Empowerment

Kwartalnik Pracowników Socjalnych Śląska Opolskiego

Zeszyt Nr 1(11) marzec 2014 | Egzemplarz bezpłatny | ISSN: 2083-5396

KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Człowiek – najlepsza inwestycja

Spis treści

Od redakcji **3**

Opolskie szkice z teorii i praktyki pracy socjalnej
Dorota Tokarczyk
Medyczne i społeczne wymiary opieki i wsparcia osób chorych na schizofrenię 4

Ludzie pomocy człowiekowi i ich dzieło
Sylwia Ladra-Matysik
Przecież TO CZŁOWIEK – rozmowa z Panią Mieczysławą Kwolek-Pawełczak – prezesem stowarzyszenia na rzecz osób uzależnionych „To Człowiek" 11

Niepokonani…
Patrycja Wąsińska
23 LATA WPISANE W SIEDEM DNI TYGODNIA Laureatka II. nagrody w konkursie „Sensotwórcy" 14

Poradnictwo socjalne
Anna Weissbrot-Koziarska
Pracownik socjalny w spotkaniu z klientem 15

Dobre praktyki jednostek organizacyjnych pomocy i integracji społecznej
Barbara Jaroszewicz, Magdalena Respondek
„Dom może zastąpić Ci cały świat, cały świat nie zastąpi Ci domu" – Dom Pomocy Społecznej dla Osób Upośledzonych Umysłowo w Radawiu 17

Lilia Nowak
Niezapominajki Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu 20

III sektor – Socjalne organizacje pozarządowe
Joanna Krajewska, Małgorzata Pawlik
Stowarzyszenie Hospicjum Opolskie „Betania" 21

Empowerment – gazeta studencka
Katarzyna Wasela, Martyna Szelewska
Wielowymiarowa działalność na rzecz podopiecznych Zespołu Domowego Leczenia Respiratorem Domu Sue Ryder w Bydgoszczy: Kamila, Patrycji, Sandry, Jakuba i Jacka 24

Polecamy…
Iwona Dąbrowska-Jabłońska
J. M. Jaraczewska, I. Krasiejko, Dialog motywujący w teorii i praktyce. Motywowanie do zmiany w pracy socjalnej, Toruń 2012 26

Wydawca:
Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu
45-315 Opole, ul. Głogowska 25c
tel. 77 44 15 250, fax. 77 44 15 259
www.rops-opole.pl

ISSN: 2083-5396 Wydanie IV Nakład 500 egz.

Redakcja:
Piotr Sikora – redaktor naczelny

Kolegium redakcyjne:
Iwona Dąbrowska-Jabłońska
Agnieszka Gabruk-Teodorowicz
Adam Różycki
Anna Weissbrot-Koziarska
Barbara Trojnar – sekretarz redakcji

Skład i druk:
Studio Reklamy AGENDA
Kępa, ul. Luboszycka 32
tel. 506 653 003

Empowerment – Kwartalnik pracowników socjalnych Śląska Opolskiego – współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
Publikacja wydana w ramach projektu systemowego pt. „Podnoszenie kwalifikacji kadry pomocy i integracji społecznej w województwie opolskim".
Priorytet VII Promocja Integracji Społecznej.
Działanie 7.1. Rozwój i upowszechnianie aktywnej integracji.
Poddziałanie 7.1.3. Podnoszenie kwalifikacji kadr pomocy i integracji społecznej.
Program Operacyjny Kapitał Ludzki 2007-2013.

Zasady nadsyłania tekstów:
Materiały i informacje dla redakcji prosimy nadsyłać drogą elektroniczną na adres: kwartalnik@rops-opole.pl Przesłanie tekstu jest jednocześnie wyrażeniem zgody na jego opublikowanie, zarówno w wersji drukowanej, jak i elektronicznej oraz wyrażeniem zgody na redakcję merytoryczną oraz techniczną dokonaną przez redaktorów. Teksty przekazywane do redakcji, opatrzone imieniem i nazwiskiem autora, wraz z prawem ich publikowania udostępniane są dla Kwartalnika „Empowerment" nieodpłatnie i autorzy zamieszczonych artykułów nie będą z tego tytułu wnosić żadnych roszczeń. Format nadsyłanych tekstów – MS WORD, Times New Roman 12, odstęp pojedynczy, marginesy 2,5 cm. Bardzo prosimy o nieformatowanie tekstów. Zdjęcia, rysunki wraz z ich tytułami, itp. prosimy nadsyłać jako osobne pliki. Prosimy o podawanie autorów nadsyłanych zdjęć. Teksty opatrzone przypisami: należy stosować przypisy dolne zgodne z polską normą bibliograficzną, a na końcu tekstu dołączyć bibliografię.

Od redakcji

W marcowym wydaniu „Empowerment", jak najbardziej aktualne wydaje się odniesienie do ogromnej roli, jaką w kształtowaniu profesjonalnej pracy socjalnej odegrały kobiety. Wśród liderek tego procesu, bez wątpienia na pierwszy plan wysuwa się postać Jane Adams, uznanej socjolog, a jednocześnie wybitnej działaczki społecznej. Razem z Ellen Gates Starr założyła w Chicago Hull House placówkę, której celem była poprawa warunków życia w dzielnicach robotniczych. Jej metodyczne podstawy pracy z grupą, techniki sporządzania map problemów społecznych, do dziś wyznaczają standardy pracy socjalnej. Jednocześnie Jane Adams angażowała się w działania na rzecz praw wyborczych dla kobiet, imigrantów, podniesienia, jakości opieki zdrowotnej, praw dziecka, jest wybitną postacią działań na rzecz pokoju między narodami i rozwiązywania konfliktów w drodze negocjacji, a także działań na rzecz zagwarantowania każdej osobie schronienia i edukacji. Tworzyła krajowe i międzynarodowe organizacje działające na rzecz praw człowieka w tym m.in. Amerykańską Unię Wolności Obywatelskich (American Civil Liberties Union – ACLU), National Association for Advancement of Colored People (NAACP) oraz The Women's International League for Peace and Freedom. Za realizację swej misji, cztery lata przed śmiercią otrzymuje w 1931 roku Nagrodę Nobla. Kolejną wybitną postacią jest Sophonisba Breckinridge, której kariera związana jest również z Hull House, gdzie zajmowała się problemami szkolnictwa, przestępczości nieletnich, wagarowaniem czy kwestiami mieszkaniowymi robotników. Dla teorii i rozwoju pracy socjalnej nieprzeceniony pozostaje fakt, że była jedną z założycielek jednego z najważniejszych czasopism specjalistycznych na świecie, jakim jest Social Service Review. Była również zaangażowana w rozwój ekonomii społecznej, dziś jednej z podstawowych form aktywizacji społecznej osób zagrożonych marginalizacją. Jako wybitny profesor Uniwersytetu w Chicago otrzymała kilka doktoratów honorowych. Jest także wielką i nietuzinkową postacią w galerii działaczy na rzecz praw człowieka. Jej obszary aktywności to prawa kobiet, prawa obywatelskie Afroamerykanów. Aktywna była także w promowaniu międzynarodowej ochrony praw dzieci. Odnosiła się również do praw więźniów, imigrantów oraz prawa pracy. Breckinridge była pierwszą kobietą, która reprezentowała Stany Zjednoczone na wysokim szczeblu na ważnej konferencji międzynarodowej, jaką była VII Konferencja Państw Amerykańskich w Montevideo w 1933roku. Konferencję zwieńczyło uchwalenie Konwencji o prawach i obowiązkach państw, która regulowała m.in. kwestie związane z prawami cudzoziemców. Ze środowiska Hull House wywodzi się także Julia Lathrop. Zajmowała się kwestiami kobiecymi, a także tworzyła nowoczesne podejście do wolontariatu, jako ważnej formy wsparcia społecznego. Aktywna w pracy środowiskowej, badając potrzeby rodzin wymagających pomocy, stanowiąc swoisty pierwowzór proceduralnej interwencji socjalnej. Na polu praw człowieka szczególnie zaangażowana w ochronę prawną dzieci, w której akcentowała kwestie edukacji i dobrobytu. Była pierwszą kobietą, jako Dyrektor The United States Children's Bureau w latach 1912 – 1922, kierującą federalną jednostką administracyjną, utworzona na rzecz ochrony praw dzieci, podejmującą także skuteczne działania na rzecz ochrony praw kobiet. Edith Abbott w Hull House interesowała się kwestiami nieletnich oraz sytuacją kobiet zatrudnionych w przemyśle. Dla pracy socjalnej odegrała ogromne znaczenie działając na rzecz uznania pełnych uprawnień akademickich dla profesji. W 1920 roku wraz z Breckinridge doprowadziły do uruchomienia kształcenia w zakresie pracy socjalnej w strukturach Uniwersytetu w Chicago. Działając pod nazwą Szkoła Administracji Społecznej, uczelnia kształciła w zakresie pracy socjalnej, a Abbott pełniła w niej m.in. jako pierwsza kobieta w USA obowiązki Dziekana. Miała także swój ogromy udział w stworzeniu „Social Service Review". Jej formalna pozycja pozwoliła także na praktykę w instytucjach prawniczych, będąc m.in. ekspertem w kwestiach imigracyjnych. Prawdopodobnie jej poglądy wywierały pewien wpływ na inspiracje socjalne Prezydenta Roosevelta, zaś szczególnie warte jest podkreślenia to, że w roku 1950 została pierwsza kobietą nominowaną w skład Sądu Najwyższego w Kalifornii. Siostra Edith, Grace Abbott była pierwszym amerykańskim przedstawicielem w Międzynarodowej Organizacji Pracy.

Także w Europie liderkami działania na rzecz praw człowieka były kobiety, które wniosły wielki wkład w rozwój teorii i praktyki pracy socjalnej. Eglantyne Jebb w Wielkiej Brytanii stała się pionierką w zakresie praw dziecka. Ma także zasługi dla profesjonalnego pomagania, włączając się w tworzenie naukowego podejścia do pomocy charytatywnej. Napisała tekst pierwszej Deklaracji Praw Dziecka, w 1923 roku przyjętej przez Ligę Narodów, znaną od 1924 jako Deklaracja Genewska. W Niemczech Jeannette Schwerin jest prekursorką edukacji do pracy socjalnej oraz działaczką na rzec praw kobiet. W 1893 jest współtwórcą inicjatywy „Mädchen – und Frauengruppen für soziale Hilfsarbeit", która z czasem rozwinie kursy pracy socjalnej. Alice Salomon liderka działań na rzecz praw kobiet, od 1893 roku zaangażowana w działalność feministyczną, zarówno na polu krajowym jak i międzynarodowym. W 1900 roku wstąpiła do Bund Deutscher Frauenvereine. Organizacja ta miała wielkie zasługi na polu pomocy socjalnej dla samotnych matek. W 1909 roku została sekretarzem Internationalen Frauenbund, a od 1920 pełniła funkcję wiceprezesa Bund Deutscher Frauenvereine. Dla europejskiej pracy socjalnej wniosła nieprzecenione zasługi w obszarze kształcenia. Kontynuując dzieło Jeannette Schwerin, od 1899 roku organizuje kształcenie dziewcząt i kobiet w formie rocznych kursów do pracy socjalnej w Niemczech, co w efekcie doprowadza do utworzenia w 1908 roku die Soziale Frauenschule w Berlinie. W 1917 roku została wybrana przewodniczącą Konferencji Niemieckich Szkół Socjalnych (Konferenz Sozialer Frauenschulen Deutschlands). Miała ogromy wpływ na kształtowanie się międzynarodowego ruchu szkół socjalnych i powstania Międzynarodowego Stowarzyszenia Szkół Pracy Socjalnej (dziś – IASSW). Pracowała także w ruchach na rzecz pokoju i rozbrojenia. W tej galerii wybitnych europejskich działaczek znakomite miejsce zajmuje Helena Radlińska, która w 1925 roku w Warszawie uruchomiła Studium Pracy Społeczno-Oświatowej, powszechnie uznane jako pierwsza szkoła pracy socjalnej w naszym kraju.

W dniu marcowego święta życzymy wszystkim Paniom spełniającym swe profesjonalne zadania w dziele pomocy człowiekowi siły, wytrwałości, optymizmu i satysfakcji. Historia pracy socjalnej to ogromne, zbiorowe dziedzictwo kobiecej emancypacji i mądrości – warto ten kierunek kontynuować.

Redaktor Naczelny
Piotr Sikora

Opolskie szkice z teorii i praktyki pracy socjalnej

Dorota Tokarczyk

Medyczne i społeczne wymiary opieki i wsparcia osób chorych na schizofrenię

Schizofrenia jako jednostka chorobowa

Pojęcie zdrowia psychicznego oznacza brak zaburzeń zdrowia i brak objawów zaburzeń psychicznych. Według Kazimierza Dąbrowskiego zdrowie psychiczne to zdolność do rozwoju w kierunku wszechstronnego rozumienia, przeżywania, odkrywania i tworzenia coraz większej hierarchii rzeczywistości i wartości, aż do konkretnego ideału indywidualnego i społecznego[1]. Uważa się, że zdrowy, emocjonalnie dojrzały człowiek posiada harmonię w obrębie struktury osobowości, właściwe relacje ze środowiskiem społecznym, zdolność do pracy, działalności twórczej i miłości oraz dobre samopoczucie. Choroba psychiczna to stan, w którym dochodzi do zatarcia wyraźnej granicy między światem realnym, a światem urojeń i halucynacji. Choroba wiąże się z potrzebą wycofywania się z dotychczasowych kontaktów społecznych, które stają się zbyt obciążające. W izolacji pacjent stara się odzyskać wpływ na własne życie, bezskutecznie poszukuje przyczyny głębokiej depresji lub nagłych zmian nastroju. Osoby doświadczające zaburzeń psychicznych potrzebują dostosowanego do stanu zdrowia leczenia, odpowiednich oddziaływań psychoterapeutycznych i rehabilitacyjnych. Stosunkowo częstym i ciężkim zaburzeniem psychicznym jest schizofrenia, która dotyka średnio 1 osobę na 100 [2].

