *Poradnik dla usługodawcy. Projekt Dobry start, Urząd Miasta Poznania*.
- Tokarska-Siudeja A. (2010), *Niepełnosprawni „pełnosprawni” w pracy w kontekście poradnictwa zawodowego*, [w:] D. Kukla, Ł. Bednarczyk (red.), *Poradnictwo zawodowe dla osób z grupy szczególnego ryzyka. Wybrane aspekty*, Wyd. Difin, Warszawa.
- Wojtasik B. (1997), *Warsztat doradcy zawodu*, Wyd. Szkolne PWN, Warszawa.

Streszczenie

Prezentowany tekst dotyczy problemów i wyzwań aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych. Jest to duże wyzwanie dla państwa, organizacji społecznych i rodzin osób niepełnosprawnych. Aktywizacja zawodowa i społeczna osób z niepełnosprawnościami jest możliwa, wymaga jednak spójnych i przemyślanych rozwiązań i regulacji prawnych. Konieczna jest także współpraca pomiędzy jednostkami realizującymi zadania w zakresie aktywizacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych. Współpraca ta odnosi się także do poradnictwa zawodowego i samych doradców, którzy na co dzień mają do czynienia z nowymi problemami na rynku pracy – między innymi zmianami zachodzącymi w zakresie przyszłego planowania kariery zawodowej, a także funkcjonowania rynku pracy osób z niepełnosprawnościami

Słowa kluczowe: poradnictwo zawodowe, doradztwo zawodowe, kariera zawodowa, praca zawodowa, rynek pracy, wykształcenie, niepełnosprawność

Challenges counselling for adults with disabilities in the context of changes in the labor market

Summary

Presented text refers problems of professional activation of people with disabilities. It is a demanding and difficult task for their families, countries and different institutions. People with disabilities are faced with different and difficult problems. Social and professional activation is possible, however, requires a deliberate, consistent action in different areas and the relevant regulations. It is also necessary co-operation of institutions and employers as well as properly organized and conducted counseling. This also applies to vocational counselling and advisers who every day face new problems – with the changes taking place in terms of future career planning as well as the functioning of the labour market people with disabilities.

Key words: career counselling, vocational guidance, professional career, professional work, labour market, education, disability

Noty o Autorach

Agnieszka Belcer – dr, Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi

Izabela Bentkowska-Furman – mgr, doktorantka; Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Prawa i Administracji, Zakład Nauk o Administracji

Katarzyna Błaszczuk – dr, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie

Marta Czechowska-Bieluga – dr hab. prof. UMCS; Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Instytut Pedagogiki, Zakład Pracy Socjalnej

Iryna Drozd – mgr, doktorantka; Uniwersytet Rzeszowski, Instytut Socjologii, Zakład Socjologii Problemów Społecznych

Małgorzata Duda – dr hab. prof. UPJPII; Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie, Instytut Pracy Socjalnej, Katedra Etyki Pracy Socjalnej

Beata Jamróiewicz – mgr, doktorantka; Uniwersytet Rzeszowski, Instytut Socjologii, Zakład Socjologii Problemów Społecznych

Martyna Kawińska – dr; Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Instytut Socjologii, Katedra Teorii i Metod Pracy Socjalnej, Zakład Gerontologii Społecznej

Agnieszka Kozdroń – mgr, doktorantka; Uniwersytet Rzeszowski, Instytut Socjologii, Zakład Socjologii Problemów Społecznych

Katarzyna Kutek-Sładek – dr; Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie, Instytut Nauk o Rodzinie, Katedra Pedagogiki Ogólnej

Jolanta Lenart – dr hab. prof. UR; Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Pedagogiczny, Katedra Pedagogiki Pracy i Andragogiki

Marta Mikołajczyk – dr; Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, Instytut Profilaktyki Społecznej i Pracy Socjalnej, Zakład Badań Problemów Społecznych

Maryana Mykolaychuk – doc. dr; Ukraiński Uniwersytet Katolicki we Lwowie (Ukraina), Katedra Psychologii i Psychoterapii

Iryna Myshchyshyn – doc. dr; Lwowski Uniwersytet Narodowy im. Iwana Franki we Lwowie (Ukraina), Katedra Pedagogiki Ogólnej i Socjalnej

Barbara Sordyl-Lipnicka – dr; Uniwersytet Śląski w Katowicach, Instytut Pedagogiki, Zakład Podstaw Pedagogiki i Historii Wychowania

Anna Szluz – mgr, doktorantka; Uniwersytet SWPS w Warszawie, Wydział Prawa; Biuro Interwencyjnej Pomocy Prawnej, Kancelaria Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej

Beata Szluz – dr hab. prof. UR; Uniwersytet Rzeszowski, Instytut Socjologii, Zakład Socjologii Problemów Społecznych

Katarzyna Wojtanowicz – dr; Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie, Instytut Pracy Socjalnej, Katedra Etyki Pracy Socjalnej