Pierwsze wzmianki o schizofrenii znajdujemy już w Piśmie Świętym oraz w „Księdze Serc", części papirusu Ebersa sprzed 1550 r. p.n.e. W literaturze starogreckiej i rzymskiej są zapiski świadczące, że już wówczas zdawano sobie sprawę z zaburzeń psychotycznych, które nękały ludzkość. Schizofrenia to grupa psychoz opisana w drugiej połowie XIX wieku przez dwóch klinicystów: Eugena Bleulera i Emila Kraepelina, najczęściej występująca choroba psychiczna spotykana u 1% populacji w cywilizowanych społeczeństwach, w równej mierze kobiet i mężczyzn [3]. Psychiatra Morel w 1860 roku pierwszy raz próbował opisać schizofrenię, kiedy to nazwał ją terminem dementi praecox (wczesna demencja). Jako jednostka chorobowa w 1883 roku schizofrenia została wyodrębniona przez Emila Kraepelina. Nazwa „schizofrenia" pojawiła się w 1911 roku, a wprowadził ją szwajcarski psychiatra Eugen Bleuler na określenie rozdwojenia lub niespójności procesu myślowego. Sam termin schizofrenia pochodzi od dwóch słów greckich, oznaczających „rozdwojenie" i „jaźń", jest także często nazywana „chorobą królów"[4]. Kryteria rozpoznawania schizofrenii są stopniowo doprecyzowywane i aktualne status quo w psychiatrii określają klasyfikacje DSM-IV Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i ICD-10 Światowej Organizacji Zdrowia. Klasyfikacje te zostały powszechnie zaakceptowane jako odpowiedź na zapotrzebowanie na „wspólny język" dla psychiatrów na całym świecie, i na bardziej rzetelną (powtarzalną i porównywalną) diagnozę. Poza chorobami organicznymi i zaburzeniami przystosowawczymi, DSM i ICD nie stanowią w zasadzie żadnych hipotez dotyczących etiologii i proponują opisowe kryteria objawowe (kryteria diagnostyczne) dla poszczególnych, dość licznych kategorii [5]. Preferowane w opisie cechy zaburzeń są proste, co za tym idzie łatwe do stwierdzenia, i nie wymagają przez diagnostę interpretowania faktów. W obu klasyfikacjach możliwe jest jednoczesne rozpoznawanie różnych zaburzeń psychicznych. W DSM stosuje się wieloosiową ocenę stanu klinicznego pacjenta (zaburzeń osobowości, nasileniu przeżywanego stresu, towarzyszących zaburzeń somatycznych w chorobie oraz wszechstronnego poziomu funkcjonowania). W klasyfikacji ICD-10 czas trwania „ typowych objawów" – potrzebny do rozpoznania schizofrenii wymagany jest co najmniej jeden miesiąc. Taki wybór miał umożliwić odgraniczenie schizofrenii od „ostrych psychoz o nagłym początku i krótkim przebiegu" oraz od „ostrych psychoz objawowych" (jak psychoza amfetaminowa). Kryterium czasu dotyczy objawów specyficznych, a nie dotyczy objawów zwiastunowych [6].

Dla potrzeb klasyfikacji ICD-10 uznano, iż w przypadku schizofrenii najlepsze będzie „traktowanie terminu schizofrenia jako zespołu opisowego o wielu różnych przyczynach (a wielu z nich dotychczas nie znamy) i o różnym zejściu w zależności od czynników genetycznych, somatycznych, społecznych i kulturowych. Zaburzenia schizofreniczne według kryteriów cechują się charakterystycznymi zaburzeniami myślenia i spostrzegania oraz niedostosowanym i spłyconym afektem przy zwykle zachowanej jasnej świadomości i sprawności intelektu. Można nadmienić, że nie można wskazać jednoznacznych objawów patognomicznych, jednakże niektóre objawy często występują razem i mają determinujące znaczenie w rozpoznaniu schizofrenii [7]. Bardzo ostrożnie stawia się rozpoznanie schizofrenii, w którym opiera się wiedzę na ocenie wszystkich możliwych badań somatycznych, laboratoryjnych, psychologicznych, elektroencefalograficznych, a także po wnikliwych badaniach stanu psychicznego pacjenta, obserwacji klinicznej i zebraniu dokładnego wywiadu rodzinnego [8]. Podstawę kliniczną we wstępnym rozpoznaniu zespołów schizofrenicznych daje stwierdzenie u chorego tzw. objawów podstawowych lub osiowych schizofrenii:

- autyzm – to utrata kontaktu z rzeczywistością, chory wsłuchany jest w swoje przeżycia wewnętrzne, zamyka się we własnym świecie myślenia. Autyzm jest określany także jako myślenie dereistyczne, które nie wiąże się z otaczającą rzeczywistością chorego;
- rozszczepienie osobowości – prowadzi do rozpadu struktury osobowości, manifestuje się współistnieniem przeciwstawnych stanów uczuciowych (ambiwalencja), opatrznym ich rozumieniem (paratymia, np. chory martwi się dobrą wiadomością), rozdwojeniem funkcji woli i działania (ambitendencja), myślenia (ambisentencja), subiektywnie przeżywaną zmianą osobowości (depersonalizacja), a niekiedy rozkojarzeniem toku myślenia [9];
- stępienie uczuciowe – inaczej zblednięcie życia uczuciowego polega na narastającym dystansie, na utracie związku emocjonalnego z otoczeniem. Chory odczuwa wewnętrzną pustkę, jest obojętny wobec najbliższych, występuje zaburzona ekspresja emocji, w której dominuje chłód uczuciowy i obojętność;
- utrata aktywności i inicjatywy – będące wynikiem autyzmu i stępienia uczuciowego. Chory poprzez zobojętnienie wobec otoczenia manifestuje chłód uczuciowy, zamyka się w swoim świecie urojeń i halucynacji, wsłuchuje się w swoje przeżycia wewnętrzne.

Obok podstawowych objawów osiowych opisywanych w polskich podręcznikach coraz częściej jako owe objawy cytuje się tzw. cztery A, opisywane w anglojęzycznej literaturze: abnormal associations – zaburzenia asocjacji; autistic behavior and thinking – autyzm; abnormal affect – zaburzenia afektu; ambivalence – ambiwalencja [10].

Chorzy na schizofrenię stanowią ponad 40% pacjentów szpitali psychiatrycznych. Ta choroba zazwyczaj dotyka ludzi młodych, większość zachorowań notuje się około 20 roku życia[11]. Nieznana jest dotychczas etiologia schizofrenii, nie można jednoznacznie określić dlaczego dany człowiek na tę chorobę zachorował. Badania nad przyczyną zachorowania trwają i można tu jedynie wymienić kilka ważniejszych ze współcześnie wysuwanych hipotez:

- hipotezy genetyczne wskazują na dziedziczenie podatności na zachorowanie. Ryzyko zachorowania w rodzinie obciążonej jest wyższe niż 1% ryzyka, które określono biorąc pod uwagę całą populację;
- hipotezy biologiczne wskazują na nieprawidłową przemianę (tyrozyny, adrenaliny, tryptofanu), lub nieprawidłowy poziom w mózgu (serotoniny, adrenaliny, acetylocholiny i in.), wyróżniono także subtelne zmiany neuroanatomiczne i neurofizjologiczne mózgu ludzi chorujących na schizofrenię;
- hipotezy osobowościowe wskazują na pewne cechy osobowości, które kształtują się we wczesnym dzieciństwie, a później uwrażliwiają daną osobę na późniejsze urazy psychiczne. Dana osoba ma problemy z tożsamością własnego „ja", niedostateczne poczucie własnej siły, odrębności, trudności z właściwym stylem porozumiewania się z otoczeniem;
- hipotezy środowiskowe wskazują na różne czynniki sytuacyjne, które wadliwie kształtują osobowość młodego człowieka poprzez rolę urazu psychicznego, co ma wpływ na przebieg choroby i rokowania, m.in.: zakłócony kontakt z najbliższym otoczeniem, wadliwy wzorzec porozumiewania się z innymi ludźmi, pozycja społeczno – ekonomiczna i cechy kręgu kulturowego, w którym chory żyje [12].

Objawami pierwszorzędowymi istotnymi dla rozpoznania schizofrenii są objawy psychopatologiczne, do których należy zaliczyć: głosy dyskutujące, komentujące zachowanie i działanie chorego, nasyłanie lub zabieranie myśli, urojeniowa interpretacja percepcji, rozprzestrzenianie myśli chorego na zewnątrz. Do objawów dodatkowych schizofrenii, które nie decydują o rozpoznaniu ale warunkują natomiast rozpoznanie różnych jej postaci klinicznych, zaliczamy: różne rodzaje halucynacji, iluzję patologiczną, urojenia i objawy psychosensoryczne. Na podstawie obrazu klinicznego, objawów osiowych i dodatkowych zwykle nie ma trudności diagnostycznych z rozpoznaniem schizofrenii [13]. Z powodu, że nie ma dwóch chorych, u których nasilenie choroby występowałoby w takim samym nasileniu, schizofrenia została podzielona na kilka postaci:

- schizofrenia prosta – (rezydualna) w tej postaci występują przede wszystkim objawy, które stanowią podstawę rozpoznania schizofrenii w ogóle. Początek choroby objawia się w okresie pokwitania. Chory zmienia stosunek uczuciowy do najbliższych poprzez zobojętnienie, kwestionowanie autentyczności własnych rodziców, zdarza się nawet wrogi stosunek wobec nich. Zmieniają się formy myślenia chorego, są jakby „ponadczasowe", postępuje stępienie uczuciowe oraz przejawia się autyzm [14]. Postać schizofrenii prostej charakteryzuje się wolnym mało uchwytnym przebiegiem, w którym powoli rozwijają się jedynie objawy negatywne bez wyraźniejszych objawów urojeń, często mylone przez otoczenie jako wyraz lenistwa i krnąbrności a nie jako przejaw choroby. Chory staje się dziwaczny w zachowaniu i wyglądzie, stopniowo zrywa związki z otoczeniem, przestaje dbać o wygląd zewnętrzny i higienę osobistą, zaniedbuje się w pracy i nauce, traci inicjatywę i zainteresowania, rezygnuje z dotychczasowej prawidłowej adaptacji społecznej [15]. Ogólnie przyjmuje się, że schizofrenia prosta ma przebieg bezbarwny, stale wykazujący zubożenie aktywności psychicznej, ale mogą pojawić się także zachowania impulsywne i agresywne. Niekiedy utrzymują się przez dłuższy czas uzdolnienia artystyczne, rysunek, malarstwo czasem rzeźba. W tej postaci z zasady nie ma urojeń i halucynacji, jeżeli występują to na krótko. Postać prosta schizofrenii zazwyczaj kończy się defektem psychicznym, jest bardzo oporna na leczenie farmakologiczne;
- schizofrenia paranoidalna – (urojeniowa) ta postać schizofrenii występuje nieco później niż postać prosta, zwykle po 22 roku życia. Zazwyczaj początek choroby jest powolny, początek psychozy determinuje lęk w dziedzinie życia uczuciowego. Obok

1 K. Dąbrowski, *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*, Warszawa 1996, s.23.
2 J. Aleksandrowicz, *Schizofrenia dla praktyków i pacjentów,* Gdańsk 2004, s.41.
3 J. Bogusz (red.), *Encyklopedia dla pielęgniarek*, Warszawa 1989, s.448.
4 Z. Klimaszewska (red.), *Tajniki ludzkiego umysłu,* Warszawa 1997, s.44.
5 M. Jarema (red.), *Pierwszy epizod schizofrenii,* Warszawa 2001, s.76.
6 Tamże, s.76 – 78.
7 Tamże, s.77 – 78.
8 A. Kośląc, R. Nowak, *Psychiatria kliniczna i pielęgniarstwo psychiatryczne,* Warszawa 1986, s.65.
9 S. Golec, A. Kokoszka, *Postępowanie w nagłych zaburzeniach psychicznych,* Kraków 2002, s.76.
10 Tamże, s.76.
11 A. Kośląc, R. Nowak, *Psychiatria kliniczna i pielęgniarstwo psychiatryczne,* Warszawa 1986, s.64.
12 W. Gumułka, W. Rewerski (red.), *Encyklopedia zdrowia*, Warszawa 1995, s.1067.
13 A. Kośląc, R. Nowak, *Psychiatria kliniczna i pielęgniarstwo psychiatryczne,* Warszawa 1986, s.65.
14 Tamże, s.67.
15 J. Bogusz (red.), *Encyklopedia dla pielęgniarek*, Warszawa 1989, s.448.

klinicznych zmian typowych (osiowych) w schizofrenii obecne są urojenia prześladowcze, omamy i halucynacje (najczęściej słuchowe) jako objawy pozytywne, natomiast objawy negatywne czyli dezorganizacja zachowań, toku myślenia i uczuć występują w nieznacznym stopniu. Urojenia często mają charakter paranoidalny tak jak mania prześladowcza, a także mniemanie wielkościowe o własnej osobie, urojenia o niewierności małżeńskiej, czasem hipochondryczne. Chorzy często mówią, że ktoś zabiera im myśli, wypija krew, elektryzuje (urojenia oddziaływania), bądź w ich ciele żyje jakaś obca istota, która panuje nad ich ciałem (urojenia owładnięcia). W schizofrenii paranoidalnej świat przeżyć halucynacyjnych jest bardzo bogaty bowiem obok omamów słuchowych mogą również pojawić się omamy węchowe bądź czuciowe. Przebieg choroby może być różny, z czasem postępuje stały defekt psychiczny, ale również stwierdzono samoistne zatrzymanie się destruktywnego procesu. Podatność na leczenie biologiczne jest znaczna i przewidywania prognostyczne są dość optymistyczne [16];

- schizofrenia hebefreniczna – inaczej zwana zdezorganizowaną, występuje najwcześniej ze wszystkich postaci schizofrenii, zwykle w wieku pokwitania. Cechuje ją ogromne poczucie pustki w życiu, zaburzenia myślenia i pamięci, zubożenie emocjonalności wyższej bądź jej brak oraz absurdalność zachowań i spłycenie afektu. Chory zachowuje się dziwacznie, bezceremonialnie, uwydatnia się żartobliwa mimika i gestykulacje oraz brak poczucia taktu i zmanierowanie [17]. Postać kliniczna schizofrenii hebefrenicznej dość szybko prowadzi do destrukcyjnych zmian psychiki chorego z powodu jego młodego wieku i kształtującego się jeszcze intelektu. Obrazem tych uszkodzeń są ambiwalencja i paratymia oraz rozkojarzenia myślenia i mowy co prowadzi szybko do znacznego zubożenia życia psychicznego i stanu defektowego. W przebiegu procesu chorobowego rzadko występują urojenia, iluzje czy halucynacje. Charakterystyczną cechą cierpiących na schizofrenię hebefreniczną jest zaniechanie dbałości o higienę osobistą, a czasem występowanie koprofagii (spożywanie kału). Rokuje najmniejsze szanse na wyleczenie [18];
- schizofrenia katatoniczna – w zaburzeniu napędu psychoruchowego w katatonii wyodrębniamy dwie podgrupy kliniczne, postać akinetyczną i hiperkinetyczną. Akinetyczna postać zwykle rozpoczyna się ostro z zaburzeniami ruchowymi, ze stanem osłupienia całkowitym lub częściowym. Chory przyjmuje nienaturalne pozy przez długi okres czasu, zastyga bez ruchu na długie godziny, wykazuje objawy mutyzmu, negatywizmu, zazwyczaj nie przyjmuje pokarmów, zanieczyszcza się. Badanie siły i napięcia mięśniowego wykazuje giętkość lub sztywność woskowatą. Możliwe jest także pobudzenie katatoniczne zwane postacią hiperkinetyczną, podczas którego chory jest pobudzony psychoruchowo wykonując mnóstwo bezcelowych ruchów, są to wybuchy energii, czasem może być agresywny [19]. Formy akinetyczne i hiperkinetyczne mogą wzajemnie się zastępować w przebiegu procesu chorobowego. Rokowanie w katatonii jest w znacznej mierze pomyślne, bowiem ta postać jest podatna na leczenie, jednak w ciągu całego życia chorego może przechodzić w inne postacie kliniczne psychozy schizofrenicznej [20];
- psychoza schizoafektywna – (psychoza mieszana) jest postacią schizofrenii o przebiegu okresowym, obrazem klinicznym są nawroty maniakalne lub depresyjne, między którymi występują przerwy, a w tym czasie stan psychiczny chorującego jest stosunkowo zadowalający. W psychozie schizoafektywnej determinuje się mniejszy defekt psychiczny niż w innych postaciach schizofrenii. Rokowania są stosunkowo najlepsze wśród innych postaci schizofrenii [21];
- schizofrenia niezróżnicowana – psychoza, w której występują mieszane objawy różnych typów schizofrenii, co nie pozwala do jednoznacznego zakwalifikowania;
- depresja poschizofreniczna – epizod depresyjny, który ujawnia i rozwija się w następstwie schizofrenii – możliwe jest wystąpienie niektórych objawów choroby.

Schizofrenia może być jedynym epizodem psychotycznym w życiu człowieka, może mieć przebieg remisyjny bądź bezremisyjny, charakteryzujący się stale postępującym procesem niszczącym aktywność psychiczną chorującego człowieka. Nawet po jednym zaostrzeniu choroby sprawność psychiczna nigdy nie wraca do stanu z okresu przedchorobowego. Każdy następny rzut psychozy pogarsza sprawność psychiczną. W przebiegu bezremisyjnym dochodzi do utrwalenia pewnego defektu lub stanu defektywnego psychiki. Z czasem proces schizofreniczny czyni z chorującego inwalidę psychicznego, który jest niezdolny do samodzielnej egzystencji w społeczeństwie i wymaga umieszczenia w odpowiednich instytucjach terapeutycznych o profilu rehabilitacyjnym jakim są domy pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych [22].

Leczenie i rehabilitacja osób chorych na schizofrenię

Szereg schorzeń psychicznych prowadzi do pojawienia się niekorzystnych i utrwalonych zmian w psychice chorych, utrudnia, a niekiedy uniemożliwia dostosowanie społeczne, wykonywanie nawet prostych czynności. Dlatego też odpowiednie oddziaływanie psychoterapeutyczne może przynosić niekiedy bardzo korzystne zmiany w stanie psychicznym. Przez rehabilitację psychiczną rozumiemy system skoordynowanych oddziaływań społecznych, psychologicznych, wychowawczych i medycznych umożliwiających chorym psychicznie w miarę samodzielną egzystencję i integrację społeczną [23]. Można więc powiedzieć, że rehabilitacja, to przywracanie tego, co utracone. Choroba psychiczna jest czynnikiem determinującym utratę sprawności psychicznej bowiem wyraźnie zaburza dostosowanie społeczne. Skutkiem takiej dezadaptacji będzie niemożność pełnienia dotychczasowych ról społecznych, niezdolność do radzenia sobie z życiem codziennym,

16 A. Kośląc, op. cit., s.69.
17 J. Bogusz (red.), *Encyklopedia dla pielęgniarek*, Warszawa 1989, s.448.
18 A. Kośląc, op. cit., s.71-72.
19 J. Bogusz (red.), *Encyklopedia dla pielęgniarek*, Warszawa 1989, s.448.
20 A. Kośląc, op. cit., s.72-73.
21 Tamże, s. 73.
22 Tamże, s. 73-74.
23 J. Meder (red.), *Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji*, Warszawa 1995, s.6.

pracą zawodową oraz nieumiejętność prawidłowego komunikowania się. Bardzo ważne jest, aby leczenie pacjenta objęło również rehabilitację, czyli przywrócenie mu wszystkich umiejętności, które utracił na skutek choroby. Strategia rehabilitacji opiera się na wspieraniu chorego w trudnym dla niego okresie powrotu do aktywnego życia w społeczeństwie, wspieraniu go w kolejnych kryzysach emocjonalnych i interpersonalnych oraz na kształtowaniu jego doświadczeń. Polega ona również na przystosowaniu pacjenta do nowych, chorobowo zmienionych, często gorszych warunków. Postępowanie rehabilitacyjne powinno być zindywidualizowane i dostosowane do zmieniających się możliwości pacjenta. Oparte jest na elastycznym, często długotrwałym programie działania, który powinien uwzględniać przebieg choroby i czas jej trwania, głębokość dezadaptacji i sytuację psychospołeczną pacjenta. Hospitalizacja chorego powoduje jego izolację od społeczności ludzi zdrowych, co nie sprzyja kształtowaniu się u niego umiejętności społecznych, natomiast może powodować utrwalenie się nieprawidłowych zachowań. Dlatego ważne jest, aby oddziaływania rehabilitacyjne rozpoczęły się równocześnie z leczeniem. Już od pierwszych dni pobytu w szpitalu pacjent powinien być przygotowywany do ponownego wejścia w układy społeczne, w środowisko rodzinne, socjalne, zawodowe. Rehabilitacja zapoczątkowana w szpitalu powinna być kontynuowana w środowisku pacjenta. Z tego wynika, że oddziaływania rehabilitacyjne muszą dotyczyć wszystkich obszarów życia ludzkiego. To z kolei wymaga ścisłego współdziałania instytucji roztaczających opiekę nad chorymi psychicznie, szczególnie w długotrwałych programach rehabilitacyjnych i kształtowaniu właściwych postaw środowiska. Celowe są wszechstronne oddziaływania rehabilitacyjne, obejmujące zarówno samego chorego, jak i jego rodzinę oraz środowisko, aby przygotować ich do przyjęcia osoby niepełnosprawnej. Działaniem rehabilitacyjnym powinni być poddani wszyscy pacjenci, zarówno ci pozostający pod opieką całodobowych oddziałów szpitalnych, jak i korzystających z pośrednich form opieki psychiatrycznej, takich jak oddziały dzienne, czy poradnie zdrowia psychicznego oraz pensjonariusze domów pomocy społecznej lub hosteli. W wyniku procesu rehabilitacji winna utworzyć się u chorego czynna postawa wobec zaburzeń i powrócić ma pozytywny stosunek do życia, rodziny i społeczeństwa.

Uwzględniając kliniczne, psychologiczne i socjalne cechy chorego psychicznie, wyróżniamy w rehabilitacji dwie formy: wczesną i późną. Dobór metod rehabilitacji zależy od rodzaju, nasilenia i fazy choroby. Rehabilitacja wczesna, w pierwszej fazie choroby polega na zapobieganiu bierności, dążeniu do utrzymania się chorego w dotychczasowych rolach życiowych, a gdy choroba rozpoczyna się przed osiągnięciem dojrzałości i samodzielności – pomocy w podjęciu tych ról [24]. Rehabilitacja wczesna powinna być prowadzona do czasu osiągnięcia przez pacjentów właściwego poziomu adaptacji społecznej. Rehabilitacja późna stosowana jest: w przewlekłych zaburzeniach psychicznych; u osób chorych psychicznie wielokrotnie hospitalizowanych; u chorych przewlekle hospitalizowanych; wobec osób pozbawionych możliwości powrotu do samodzielnej egzystencji. W rehabilitacji później największą rolę odgrywają oddziaływania kształtujące motywację do akceptowanych przez otoczenie zachowań, pobudzające do celowej aktywności. Bardzo ważne jest odtwarzanie i podtrzymywanie umiejętności z zakresu: samoobsługi, dbałości o higienę osobistą i estetyczny wygląd, nawiązywania i podtrzymywania kontaktów z ludźmi, opanowania uciążliwych dla otoczenia objawów choroby. Kształtowaniu tych umiejętności powinna towarzyszyć psychoterapia podtrzymująca i systematyczne usprawnianie ruchowe. Rehabilitacja późna musi stanowić proces długotrwały, bowiem w większości przypadków przewlekle chorzy, u których osiągnięto poprawę dostosowania społecznego, pozbawieni dalszego socjoterapeutycznego wsparcia, cofają się stopniowo do stanu z przed rehabilitacji. Ogólnie można powiedzieć, że rehabilitacja późna polega głównie na treningu w niezbędnych codziennych czynnościach, przystosowaniu do życia rodzinnego i pracy [25].

Rehabilitacja chorych psychicznie jest jedną z form terapii psychiatrycznej. W stanach przewlekłych jest podstawową metodą leczenia, natomiast w psychozach o krótkim czasie trwania jest postępowaniem wspomagającym inne metody leczenia. Ważnym elementem w postępowaniu rehabilitacyjnym jest społeczność psychoterapeutyczna. Oprócz ogólnych wskazań dotyczących rehabilitacji wobec chorych psychicznie niezbędne jest stosowanie specyficznych tzw. zasad rehabilitacji psychiatrycznych:

- zasada partnerstwa – poszanowanie praw i indywidualności chorego. Warunkiem rozpoczęcia rehabilitacji jest zdobycie zaufania, akceptacji programu i chęci współpracy. Rehabilitacja jest prawem, a nie obowiązkiem chorego i może być prowadzona jedynie za zgodą pacjenta;
- zasada wielostronności oddziaływań – oddziaływanie w różnych sferach życia codziennego, wymagające ścisłej współpracy wielospecjalistycznego zespołu;
- zasada stopniowania trudności – aż do całkowitej lub prawie pełnej samodzielności;
- zasada powtarzalności oddziaływań – szczególnie odnosi się do osób, u których proces chorobowy przebiega z okresowymi zaostrzeniami i po każdym trzeba powtórzyć nabyte już poprzednio umiejętności;
- zasada zgodności psychospołecznych i biologicznych metod oddziaływania – czyli leczenia farmakologicznego i rehabilitacji;
- zasada optymalnej stymulacji – niedobór bodźców i monotonia mogą powodować bierność i utratę zainteresowań. Nadmiar bodźców i stawianie pacjentowi zbyt trudnych zadań wpływa demobilizująco i może doprowadzić nawet do „depresji rehabilitacyjnej". Dlatego nie wskazana jest tak nadmierna, jak i zbyt uboga stymulacja chorego [26].

Reasumując powyższe zasady można powiedzieć, że rehabilitacja psychiatryczna sprowadza się do: kształtowania motywacji akceptowanych przez otoczenie zachowań, wyrabiania nawyków celowej aktywności, treningu w sposobie życia zbliżonym do zwyczajowych norm. Istotne jest odtwarzanie i podtrzymywanie umiejętności z zakresu samoobsługi, dbałości o higienę i estetyczny wygląd, gospodarowania pieniędzmi, nawiązywania i podtrzymywania kontaktów z ludźmi, rozwiązywania problemów.

24 T. Gałkowski, J. Kiwerski (red.), *Encyklopedyczny słownik rehabilitacji*, Warszawa 1986, s.263.
25 Tamże, s.263.
26 J. Meder (red.), *Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji*, Warszawa 1995, s.7.

Opieka psychiatryczna jako zadanie społeczne

Zdrowie psychiczne ma ogromne znaczenie dla jakości życia w społeczeństwie: w szkole, miejscu pracy, podczas spędzania wolnego czasu. Dobre zdrowie psychiczne stanowi część socjalnego, ludzkiego i gospodarczego kapitału społeczeństwa. Jego zły stan może natomiast przyczynić się do gwałtownego obniżenia jakości życia dotkniętych nim osób i ich rodzin. Stanowi to wyzwanie nie tylko dla sektora zdrowia. Zły stan zdrowia psychicznego jest jedną z trzech najczęściej występujących przyczyn nieobecności w pracy oraz jednym z głównych powodów przechodzenia na wcześniejszą emeryturę czy rentę inwalidzką. Społeczeństwo, a także systemy edukacyjne, socjalne, gospodarka i wymiar sprawiedliwości, ponoszą znaczne koszty związane ze złym stanem zdrowia. W Polsce działania na rzecz promocji zdrowia psychicznego reguluje Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego oraz akty wykonawcze. Zadania realizowane przez administrację rządową i samorządową uzupełniane są przez działalność organizacji pozarządowych, które prowadzą programy aktywizacji osób z doświadczeniem choroby psychicznej do pełnego uczestniczenia w życiu społecznym.

Psychiatria społeczna dąży do ustalenia, w jaki sposób środowisko przyczynia się do wystąpienia różnego typu zaburzeń psychicznych, do częstości ich występowania, do przebiegu i wpływu na wyniki leczenia i dostosowanie społeczne[27]. Psychiatria społeczna w rozwiązywaniu tych wszystkich problemów stosuje metody badawcze zapożyczone z innych dyscyplin naukowych tj. medycyny społecznej, socjologii, antropologii, psychologii społecznej, epidemiologii. Natomiast praktycznym zastosowaniem wyników badań zajmuje się psychiatria środowiskowa, która wykorzystuje środowiska społeczne w leczeniu, rehabilitacji i szeroko pojętej opiece psychiatrycznej. Psychiatria środowiskowa to całościowe przedsięwzięcie organizacyjne, mające na celu zmniejszenie rozmiarów zaburzeń psychicznych, a zwiększeniu potencjału zdrowia psychicznego w skali całych środowisk (gmin, miast, rejonów wiejskich i in.). Polega ono na oddziaływaniu na te środowiska za pośrednictwem różnych służb społecznych (medycznych, administracyjnych, policyjnych, oświatowych, duszpasterskich i in.) i inicjatyw organizacyjnych, szkoleniowych, propagandowych, a także przez tworzenie różnorodnych form pomocy w tym także pomocy psychiatrycznej [28]. Prawie w żadnym państwie europejskim przez kilkanaście lat po drugiej wojnie światowej nie przywiązywano większego znaczenia do jakości opieki psychiatrycznej, a przynajmniej nie starano się o sformułowanie obiektywnych kryteriów. Obecnie dąży się do wypracowania podstawowych wzorów, by doświadczenia i rozwiązania z prawidłowo prowadzonej opieki psychiatrycznej były możliwe do bezpiecznego stosowania w innych miejscach i wobec innych pacjentów. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego ma chronić prawa obywatelskie osób z zaburzeniami psychicznymi, rozwijać formy pomocy, uczyć tolerancji, zrozumienia i życzliwości, przeciwdziałać dyskryminacji. Zmiana świadomości społecznej jest konieczna, gdyż liczba osób cierpiących na różnego rodzaju deficyty psychiczne jest duża i stale wzrasta, do czego przyczyniają się zmiany, które niesie współczesna cywilizacja.

27 T. Gałkowski, J. Kiwerski (red.), *Encyklopedyczny słownik rehabilitacji,* Warszawa 1986, s.251.

28 W. Gumułka, W. Rewerski (red.), *Encyklopedia zdrowia*, Warszawa 2000, s.1088.

Podstawowe formy opieki psychiatrycznej

Opieka psychiatryczna w Polsce stanowi część ogólnego systemu opieki zdrowotnej. Struktura organizacyjna i zakres zadań oparte są na zasadach: powszechnej dostępności, integracji z ogólnym systemem służby zdrowia, koordynacji działań wszystkich form opieki psychiatrycznej określonego terenu, ciągłości, elastyczności i kompleksowości opieki [29]. Podstawowe formy opieki psychiatrycznej to:

- lecznictwo stacjonarne – szpitale psychiatryczne, odziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych, sanatoria, zakłady leczenia odwykowego,
- lecznictwo otwarte – poradnie zdrowia psychicznego,
- pośrednie formy opieki – oddziały dzienne, nocne, hostele, także pewne zadania z zakresu opieki pośredniej spełniają zakłady pracy chronionej.

Psychiczne leczenie szpitalne bywa konieczne w przypadku nasilonych zaburzeń, których leczenie w poradni byłoby nieskuteczne albo niebezpieczne ze względu na zagrożenie, jakie bezkrytyczni chorzy mogliby stanowić dla siebie i otoczenia. Do szpitala mogą być przyjęci chorzy skierowani przez lekarzy (na własną prośbę lub na życzenie rodzin, jeśli nie są w stanie kierować swoim postępowaniem), albo na mocy orzeczenia sądu lub decyzji prokuratora wspartych opinią biegłych. Według Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, zasadą jest przyjmowanie do szpitali psychiatrycznych za pisemną zgodą chorego. Przyjęcie chorego bez jego zgody jest możliwe tylko w wyjątkowych przypadkach i zawsze poddane kontroli sądu opiekuńczego. Natomiast gdy zachowanie chorego zagraża bezpośrednio jego życiu albo zdrowiu lub życiu innych osób, możliwe jest wtedy przyjęcie natychmiastowe. Dla niektórych chorych psychicznie pobyt w szpitalu psychiatrycznym jest epizodem w ich życiu. Dla pewnej grupy pacjentów chronicznych to jedyne miejsce, w którym mogą oni bezpiecznie żyć, z perspektywą poprawy stanu zdrowia. Dla tych osób szpital lub klinika psychiatryczna spełniają następujące funkcje:

- zapewnienie realizacji podstawowych potrzeb: w sposób rutynowy lub z uwzględnieniem indywidualnych wymogów sytuacji chorego;
- stabilna i zróżnicowana struktura stosunków międzyludzkich. Chory uzyskuje w ten sposób poczucie bezpieczeństwa, nie jest zdezorientowany ciągłymi zmianami otaczających go osób;
- uporządkowanie przebiegu dnia sprawia, że chory może przyswoić sobie rytm zajęć i aktywności, codzienność ma dla niego charakter przewidywalny i przestaje go przerażać. Wie, kiedy i jak może skorzystać z oferty terapeutycznej, nie jest pozostawiony sam ze swoimi problemami;
- specyfika szpitala psychiatrycznego sprawia, że chory ma tam nieporównywalny do wszystkich innych form zakres opieki i różnorodność zajęć terapeutycznych. Zmiana lub aktualizacja aktywności terapeutycznych nie wymaga od pacjenta budowania nowych relacji międzyludzkich i wypracowywania na nowo zaufania do nieznanego człowieka;
- w sytuacjach kryzysowych pomoc jest oferowana dosłownie natychmiast. Nie ma zagrożeń wynikających z pozostawienia chorego samemu sobie w najtrudniejszych chwilach.

29 T. Gałkowski, J. Kiwerski (red.), *Encyklopedyczny słownik rehabilitacji,* Warszawa 1986, s.252.

Lecznictwo ambulatoryjne w Polsce tworzy sieć w poradni zdrowia psychicznego. Lekarze udzielają tu porad, prowadzą leczenie, w razie potrzeby kierują chorych do szpitali, interweniują w sprawach bytowych i innych. Przy niektórych poradniach zdrowia psychicznego działają oddziały dzienne i środowiskowe o różnym profilu, kluby, grupy psychoterapeutyczne. Pośrednie formy lecznictwa mają na celu ograniczenie potrzeby leczenia szpitalnego do niezbędnego minimum. Do form tych należą zwłaszcza: hospitalizacja częściowa (dzienna, nocna), tzw. hospitalizacja domowa (intensywne leczenie w domu chorego), różne inne eksperymentalne formy leczenia, alternatywne wobec hospitalizacji, ośrodki i oddziały środowiskowe, środowiska zastępcze, zakłady pracy chronionej, mieszkania chronione. Istotą tych form leczenia jest stworzenie różnych możliwości wspierania wysiłku adaptacyjnego chorych tak, by ograniczając czas trwania hospitalizacji stopniowo wprowadzać ich w obciążenia związane z warunkami poszpitalnymi. Formy pośrednie zwiększają różnorodność sieci dostępnych świadczeń społecznych stanowiących dla potrzebujących tego chorych, tzw. system oparcia społecznego.

System oparcia społecznego jest ważnym elementem psychiatrii środowiskowej, przeznaczony głównie dla przewlekle chorych psychicznie. Naturalny system stanowi sieć kontaktów społecznych jednostki z ludźmi, z jej najbliższego otoczenia, od których uzyskuje pomoc w codziennych trudnościach oraz pomoc i wsparcie emocjonalne w szczególnie trudnych sytuacjach życiowych. Naturalny system oparcia, z którego każdy z nas również korzysta to najczęściej rodzina, przyjaciele, znajomi, koledzy, sąsiedzi oraz inne osoby z otoczenia – życzliwe, budzące zaufanie i szacunek. Wsparcie społeczne obejmuje zarówno konkretną pomoc, jak i zaspakajanie potrzeb psychicznych, łagodzenie napięć emocjonalnych i następstw stresu, tworzenie atmosfery bezpieczeństwa i wspólnoty oraz doradzanie w różnego rodzaju w sprawach osobistych [30].

Pacjent cierpiący na schizofrenię i jego rodzina

Schizofrenia diametralnie zmienia życie jednostki, po takiej diagnozie nic już nie jest i nie będzie takie jak było dotychczas. Skutki choroby dotykają nie tylko pacjenta, ale także jego małżonka, dzieci, rodziców i innych członków rodziny. Trzeba sobie zdawać sprawę, że ustabilizowanie i opanowanie przebiegu choroby, a nawet jej wyleczenie nie będzie jednoznaczne z powrotem dokładnie do takiej samej formy życia jak z przed wybuchu psychozy. Schizofrenia jest pewnym negatywnym przełomem życiowym i doprowadza do unieruchomienia określonych mechanizmów. Wywołuje u człowieka bezradność i bezbronność. Chory bardzo szybko dochodzi do granic swoich wydajności. Jest konfrontowany z wieloma nieprzychylnymi reakcjami otoczenia społecznego. Negatywny i fałszywy obraz „wariata" dominujący w powszechnej świadomości staje się czynnikiem dodatkowo stygmatyzującym chorego. Pacjent wtedy cierpi podwójnie. Po pierwsze z powodu choroby, po drugie z powodu reakcji otoczenia społecznego na tę chorobę. Wraz z pacjentem cierpi najbliższa rodzina. Są to cierpienia wywołane naocznym doświadczeniem tego, czym choroba jest dla domownika. Są to cierpienia związane z szarą codziennością, z praktycznymi przejawami życia. Choroba psychiczna zawsze stanowi niezwykłe obciążenie. Osoba ze schizofrenią cechuje się szczególną emocjonalną nadwrażliwością. Chorego łatwo zranić zwykłymi słowami, wypowiedzianymi bez żadnych negatywnych intencji. Stwarza to problemy w relacjach rodzinnych, a tym bardziej poza kręgiem najbliższych. Chory nawet dla najbardziej kochającej rodziny może czasami być ciężarem ponad siły, bowiem unika kontaktów na zewnątrz, stale przebywa w domu, nie pracuje, jest niezaradny, trudny we współżyciu.

W schizofrenii tak jak w każdym typie psychoz wiele zależy od postaw pacjenta, czy chory zechce się zmierzyć ze swoją chorobą i czy będzie się jej aktywnie przeciwstawiał. Przy tego typu schorzeniach leczenie psychofarmakologiczne jest koniecznością lecz nie jedyną metodą. Leczenie wymaga wysiłku i aktywności także od niego samego i są chwile, kiedy współpraca przychodzi pacjentowi niezwykle ciężko. Choroba przyniosła i przynosi nowe problemy, przesuwając życiowe akcenty i priorytety, należy więc pomóc choremu jak najlepiej i jak najszybciej zagospodarować ten obszar, który nie poddał się chorobie albo został z niej uwolniony. Plany, nadzieje, kompetencje, zdolności, umiejętności muszą zostać dopasowane do aktualnego stanu zdrowia, bowiem choroba przekreśliła dotychczasowe cele i plany. Jednakże nie wolno osłabiać woli pacjenta ani przekreślać tego wszystkiego, co było dla niego ważne przed chorobą i wiązało się z poważnymi nadziejami, oczekiwaniami, planami. Błędną, szkodliwą i antyterapeutyczną postawą otoczenia jest to, że usiłuje się oddzielić grubą kreską przeszłość pacjenta od jego teraźniejszości. Błędny wniosek wyciąga także czasami współmałżonek, rodzic czy inny bliski pacjenta, zmylony jego widoczną postawą rezygnacji, pasywnością. Dzieje się tak zazwyczaj, gdy w ostrej fazie choroby, podczas przyjmowania zwiększonych dawek leków czy też w chwili uświadomienia sobie, jak poważna jest to choroba, pacjent istotnie może sprawiać wrażenie jak gdyby mu już na niczym nie zależało. Jednak gdy stan zdrowia poprawi się choć w niewielkim stopniu, wtedy naturalnym biegiem rzeczy pacjent próbuje nawiązać do egzystencji prowadzonej przed wybuchem choroby, do dawnych celów i zamierzeń. Należy jednak pamiętać, że nawet po ustabilizowaniu stanu pacjenta nie wszystko będzie mogło zostać po staremu. Świadomość taką powinien mieć nie tylko fachowo pomagający, ale przede wszystkim sam chory i jego rodzina, po to aby uniknąć bolesnych rozczarowań. Pacjent i jego rodzina muszą prędzej czy później wykonać rewizję i przeorganizowanie życia. Musi zostać przeprowadzona zmiana planów i celów – przy wsparciu fachowo pomagającego w oparciu o racjonalną refleksję, a także jako świadomie i celowo podjęta konfrontacja emocjonalna. Jest to trudny proces, który pomaga w zmierzeniu się z trudną prawdą o tym, że chory musi dokonać głębokich zmian w swoich planach i w codziennym życiu. Zmiany te nieraz będą wiązać się z koniecznością wyrzeczenia się czegoś, zrezygnowania z ważnych i cennych dla pacjenta aspektów życia.

Szczególnie trudną sytuację mają chorzy w młodym wieku. Nie zawsze otrzymują oni właściwe wsparcie od swoich rodziców, którzy nie chcą się rozstać z nadziejami i oczekiwaniami wiązanymi z przyszłością dziecka. Nie chcą przyjąć do wiadomości, że choroba nieodwołalnie zmieniła życie pacjenta. Wielu rodziców pragnie bowiem, aby dzieci osiągnęły to, co im nie było dane albo co im samym się nie udało. Wysiłki i starania koncentrują się na urzeczywistnieniu takich właśnie nadziei. Schizofrenia z reguły przekreśla je albo mocno zawęża. Są rodzice, którzy marzą o wnukach, chcą się starzeć w wielopokoleniowej rodzinie. Schizofrenia prawdopodobnie uniemoż-

30 A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria*, Warszawa 1992.

liwi macierzyństwo i ojcostwo. Egoistyczne postawy najbliższej rodziny poważnie utrudniają stabilizację zdrowia pacjenta. Osoba ze schizofrenią nie chce rozczarować bliskich, pragnie sprostać ich oczekiwaniom, boi się, że stanie się dla rodziny ciężarem. Wobec czego wiele zła mogą uczynić nieprawidłowe, bezmyślne, nazbyt spontaniczne reakcje otoczenia. Są jednostki, dla których utrata jakości dotychczasowego życia, a zwłaszcza ambitnych planów i starannie wypracowanych wizji przyszłości może być faktem niemożliwym do przepracowania. Kształtowanie nowego życia po rzucie choroby jest naznaczone zredukowaniem oczekiwań dotyczących własnej roli, własnych planów i celów. Rodzina powinna wykazać się zdrowym rozsądkiem, chłodną oceną sytuacji i podejściem uczciwym a zarazem pełnym empatii. Należy wspierać inicjatywy, kiedy pacjent po zaleczeniu choroby próbuje rozpocząć nowy etap życia, szukając pracy, angażując się w różne relacje międzyludzkie. Jednocześnie trzeba zmotywować pacjenta do dokonywania realistycznej oceny, czy sobie z tym wszystkim poradzi, bowiem nie będzie w stanie sprostać intensywności niektórych relacji międzyludzkich, zwłaszcza w sytuacjach, których nie można tak po prostu przerwać w dowolnym momencie. Ryzykowne dla chorego będzie przebywanie w sytuacji ciągłego stresu, w okolicznościach, kiedy nieustannie ponosi się za coś odpowiedzialność. Dotyczy to głównie powrotu chorych do pracy zawodowej. Nie powinni przeceniać swoich sił ale także nie powinni przybierać postawy pasywnej i odrzucać z góry wszystkich propozycji, nawet tych, które warto byłoby wypróbować. Chory musi poobserwować swoje reakcje i w różnych sytuacjach przetestować przeżywane emocje. Fachowo pomagający i rodzina nie powinni pacjentowi niczego sugerować, a tym bardziej narzucać. Ocena własnej odporności na obciążenia oraz weryfikacja aktualnej wydajności to szukanie najlepszych indywidualnych rozwiązań i pomysłów na życie. Każdy pacjent powinien odnaleźć to, co mu najlepiej posłuży, a jednocześnie zdecydowanie wykluczyć czynniki będące potencjalnym zagrożeniem dla osiągniętej z takim trudem stabilizacji emocjonalnej. Pozytywne i negatywne ograniczenia nie mają ostatecznego charakteru, zawsze można je zrewidować, zależnie od zmian w stanie zdrowia psychicznego, proporcjonalnie do odnawianych, względnie nabywanych kompetencji. Właściwą strategią jest więc realistyczna ocena stanu zdrowia, nazwanie po imieniu zagrożeń, których bezwzględnie należy unikać, właściwe korzystanie z lekarstw, pomoc otrzymywana od rodziny i przyjaciół. Pacjent ma zyskać poczucie, że przynajmniej częściowo panuje nad własnym losem.

Do połowy XX wieku psychiatria dość kategorycznie twierdziła, że rodzice, a zwłaszcza matka, są współwinni wystąpieniu schizofrenii. Poglądy te – obecnie zrewidowane utrwaliły się w świadomości społecznej, nie służą terapeutycznemu klimatu w domu pacjenta. Życia pod jednym dachem z osobą chorą na schizofrenię trzeba się nauczyć. Trzeba wytworzyć w sobie wrażliwość pomagającą w balansowaniu pomiędzy bliskością a dystansem. Fachowo pomagający musi najpierw przekonać rodzinę pacjenta, że nie są winni tej chorobie. Jeśli domownik ma poczucie winy, to na pewno nie będzie w stanie na dłuższą metę skutecznie pomagać osobie ze schizofrenią. Rodzina pacjenta potrzebuje przede wszystkim wiedzy o jego aktualnym stanie zdrowia, a także instrukcji, jak powinni się zachowywać, aby nie zaszkodzić leczącej się osobie. Ich relacje powinny wkroczyć na zupełnie nowy etap, gdzie nie wolno powtarzać starych błędów, denerwować się, że chory nie zachowuje się zgodnie z ich oczekiwaniami. Rodzinnie trzeba pomóc w związku ze zderzeniem się z chorobą psychiczną. Zachęcać do rozmów z fachowo pomagającymi, do szukania wiarygodnych informacji, zaktualizowanej wiedzy, zaangażowania się w grupę wsparcia dla osób opiekujących się w rodzinie pacjentem psychiatrycznym. Osoba chorująca psychicznie może, powinna i chce żyć wśród nas.

Bibliografia

1. Aleksandrowicz J., Psychoterapia dla pacjentów, Warszawa 2008.
2. Aleksandrowicz J., Schizofrenia dla praktyków i pacjentów, Gdańsk 2004.
3. Belin S., Schizofrenia, Gdańsk 2001.
4. Bilikiewicz A. (red.), Psychiatria, Warszawa 1992.
5. Bogusz J. (red.), Encyklopedia dla pielęgniarek, Warszawa 1989.
6. Dąbrowski K., W poszukiwaniu zdrowia psychicznego, Warszawa 1996.
7. Gałkowski T., Kiwerski J. (red.), Encyklopedyczny słownik rehabilitacji, Warszawa 1986.
8. Golec S., Kokoszka A., Postępowanie w nagłych zaburzeniach psychicznych, Kraków 2002.
9. Gumułka W., Rewerski W. (red.), Encyklopedia zdrowia, Warszawa 2000.
10. Jarema M. (red.), Pierwszy epizod schizofrenii, Warszawa 2001.
11. Jarosz M., Lekarz psychiatra i jego pacjent, Warszawa 1982.
12. Klimaszewska Z. (red.), Tajniki ludzkiego umysłu, Warszawa 1997.
13. Koślacz A., R. Nowak, Psychiatria kliniczna i pielęgniarstwo psychiatryczne, Warszawa 1986.
14. Meder J.(red.), Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji, Warszawa 1995.
15. Shepherd G., Rehabilitacja w psychiatrii, Pruszków 1999.
16. Świtaj P., Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, Warszawa 2008.
17. Tarkowski Z., Jurkiewicz C, Plan opieki indywidualnej w domu pomocy społecznej, Lublin 1997.

Ludzie pomocy człowiekowi i ich dzieło

Sylwia Ladra-Matysik

Przecież TO CZŁOWIEK – rozmowa z Panią Mieczysławą Kwolek-Pawełczak – prezesem stowarzyszenia na rzecz osób uzależnionych „To Człowiek"

Pani Mieszysława Kwolek – Pawełczak w uścisku dłoni z Panią Jolantą Kwaśniewską

Na początek chciałabym, aby przybliżyła Pani zadania i funkcje Stowarzyszenia „To Człowiek".

Stowarzyszenie „To Człowiek" zostało powołane w celu udzielania pomocy osobom uzależnionym i ich rodzinom. Jedną z jego funkcji jest przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób uzależnionych, ich rodzin, ale także wspieranie jednostek niezaradnych życiowo, którzy nie radzą sobie w nawet prozaicznych sytuacjach dnia codziennego. Stowarzyszenie udziela pomocy potrzebującym pomocy prawnej, a oprócz tego prowadzi terapię ambulatoryjną, świadczy pomoc psychologiczną i pomaga rodzicom znaleźć ośrodek dla uzależnionych dzieci. W Stowarzyszeniu prowadzona jest także grupa wsparcia dla rodziców.

Każda nazwa organizacji coś oznacza – co zatem należy rozumieć przez słowa „To Człowiek"?

Nazwa związana jest z pewną sytuacją, którą pamiętamy, a dotyczyła rozmowy pomiędzy wiceprezesem i współzałożycielem Stowarzyszenia, a osobą, nie będącą członkiem naszej organizacji. Powielając obecny w świadomości społecznej stereotyp odniosła się ona negatywnie do tych, którym pomagamy, wręcz dyskwalifikując społecznie i moralnie osoby uzależnione. I wówczas padły właśnie te charakterystyczne słowa, gdy wiceprezes naszej organizacji zapytał rozmówcę: „Jak możesz? Przecież to człowiek!" Kiedy pojawiła się kwestia nazwy, to natychmiast wpisaliśmy w nią ten dosłowny cytat. Myślę sobie, że w pełni oddaje on naszą postawę, nasze podejście do klientów, bo dla nas klient to przede wszystkim człowiek.

Z jakimi zadaniami zmaga się Pani oraz pracownicy stowarzyszenia na co dzień?

Jeśli chodzi o kadrę to mamy naprawdę bardzo wartościowych ludzi, zaangażowanych, nastawionych na realizację misji, ciągle kształcących i rozwijających się, cieszących się zaufaniem społecznym. Nasi członkowie to osoby, które swoim autorytetem, charyzmą nobilitują Stowarzyszenie, a są wśród nas prawnicy, dziennikarze, psychologowie, terapeuci, prezesi firm. Ale co najważniejsze, są to osoby, które z działalności w stowarzyszeniu nie czerpią żadnych korzyści finansowych. Dla nich to jest realizacja celów życiowych, chęć pomocy i wsparcia. A typowy dzień? Hmm… Przyjmujemy wszystkie umówione na dany dzień osoby. Niestety trzeba zająć się także „papierologią", która jest bardzo czasochłonna, trzeba załatwić ośrodki dla naszych podopiecznych. Są takie dni kiedy odbywa się terapia ambulatoryjna, w inne przyjmuje psycholog, a także realizujemy program „RAZEM". Czasami uczestniczymy w konferencjach, wyjeżdżamy na szkolenia, no i oczywiście próbujemy pozyskać fundusze na utrzymanie organizacji.

Prowadzi Pani grupy wsparcia dla skazanych w Areszcie Śledczym i Zakładzie Karnym w Opolu. Jak to się stało, że zaczęła Pani pracę w tym miejscu?

Z inicjatywą już kilkanaście lat temu wystąpił kierownik penitencjarny. To ciekawe, bo okazało się, że tego typu działania są rzadkością na terenie kraju. To jest właściwie, z tego co wiem, jedyny okręg więzienny, gdzie prowadzone są grupy wsparcia w zakładzie. Na początku zajęcia odbywały się na poziomie zamkniętych pomieszczeń, tam gdzie są cele. W tej chwili jest zupełnie inaczej – lepiej, dzięki bardzo dobrej woli władz Aresztu Śledczego i Zakładu Karnego. Nasze zajęcia odbywają się w sali widzeń. Skazani opuszczają swoje cele, wychodzą na tą cześć budynku gdzie pracuje administracja, gdzie mieści się kantyna i można spokojnie, swobodnie się poczuć. Warunki są dobre. No i zachowana jest pełna dobrowolność, tzn. ja przychodzę na spotkania bo chcę i osadzeni przychodzą bo chcą. Warto też powiedzieć o tym, że przez pewien czas, z Zakładu Karnego w Opolu w ramach przepustek, przychodzili do nas pacjenci, osoby uzależnione, osadzone w zakładzie karnym i u nas uczestniczyli w terapii. Często ta terapia stanowiła początek do terapii po opuszczeniu więzienia. Zresztą, spotkania w grupie wsparcia mają charakter motywujący do podjęcia terapii. Osoby z długimi wyrokami są motywowani do podjęcia terapii w trakcie odbywania kary, natomiast ci których wyjście na wolność nie są tak odległe w czasie, są zachęcani do podjęcia terapii ambulatoryjnej, albo terapii w ośrodku.

Czy praca ze skazanymi w środowisku więziennym różni się czymś od pracy z osobami uzależnionymi na wolności?

Na pewno jest to terapia specyficzna ponieważ odbywa się w zamkniętych obiektach. Z tym, że te oddziały terapeutyczne są wyodrębnione, cele są mniej liczne, osadzeni są dobrani w taki sposób, by można było realizować program jak najbardziej efektywnie. Ale terapia więzienna, tak jak ta wolnościowa, zależy od nastawienia i zaangażowania klienta. Tak jak w terapii wolnościowej, najważniejsza jest wola i chęć do podjęcia leczenia.

Kto najczęściej przychodzi do Stowarzyszenia i komu może ono udzielić pomocy?

Trudno powiedzieć kto najczęściej, ale niestety muszę przyznać, że w ostatnim czasie bardzo obniżył się wiek osób, które wymagają terapii, a więc przychodzą coraz to młodsi. Wszystkie osoby nieletnie muszą uczestniczyć w terapii z rodzicami lub prawnymi opiekunami. Przychodzą do nas rodzice, których dzieci są w ośrodku w trakcie terapii ambulatoryjnej lub osoby uzależnione. Raz w tygodniu prowadzona jest grupa wsparcia przez jednego z rodziców i tutaj rodzice mogę wymieniać się doświadczeniami. Mogą się dowiedzieć jak inni sobie poradzili i mogą korzystać z tych wskazówek. To jest dla nich bardzo pomocne.

A czego najczęściej oczekują rodzice przychodząc do Stowarzyszenia?

Rodzice uzależnionych dzieci przychodzą tutaj oczekując pomocy. Ale zdarzają się sytuacje, w których rodzic w swojej bezradności oczekuje, że to Stowarzyszenie przejmie odpowiedzialność za dziecko i że je wyleczy w cudowny sposób**.** Kiedyś jedna mama zadzwoniła i powiedziała mi:„Przyjedźcie sobie po niego i zabierzcie go stąd”. Rodzicom często trudno przyswoić taką informację, że jeśli dziecko ma 15 czy 16 lat, to pomimo faktu, że ono jest samodzielne, to ja nie mogę go samego do nas przyprowadzić, a potem jeszcze wysłać do ośrodka bez udziału i zaangażowania rodziców. Przede wszystkim dlatego, że to ani ja, ani psycholog, ani terapeuta nie ponosimy odpowiedzialności za to co się z tym dzieckiem dzieje – tylko właśnie rodzic. Kiedy rozmowa z rodzicem zmierza w takim kierunku tzn. „weźcie go i zróbcie coś z nim” to ja zaraz uprzedzam, że bez rodzica nie podejmujemy żadnych działań.

Czy gdyby jakiś rodzic zapytał Panią o receptę na uchronienie dziecka przed uzależnieniem, to czy potrafiłaby Pani wskazać mu taką drogę?

Nawet recepty są błędnie wypisywane i nawet te najlepsze nie zawsze skutkują. Ale kiedy myślę o tym to przychodzi mi na myśl zdrowa rodzina, w której rodzic ma czas dla dziecka i nie boi się konfrontacji z trudnymi sytuacjami. Nie boi się też odmiennych poglądów dziecka na otaczającą go rzeczywistość, wdaje się z nim w dyskurs, tłumaczy swój punkt widzenia, uznaje prawo dziecka do własnego – odrębnego zdania. Młody człowiek nie może słyszeć „cicho bądź, co ty wiesz jesteś małolat”. Lepiej jest kupić książkę i poczytać, mieć argumenty, rozmawiać, wyjaśniać dlaczego jestem przeciwny. To znaczy prowadzenie „walki” ale walki na argumenty, a nie na przewagę instytucjonalną – bo to ja jestem rodzicem. No i na pewno nie uciekanie się do przemocy psychicznej czy fizycznej. Żadnej.

W przypadku osób uzależnionych często mówi się o nawrotach nałogu. Czy Stowarzyszenie jest otwarte na pomoc ludziom, którym już raz wcześniej pomogło?

Zawsze. Każdy, kto do nas trafi zawsze może skorzystać z naszej pomocy bez względu na to czy był u nas wcześniej, czy przychodzi po raz pierwszy. U nas nie ma nawet ograniczeń czasowych. W innych ośrodkach jest tak, że jak wyjechałeś to możesz wrócić, ale dopiero za pół roku, a tutaj możesz wrócić zawsze. Trzeba powiedzieć, że nawrót jest jednym z elementów choroby. Nawroty zdarzają się w nowotworach czy w gruźlicy i co? Lekarz wyrzuci pacjenta bo już raz go leczył?

Oczywiście, że nie.

No właśnie. Z nami jest tak samo. Ja traktuję to tak, jak każdą inna chorobę – śmiertelną i niebezpieczną. I bez względu na to na jakim etapie życia i choroby jest dana osoba, jeżeli chce od nas pomocy to z całą pewnością ją otrzyma.

Pozwoli Pani, że zapytam teraz o Pani historię. Jest Pani polonistką z wykształcenia. Jak to się stało, że dziś jest Pani prezesem Stowarzyszenia na Rzecz Osób Uzależnionych, a nie np. nauczycielką języka polskiego w szkole, co mogłoby sugerować Pani wykształcenie?

Ależ tak, ja uczyłam! Oczywiście, robiłam w życiu bardzo różne rzeczy także sprzątałam. Ale w Stowarzyszenie zostałam „wrobiona” przez znajomych (śmiech). Moi znajomi pracowali w tym obszarze, pomagali osobom uzależnionym, dostrzegali ich więc i ja zaczęłam robić to razem z nimi. Po latach pracy jak widać objęłam kierownictwo tutaj i tak pracuję do dziś.

Osoba pracująca np. w sklepie obuwniczym rozpoczyna pracę o 9 rano i kończy ją o godzinie 17. Zamyka za sobą drzwi i wraca do własnego mieszkania, nie myśląc intensywnie o obuwiu które zostało w sklepie. Biorąc pod uwagę specyfikę Pani pracy, czy jest to w ogóle możliwe, żeby zamknąć za sobą drzwi i nie myśleć o pracy, to jest o ludziach, którzy przychodzą tutaj każdego dnia.

Nie. Ja nie zamykam drzwi, ale potrafię też myśleć o czymś innym. Ja mam różne zainteresowania, mam rodzinę świetny kontakt z dziećmi i wnuczką. Mam psa, zbieram książki Agaty Christie. Dużo czytam, bo po prostu mam taką potrzebę. Natomiast jeśli ktoś czegoś ode mnie potrzebuje, to zawsze może zadzwonić. Nie tylko w godzinach pracy, ale także poza nimi. I zawsze może na tę pomoc liczyć. Myślę, że tak naprawdę nie da się rozdzielić tej pracy i życia prywatnego. Nie da się zamknąć drzwi. Z tym, że ja mam taki dystans, który mnie nie blokuje w prywatnym życiu. To przychodzi z wiekiem (śmiech).

Od pewnego czasu w dyskursie medialnym obserwujemy kontrowersję dotyczącą legalizacji miękkich narkotyków np. marihuany. Czy uważa Pani, że skoro alkohol jest dostępny niemalże w każdym sklepie spożywczym to czy i marihuana powinna być legalna?

Kiedy pojawia się to pytanie to ja zawsze zaczynam od postawienia innego pytania: o jakiej marihuanie my w ogóle mówimy? Czy o tej która ma 3 procent THC, jest„dzicz ką”wyhodowaną na polu, w lesie, z byle jakich nasion? Czy też, mówimy o marihuanie, której nasiona są modyfikowane genetycznie, specjalnie zasilane nawozami, namaczane w różnych substancjach chemicznych. Marihuanie, która hodowana jest na glebie nawożonej silnymi substancjami chemicznymi, o pestycydach już nie wspominam, bo wygląda na to, że w porównaniu z całą tą chemią są najmniej groźne. Młodzi ludzie palą taką marihuanę, a w ich moczu pojawia się odczyt nie tylko marihuany, ale też opioidów, czyli po prostu obecna jest heroina. Okazuje się, że np. Czesi taką marihuanę sprzedają. Trzeba sobie to powiedzieć, że dopóki nie będziemy wiedzieć o jakiej marihuanie mówimy, tej 3 procentowej czy 18 procentowej z chemikaliami, nie ma sensu rozmawiać o legalizacji – bo nie wiemy o czym tak naprawdę mówimy. W różnych środowiskach zadaję to pytanie i szczerze mówiąc, nikt nie potrafi mi na nie odpowiedzieć. Wiedza w gremiach opiniotwórczych na temat tej substancji jest w tej chwili mniejsza niż wiedza tych, którzy zaczynają ją palić.

Spotkanie terapeutów oraz Prezesa – od prawej Mieczysława Kwolek – Pawełczak, Ryszard Mendiuk, Jan Sośnicki, Barbara Sasin, Maria Nowak

A jakie jest Pani zdanie na temat penalizacji osób posiadających niewielką ilość narkotyku miękkiego – czy należy karać je więzieniem?

Uważam, że osoby które zostały złapane na posiadaniu niewielkiej ilości marihuany powinny być kierowane najpierw do psychologa, po to żeby można było ustalić, po co im te narkotyki. Trzeba wykonać badanie na obecność narkotyku, żeby ustalić czy przyłapana osoba, to nie jest np. dealer, który ma taką niewielką ilość przy sobie, po to żeby nie zostać złapanym na większym obrocie. Dopiero po ustaleniu statusu tej osoby możemy mówić o penalizacji. Aspekt karalności jest złożony również dlatego, że część osób, która odbywa karę wiezienia, oprócz posiadania narkotyków była zamieszana w kradzieże, włamania czy rozboje.

A jakie momenty czy sytuacje dają Pani najwięcej satysfakcji, radości z pracy?

Myślę, że Ci fajni ludzie, którzy wracają później do mnie, wyleczeni, szczęśliwi, zadowoleni. Tak …. To są te chwile, które sprawiają najwięcej radości.

Czego mogę życzyć Pani i Stowarzyszeniu „To Człowiek”?

Jak najmniejszej liczby klientów, a tym którzy już się tutaj znaleźli skutecznej terapii. Hmmm…. i pieniędzy bo to jest zawsze problem, a musimy utrzymywać tę organizację.

Tego właśnie Pani życzę i bardzo Pani dziękuję.

Ja również dziękuję za rozmowę.

Niepokonani…

Patrycja Wąsińska

23 LATA WPISANE W SIEDEM DNI TYGODNIA

Laureatka II. nagrody w konkursie „Sensotwórcy”

Poniedziałek

Niewiele pamiętam z tego rozpoczynającego tydzień dnia. To, co wiem to głównie relacje rodziców. Przyszłam na świat, kiedy kwitły bzy i kasztany, a wszystko wokół zieleniło się majem. Jednak ten wiosenny błogostan 1990 roku zmąciła dramatyczna dla rodziców wiadomość: córka cierpi na dziecięce porażenie mózgowe! W jednej chwili wszystko przekwitło, zieleń drzew zszarzała, bzy przestały pachnieć, nawet rozśpiewane ptaki, jakby oniemiały. Dziecięce porażenie mózgowe! Szok, niedowierzanie, nadzieja, że może diagnoza jest błędna. Wtedy świat mógł się po prostu skończyć, ale nie: mijały dni i noce, a Ziemia niezmiennie kręciła się wokół Słońca, jakby nic się nie stało. Jakby nie wiedziała, że na tej planecie żyje dwoje dotkniętych rodzicielskim cierpieniem ludzi i ich niepełnosprawne dziecko.

Wtorek

To był bardzo intensywny dzień, przypominał huśtawkę, albo raczej karuzelę, która z każdym pełnym obrotem ociera się o trzy elementy: dom, lekarz, rehabilitacja. Rodzice nie ustawali w poszukiwaniach specjalistów. Każda wizyta, to kolejna nadzieja dla mnie na lepszą jakość życia, na mniejszą odmienność od ludzi zdrowych i sprawnych. Ja jednak to, co było normalnością dla moich zdrowych rówieśników, musiałam okupić już jako dziecko, ciężką pracą. Niewiele miałam czasu na beztroską zabawę, moje dni wypełniała intensywna rehabilitacja pod nadzorem profesjonalistów i zestawy ćwiczeń do „odrabiania” w domu. Tak mijały dni i noce, i pierwsze trzy lata życia małej Patrycji. Pojawiła się jednak nadzieja na odmianę – mogę iść do przedszkola, mogę mieć kolegów i koleżanki, mogę się dłużej bawić, mogę popatrzyć na swój mały świat przez różowe okulary.

Środa

Rozpoczęłam ją 1 września, jako pierwszak w szkole podstawowej razem ze zdrowymi dziećmi. Wolniej chodziłam, nie skakałam w gumę i nie sprawiałam kłopotów dyżurującym na przerwach nauczycielom swoim bieganiem, ale poza tym, całą resztę smutków i radości dzieliłam ze wszystkimi w klasie. Były piątki i jakaś, nie wiadomo skąd i za co „pała”, były uwagi skrzętnie ukrywane przed tatą i pochwały, z którymi jak na skrzydłach „pędziłam” do mamy. Czas też pędził. Zmieniłam na ścianie swojego pokoju sześć kalendarzy i któregoś dnia na czerwono zaznaczyłam dobrze już znaną mi datę 1 września. Tym razem oznaczała ona dla mnie coś nowego i nieznanego – naukę w gimnazjum.

Jeszcze wtedy nie wiedziałam, że nowa i nieznana będzie mi nie tylko wiedza, ale też emocje, jakie pojawiły się w życiu nastoletniej już Patrycji. Po raz pierwszy poczułam gorzki smak żalu i pretensji o różnicę między mną a moimi zdrowymi i sprawnymi koleżankami. Po raz pierwszy poczułam złość na brak odpowiedzi na podstawowe wówczas dla mnie pytanie: dlaczego ta dziewczyna po drugiej stronie lustra z ładną buzią, dużymi, ciemnymi oczami i zgrabnym noskiem jest inna, bo niepełnosprawna? Dlaczego nie może chodzić na dyskoteki albo jeździć na rowerze? To trudne słowo „dlaczego” wywoływało frustrację i bezsilny gniew wysyłany pod nieistniejący adres, jakiejś nieznanej siły sprawczej lub ślepego losu, który tak paskudnie i niesprawiedliwie mnie doświadczył. I znów to pytanie dlaczego? I znów brak odpowiedzi. I znów kolejne ogłoszenie na szkolnej tablicy o dyskotece, na którą oczywiście nie pójdę.

To był długi i trudny dzień.

Czwartek

W jednym dużym plecaku wynosiłam z domu spakowane rzeczy, w drugim, tym niewidzialnym, zabierałam ogromny strach przed nieznanym. Wyjeżdżałam do Salezjańskiego Ośrodka Szkolno – Wychowawczego w Tarnowskich Górach. Zostałam przyjęta do Technikum Ekonomicznego. Nowe miasto, nowe środowisko, nieznani ludzie, wszystko obce, tylko niepokój, który siedział we mnie głęboko zdawał się być nieodłącznym towarzyszem.

Pierwsze tygodnie, to walka i zmaganie się z samą sobą i ogromną tęsknotą za rodzicami i bratem, z którymi rozstałam się po raz pierwszy. Z upływem czasu zaczęło pojawiać się słońce i świadomość, że robię dla siebie coś ważnego, co będzie rzutować na wartość i jakość całego niepełnosprawnego życia. Usamodzielniłam się, nabrałam pewności siebie, odwagi, nawiązałam nowe znajomości, pojawiły się nowe przyjaźnie, które wyparły lęk i przerażenie. Nie byłam sama. Wreszcie zaczęłam brać udział w rozmaitych wyjazdach i wycieczkach. Stałam się ambitna, wyznaczyłam sobie cel – matura! Życie nabrało kolorów i nie traciło ich mimo porażek, jakich również doświadczałam. Nie udało się zdać egzaminu za pierwszym razem, ale przecież nie byłam Syzyfem, który przez wieczność całą nie osiągnie swojego celu. Ja swój znałam i wiedziałam, na którym szczycie się znajduje. Intensywnie się uczyłam, na nowo przygotowywałam się do poprawki i zdobyłam najwyższą w moim dotychczasowym życiu górę – maturę i dyplom potwierdzający kwalifikacje w zawodzie technik – ekonomista.

Wracam do domu. Jutro nowy dzień.

Piątek

To dobry czas na rozpoczynanie nowego przedsięwzięcia. Piątek przyniósł przełom w dorosłym życiu niepełnosprawnej młodej dziewczyny. Rozpoczęłam staż w Zespole Placówek Specjalnych, w którym kiedyś byłam podopieczną, a teraz odpowiedzialnym pracownikiem. Szybko zauważyłam, że młodzież mi się przygląda. Zaczyna pytać o szczegóły z mojego życia, o to, jak można prawie normalnie funkcjonować? Młodzi ludzie rozmawiali coraz chętniej, coraz częściej i coraz dłużej. Po raz pierwszy odczułam i zrozumiałam, że jestem dla nich przykładem sukcesu. Jestem dla nich wiarą, że można pokonać własne słabości. Jestem wsparciem i nadzieją, kiedy dopada ich zwątpienie. Jestem obok, kiedy spada łza, podczas wyznania, że brakuje sił na codzienne pokonywanie swojej niepełnosprawności. Jestem głuchym telefonem, którego słuchawce powierza się morze szczęścia i ocean smutku. Ci młodzi, ale nierzadko już dorośli wychowankowie obdarzyli mnie zaufaniem i przeświadczeniem, że jestem im potrzebna.

Jakże się cieszyłam, kiedy pojawiła się możliwość podjęcia w Placówce pracy, co prawda na krótko, ale był to wystarczający czas, abym zrozumiała, co chcę robić w swoim zawodowym życiu. To, co nadało mu sens – praca z ludźmi takimi jak ja. Takimi, którzy potrzebują mojego wsparcia, mojego optymizmu, uporu i pomocy, żeby zdobyć własne K – 2.

Sobota

Oglądam zdjęcie w indeksie studentki Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji na kierunku pedagogika opiekuńcza z terapią pedagogiczną. Coraz więcej w nim zaliczeń i zdanych egzaminów. Nic dziwnego – to ambitna i odpowiedzialna studentka. Znam ją, ma na imię Patrycja. Za kilka miesięcy przystąpi do obrony pracy licencjackiej i będzie niezwykle dumna z siebie odbierając dyplom. Odbierze go dla tych, których chce prowadzić przez meandry życia.

Niedziela

W życiu są noce i dnie, i są też niedziele – jak mówiła w znanej powieści – Barbara Niechcic. Niedziela jest dniem odpoczynku i refleksji nad minionym tygodniem. Odnoszę wrażenie, że i ja zbliżam się do przeżycia swojej niedzieli, ale aktywnie i świadomie. Ten czas przeznaczę na spełnianie swoich marzeń – marzeń o pomaganiu osobom z fizycznymi i umysłowymi deficytami. Dopóki na tym świecie będą się rodzili i żyli tacy ludzie, dopóty moje miejsce będzie obok ich niepełnosprawności. To właśnie w niedziele chcę ich zapewniać słowami Jonasza Kofty: „Wśród swoich ludzkich spraw, pamiętaj – nie jesteś sam”.

Poradnictwo socjalne

Anna Weissbrot-Koziarska

Pracownik socjalny w spotkaniu z klientem

Współczesne problemy jednostek i ich rodzin, wynikające ze złożoności sytuacji społeczno-gospodarczej, spotęgowane do tego skutkami transformacji systemowej w naszym kraju, wymagają prawidłowej diagnozy i skutecznych metod działania. Obecnie to już nie tylko takie zjawiska jak ubóstwo, bezdomność, bezrobocie czy patologie rodzin są w centrum zainteresowania pracowników socjalnych. Mieszanie się nacji, kultur, religii sprzyja powstawaniu nowych problemów społecznych, zagrażających prawidłowemu funkcjonowaniu jednostki i rodziny. Pracownicy socjalni mają więc za zadanie wspieranie jednostek, rodzin i grup społecznych w poradzeniu sobie z tymi problemami, wspieranie w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb i umożliwienie im życia w warunkach odpowiadających godności człowieka. Ich działania mają zmierzać do życiowego usamodzielnienia osób i rodzin oraz ich integracji ze środowiskiem. Natomiast osoby i rodziny korzystające z pomocy i wsparcia są obowiązane do współdziałania w rozwiązywaniu ich trudnej sytuacji życiowej.

Rozwiązywanie problemów zawsze wiąże się ze spotkaniem z klientem, w wyniku którego mają zapaść decyzje co do działań skutecznych, możliwych, uwzględniających potrzeby klienta i spełniających oczekiwania pracownika socjalnego. Sukces ten może być osiągnięty w sytuacji, gdy pracownik socjalny w spotkaniu z klientem zachowa kilka zasad:

a) zasadę akceptacji – polega ona na tym, iż pracownik socjalny powinien darzyć szacunkiem swojego klienta, winien starać się go zrozumieć i dawać mu poczucie, iż jest akceptowany pomimo swych wad,
b) zasadę komunikacji – jest ona niezmiernie ważna w kontakcie pracownika socjalnego ze swoim klientem; nie można oczekiwać, że klient będzie miał te same poglądy i prezentował ten sam system wartości, dlatego też przekonanie go do zmiany wymaga szczególnych umiejętności negocjacyjnych,
c) zasadę indywidualizacji – polega na konieczności podejścia do problemu człowieka w sposób indywidualny, nie można bowiem uogólniać problemu i wszystkie rozwiązywać w ten sam sposób, bo często przyczyny są odmienne; należy więc dostosować oddziaływania do cech i możliwości jednostki,
d) zasadę uczestnictwa – należy dążyć do tego, by klient zaangażował się w działania naprawcze dotyczące jego problemu, sam musi chcieć się zmierzyć i przezwyciężyć swój problem; w przypadku, gdy takiej chęci nie będzie, wszelkie oddziaływania pracownika socjalnego są nieskuteczne,
e) zasadę zaufania i poszanowania prywatności – klient powinien mieć świadomość, iż jego problem nie zostanie ujawniony osobom trzecim, nie zaangażowanym w niesienie mu pomocy; pracownika obowiązuje więc obowiązek tajemnicy, problemy klienta nie mogą być przedmiotem rozmowy poza miejscem pracy,
f) zasadę samoświadomości – pracownik socjalny musi umieć oddzielić problemy swych podopiecznych od swego życia prywatnego; nie może się nimi ciągle zadręczać i wnosić je w swoje życie prywatne; pomimo zaangażowania w pomoc pracownik winien cechować się pewnym dystansem wobec swojego klienta i jego problemów.

Niewątpliwie pomocne w rozwiązywaniu problemów społecznych i podejmowaniu decyzji wobec klienta są umiejętności związane z komunikowaniem się. Mowa jest podstawą jakiejkolwiek współpracy, a przecież o to chodzi w rozwiązywaniu problemów klienta, którego trzeba umiejętnie przekonać do konieczności podejmowania zmian w życiu. Jakiekolwiek działania związane z pracą socjalną zarówno te wynikające z podstaw prawnych, jak i te będące efektem doświadczenia, wiedzy, umiejętności i systemu wartości i wynikających z niego postaw pracownika socjalnego uwarunkowane są prawidłowym komunikowaniem się. Stosując różne metody i techniki komunikacji zarówno werbalnej, jak i niewerbalnej należy dążyć do wspólnej dyskusji z uwzględnieniem orientacji wartościujących obu stron i otwartości na propozycje partnera w komunikacji. Jedną z technik, która może być przydatna w decydowaniu, czy współdecydowaniu o działaniach, mających na celu rozwiązanie problemu klienta są negocjacje.

Negocjacje są techniką pozwalającą na osiąganie celów poprzez uzyskiwanie kompromisu, co do zysków, jakie w wyniku dyskusji z pracownikiem socjalnym chce osiągnąć klient. I chodzi tu nie tylko o osoby uwikłane w różne problemy, ale także o pracownika socjalnego, który także chce mieć korzyści z podjętych decyzji. Zanim jednak będzie to możliwe trzeba przestrzegać ustalonych reguł negocjowania nastawionego na współpracę. Zatem:

1. Oddziel ludzi od problemów (osobiste urazy, niechęci, pretensje nie powinny wpłynąć na problemy będące przedmiotem negocjacji).
2. Skoncentruj się na interesach, a nie na stanowiskach (podejmij próbę rozpoznania, jakie potrzeby czy motywacje kryją się za deklarowanym przez druga stronę stanowiskiem. Przedstaw także swoje interesy).
3. Formułuj pytania zanim padnie na nie dopowiedź (nawet najbardziej oczywiste stwierdzenia, przekonania i prawdy warte są sprawdzenia. Można je zweryfikować, pytając i uzyskując odpowiedzi. Jeśli tego nie zrobisz, możesz popełnić błąd, który niekorzystnie zaważy na wyniku negocjacji).
4. Doceniaj pozytywy, nazywając osiągnięcia w trakcie negocjacji (zawsze takie można znaleźć, a zastosowanie tej techniki bardzo korzystnie oddziałuje na ogólną atmosferę negocjacji i samopoczucie negocjatorów).
5. Poszukuj rozwiązań dającym korzyści obu stronom (nawet wtedy, gdy sytuacja sprzyja temu, byś tylko mógł osiągnąć swoje korzyści; negocjacje nie są wojną; pamiętaj, że toczą się one tu i teraz, ale ich

wynik będzie oddziaływał na to, co się będzie działo między wami w przyszłości).

Zastosowanie technik negocjacyjnych wymaga od pracownika socjalnego szczególnych umiejętności, spośród których najważniejsze to umiejętność komunikowania się, rozwiązywania problemów, empatycznych zachowań, dążenia do celu, prawidłowego interpretowania sytuacji, uważnego słuchania, decyzyjności. Należy pamiętać, że to pracownik socjalny w roli negocjatora musi umieć przekonać klienta, co do słuszności decyzji o podjęciu przez niego działań, których celem jest rozwiązanie problemu. Aby nie polegać tylko na swojej wiedzy i doświadczeniu powinien zauważyć takie rozwiązania, które stanowią wspólne propozycje jego i klienta. Musi też dostrzegać i nazywać korzyści, jakie może uzyskać klient przyjmując propozycje działań mających na celu rozwiązanie problemu. Wybór właściwego planu działania i zaakceptowanie go przez klienta dokonuje się zawsze poprzez wolne decyzje, które są wyrazem wolności człowieka, jego autodeterminacji. Tak więc człowiek tworzy sobie odpowiadający mu, ułożony hierarchicznie system wartości i system postaw, które są inspirowane przez wartości i poprzez które wartości są przyjmowane. W skład tego systemu wchodzą również przekonania, jako wyraz głębokiej internalizacji przyjętych wartości. Cały ten system funkcjonuje motywacyjnie. Nie może też z góry przesądzać wyniku negocjacji. Ale zadaniem pracownika socjalnego w roli negocjatora jest takie pokierowanie rozmową, żeby w rezultacie stronom opłacało się podpisać kontrakt i podjąć działania zmierzające do rozwiązania problemu klienta. Człowiek niechętnie podejmuje jakiekolwiek czynności, jeśli nie widzi płynących z ich wykonania korzyści bądź nie są one wymierne do wykonanej pracy. Dlatego też pracownik socjalny, jako negocjator musi przedstawić klientowi, co zyskuje podejmując działania mające na celu zmianę sytuacji, która zmusiła go do szukania pomocy. Pracownik socjalny, który podczas negocjacji uczy swojego klienta prawidłowo rozumianego negocjowania przyczynia się do jego usamodzielnienia, podejmowania prób rozwiązywania w przyszłości podobnych sytuacji, w jakich się znajdzie bez dodatkowych porad. I co najważniejsze pracownik socjalny, jako negocjator w procesie rozwiązywania problemów, ma duże szanse osiągać założony cel, co będzie oznaczało, że wykonał prawidłowo swoje zadanie, pomimo różnic o podłożu psychologicznym, somatycznym, energetycznym i duchowym pomiędzy nim i szukającym pomocy klientem. Ważnym elementem we wzmacnianiu klienta w odzyskiwaniu zdolności do prawidłowego funkcjonowania i zapobieganiu jego społecznej alienacji społecznej jest dążenie do uznania przez niego wartości, które są powszechnie akceptowane, a jednocześnie wpisują się w jego wewnętrzny świat.

Spotkanie pracownika socjalnego z klientem oparte jest na prawidłowej komunikacji, w której obie strony muszą dążyć do wspólnego rozwiązania problemu, z którym zmaga się klient. Aby było to możliwe pracownik socjalny musi posługiwać się zrozumiałym dla swojego klienta językiem, bowiem tylko wówczas zajdzie między nimi do wymiany informacji niezbędnych w procesie prawidłowej realizacji planowanych działań socjalnych. Przy czym należy pamiętać, że komunikacja międzyludzka odbywa się nie tylko w formie zwerbalizowanej. Istotną rolę w spotkaniu z klientem odgrywa nie tylko każde nasze słowo, ale także każde spojrzenie, ruch ręką bądź też inną częścią ciała. Prawidłowy przebieg rozmowy pracownika socjalnego z klientem pozwoli nabyć konieczną do dalszej współpracy wiedzę, przekazać klientowi istotne dla niego informacje a także zbudować określone relacje, które są podstawą motywowania klienta do samodzielnego podejmowania działań na rzecz poprawy swojej sytuacji życiowej.

Komunikacja werbalna jest podstawowym środkiem ludzkiego porozumiewania się, jednak, aby przebiegała w sposób prawidłowy umożliwiając tym samym osiąganie zamierzonych celów należy pamiętać o:

- odpowiednim akcentowaniu i modulowaniu wypowiadanych kwestii,
- spokojnym i płynnym przekazywaniu informacji,
- kontrolowaniu zawartości wypowiadanych treści.

Komunikacji werbalnej najczęściej partneruje komunikacja niewerbalna. W trakcie rozmowy przekazywanym treściom towarzyszą gesty oraz mimika, które w przyjętym kodzie językowym w danej kulturze potwierdzają komunikaty zwerbalizowane. Dlatego też z uwagi na fakt, że klienci pomocy społecznej to najczęściej osoby należące do różnych podkultur, funkcjonujące w określonych grupach społecznych, np. bezdomni, uzależnieni, żebrzący itp., pracownik socjalny musi pamiętać o funkcji komunikacji niewerbalnej. Mowa ciała, język ciała, komunikacja niewerbalna to zespół niewerbalnych komunikatów nadawanych i odbieranych przez ludzi na wszystkich niewerbalnych kanałach jednocześnie. Informują one o podstawowych stanach emocjonalnych, intencjach, oczekiwaniach wobec rozmówcy, pozycji społecznej, pochodzeniu, wykształceniu, samoocenie, cechach temperamentu itd. Komunikaty te nadawane są i odbierane najczęściej na poziomie nieświadomym, jednak mogą być również nadawane i odbierane świadomie. Przychodzący do pracownika socjalnego klient ma nadzieję, że spotkanie z nim pomoże rozwiązać trudną sytuację życiową, w jakiej się znalazł.

Sytuacje trudne są nieodłączną częścią doświadczenia jednostek, rodzin i grup społecznych. Bez względu na to, czy ich pochodzenie wiąże się z realizacją zadań rozwojowych, stawiających przed nimi nowe wyzwania, z sytuacjami traumatycznymi, wywołującymi lęk i stres, czy też mają swe źródło w istniejących problemach społecznych, zawsze stanowią one czynnik zaburzający dotychczasowe funkcjonowanie człowieka. Każdy może znaleźć się w sytuacji odbieranej subiektywnie jako trudnej do zniesienia, a nawet niemożliwej do rozwiązania. Utrzymanie równowagi wewnętrznej i zachowanie racjonalnego myślenia wykracza wówczas często poza zdolności człowieka. W obliczu niemożności przezwyciężania trudnych sytuacji życiowych, przy wykorzystaniu własnych uprawnień, zasobów i możliwości, poszukuje on ratunku w najbliższej rodzinie, wśród przyjaciół, innych znajomych lub w instytucjach powołanych do niesienia pomocy i wsparcia. Realizacja tych zadań nie jest jednak łatwa. W swojej codziennej pracy pracownicy socjalni doświadczają wielu dylematów etycznych związanych z bezpośrednią praktyką. Dotyczą one m. in. takich zagadnień, jak niepewność co do słuszności dokonywanych wyborów, konieczność wybierania pomiędzy działaniem skutecznym a działaniem zgodnym z przepisami czy podejmowaniem działań wbrew oczekiwaniom i woli klienta. Często muszą odpowiadać sobie na pytanie czym się kierować w swym postępowaniu, czy pozostać w zgodzie z własnym sumieniem, dostosować się do przepisów pozostając w konflikcie z samym sobą czy może szukać jakiegoś kompromisu między systemem własnych wartości i przepisów?...

O tym już w kolejnym numerze „*Empowerment*”.

Dobre praktyki jednostek organizacyjnych pomocy i integracji społecznej

Barbara Jaroszewicz, Magdalena Respondek

„Dom może zastąpić Ci cały świat, cały świat nie zastąpi Ci domu” – Dom Pomocy Społecznej dla Osób Upośledzonych Umysłowo w Radawiu

Dom Pomocy Społecznej w Radawiu

Budynek, w którym od wielu już lat mieści się Dom Pomocy Społecznej ma charakter pałacowy, został wybudowany w XVIII w. na miejscu wcześniejszego, drewnianego zameczku rycerskiego. Ostatnim właścicielem pałacu był Baltasar von Aulock. Po II wojnie światowej w pałacu usytuowany był Dom Starców, natomiast w latach 60-tych, a dokładnie w 1963 roku utworzono Dom Pomocy Społecznej dla Osób Upośledzonych Umysłowo, który funkcjonuje do dzisiaj – obecnie pod nazwą Dom Pomocy Społecznej dla osób Niepełnosprawnych Intelektualnie. Obecnie mieszka tam 70 mężczyzn, w wieku od 18 lat, pozostając w placówce do końca życia. Jeśli chodzi o rotację, co roku do Domu przyjmowanych jest 3-4 mężczyzn, jednak ta liczba jest ruchoma i zależy praktycznie wyłącznie od przyczyn naturalnych. W instytucji zatrudnionych jest 48 pracowników. Aby każdemu mieszkańcowi Domu zapewnić jak najlepszą opiekę, funkcjonuje w nim zespół terapeutyczno – opiekuńczy w skład którego wchodzą: lekarz pierwszego kontaktu, pielęgniarki, pracownicy socjalni, psycholog, rehabilitanci, terapeuta zajęciowy, instruktorzy ds. kulturalno-oświatowych, dietetyk, opiekunki, opiekunowie, pokojowe, kapelan. Dom ulokowany jest na wsi, daleko od zgiełku miasta, co stanowi dodatkowy atut, ponieważ otoczenie pozwala mieszkańcom na wyciszenie się i stały kontakt z przyrodą. Wokół budynku znajduje się rozległy, zabytkowy park krajobrazowy z alejkami do spacerów, miejscem do rekreacji i wypoczynku. Na terenie placówki istnieje również „małe ZOO”, gdzie można zobaczyć m.in. dzika, daniele, pawie, bażanty i dzikie króliki. Ma to ogromne znaczenie, ponieważ kontakt ze zwierzętami to jedna z form oddziaływania terapeutycznego na stan psychofizyczny mieszkańców.

Podstawowym zadaniem Domu jest zapewnienie jego mieszkańcom całodobowej opieki oraz zaspokojenie niezbędnych potrzeb bytowych, opiekuńczych, zdrowotnych

Zajęcia terapii zajęciowej

i społecznych w atmosferze życzliwości, serdeczności i troski o drugiego człowieka, z poszanowaniem praw i godności osobistej – zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami życia społecznego. Mieszkańcy tworzą wspólnotę, w której obowiązuje wzajemny szacunek i troska o wspólne sprawy. Każdy z nich ma prawo do zachowania swojej intymności oraz własnego stylu życia – nie naruszając praw innych. W Domu działa Samorząd Mieszkańców, a jego reprezentantem i rzecznikiem interesów mieszkańców jest Rada Mieszkańców. Samorząd ma prawo do współuczestnictwa z dyrekcją i administracją Domu w podejmowaniu decyzji dotyczących funkcjonowania, działalności i utrzymywania placówki. Wszyscy mieszkańcy Domu są równi i mają jednakowe prawa i obowiązki określone w „Karcie praw i obowiązków Mieszkańca Domu".

Choć na pozór, każdy dzień wygląda bardzo podobnie, to dzięki bogatej ofercie zajęć terapeutycznych, które są oferowane dla mieszkańców, staje się on pełen interesujących propozycji, dalekich od rutyny, zaciekawiających i zachęcających do uczestnictwa. W ramach działalności terapeutycznej pracownicy starają się wypełnić swym mieszkańcom czas wolny, ucząc ich obowiązkowości i odpowiedzialności, dlatego też codzienne zajęcia to praca w parku, pomoc w kuchni, w pralni oraz opieka nad zwierzętami. Możliwości spędzania zajęć są bardzo różnorodne. Dzięki dobrze wykwalifikowanej kadrze terapeutów zajęciowych w domu przeprowadzane są następującego rodzaju terapie:

- Ergoterapia – terapia przez pracę, w której pacjenci zajmują się obróbką drewna, wykonują wszelakie czynności związane z gotowaniem i sprzątaniem, pracują z komputerem np. w zakresie obrabiania tekstu. Umiejętności nabywane na tych zajęciach są wykorzystywane przez domowników w codziennym życiu. Jest bardzo istotne, ponieważ dzięki nim osoby które podjęły ten rodzaj terapii w miarę swoich możliwości uczą się samodzielności.
- Arteterapia – inaczej terapia przez sztukę, dzięki której mieszkańcy mogą rozwijać swoje talenty artystyczne poprzez malowanie na papierze bądź szkle, rzeźbienie w glinie albo w gipsie czy wykonywanie ozdób świątecznych. W wyniku aktu tworzenia, zmniejsza się poziom napięcia mieszkańców, następuje wyciszenie i uspokojenie oraz rozładowane zostają negatywne emocje.
- Choreoterapia – poprzez tańce i zabawę, pacjenci potrafią rozwinąć swoją sprawność i ogólną kondycję fizyczną oraz psychiczną, atutem tej terapii jest przede wszystkim integracja wszystkich mieszkańców.
- Teatroterapia – wykorzystuje pantominę, a także odgrywanie różnych sytuacji życiowych, przez co pacjenci uczą się, jak zachowywać się w danych okolicznościach.
- Hortikuloterapia – mieszkańcy mają możliwość wykorzystania tej terapii w ogrodzie mieszczącym się przy domu, zależnie od pory roku sadzą kwiaty, plewią chwasty, lub zagrabiają liście.
- Muzykoterapia – domownicy relaksują się przy słuchaniu muzyki, która towarzyszy im podczas codziennych zajęć.
- Hipoterapia – jest to cykl dziesięciu zajęć, które odbywają sie raz w tygodniu w Opolu-Groszowicach. Czynności tam wykonywane to: czyszczenie konia, poznawanie jego budowy poprzez dotyk, oraz jazda konna, należąca do najbardziej ulubionych zajęć. Mieszkańcy podczas tej terapii również mogą udać się na przejażdżkę bryczką, co sprawia im ogromną radość.

Rodzajem zajęć terapeutycznych w których najchętniej biorą udział domownicy to spotkania kulinarno- rozrywkowe. Pracownicy organizują mieszkańcom comiesięczne urodziny, dla wszystkich osób urodzonych w danym miesiącu, podczas których otrzymują oni symboliczne prezenty. Mają miejsce wówczas wspólne tańce, śpiew i zabawy, które cieszą się popularnością i wzbudzają przekonanie o tym, że wszyscy czują się ważni i zadowoleni, że ktoś o nich pamięta. Mieszkańcy Domu Pomocy Społecznej w Radawiu obchodzą również Dzień Dziecka, a w okresie świątecznym biorą udział we wspólnym śpiewaniu kolęd. Pomagają także w organizacji zabawy karnawałowej, andrzejkowej i wielu imprez sportowych. Wszystkie te aktywności odbywają się we współpracy z mieszkańcami Domu Pomocy Społecznej w Prószkowie i Sławięcicach, z osobami uczęszczającymi na Warsztaty Terapii Zajęciowej w Oleśnie oraz osobami niepełnosprawnymi z okolicznych wsi, którzy są zapraszani na zabawy i spotkania. To pozwala na pełniejszą integrację się z innymi niepełnosprawnymi i daje przede wszystkim mieszkańcom poczucie zadowolenia. Może to dziwić, ale wszyscy domownicy aktywnie biorą udział w zabawach, bardzo lubią tańczyć, podczas imprez nikt nie podpiera ścian, a parkiet jest pełny.

Hipoterapia

Mieszkańcy w ramach organizowanej turystyki i rekreacji wyjeżdżają raz w roku na kilkudniową wycieczkę. Przykładem tego mogą być wyjazdy w góry np. w Tatry czy do Karpacza. Interesująca była wycieczka do Głuchołaz, która trwała 4 dni. Na wyprawę w góry Opawskie wybrała się grupa licząca 16 osób. Zwiedzili miasto oraz zdobyli Kopę Biskupią oraz Przednią Kopę. Wrócili z wielkim bagażem nowych doświadczeń, z niezapomnianymi wrażeniami oraz legendami o poszukiwaczach złota. Oprócz wycieczek kilkudniowych odbywają się także jednodniowe wyjazdy do kina, zoo, wesołego miasteczka. Mieszkańcy zaliczyli również spływ kajakowy rzeką Wartą. Wyjazdy te bardzo służą domownikom i przyczyniają się do ich lepszego nastroju.

Poprzez różnorodne formy działalności, nie tylko w obrębie budynku lecz również poza nim, pracownicy starają się aktywizować mieszkańców, pobudzać ich wiarę we własne siły, aby mogli pokazać, że pomimo bycia dotkniętym niepełnosprawnością posiadają różne umiejętności i talenty. W placówce od roku 1994 działa zespół teatralny „Bajka", liczący 6 członków. Jego historia zaczęła się od Przeglądu Zespołów Artystycznych Domów Pomocy Społecznej w Prószkowie, na który zostali zaproszeni mieszkańcy z Radawia. Ich występy odbywają się przede wszystkim na tym właśnie przeglądzie, wigilii dla osób samotnych organizowanych w Zębowicach, festynach, na Dniach Olesna. Przedstawienie można również było zobaczyć w Opolu. Nazwy przygotowanych widowisk to m.in.: „Zabawa w teatr", „Czterej pancerni i pies' lub „Tera my". Pomimo wielkich sukcesów,

Fragmenty widowisk zespołu teatralnego „Bajka"

Zawodnicy klubu sportowego „Boys"

w środowisku artystycznych zespołów osób niepełnosprawnych działalność „Bajki" nie ma na celu zdobywania nagród i popularności, bo najważniejszym celem zajęć teatralnych jest przełamanie bariery strachu i nieśmiałości przed występami publicznymi. Czynią to poprzez niełatwe układy taneczne i pantomimę, a samo wyjście na scenę to już wielkie dokonanie każdego z członków zespołu.

Oprócz zespołu teatralnego „Bajka" w Domu istnieje również klub sportowy „Boys". Działa on od 1994 roku. To zapisana karta rywalizacji sportowej przypominająca o wspaniałych chwilach i przeżyciach zawodników podczas zawodów. Jeszcze do niedawna zespół posiadał własną drużynę piłki nożnej, która odnosiła sukcesy na Olimpiadach Specjalnych. Zawody piłki nożnej, lekkoatletyki odbywały się m.in. w Kędzierzynie Koźlu, Lewinie Brzeskim czy Leśnicy. Dzisiaj natomiast klub liczy mniejszą liczbę zawodników, którzy uczestniczą w zawodach w takich dyscyplinach jak: tenis stołowy, pchnięcie kulą i skok w dal. Raz do roku Stowarzyszenie Olimpiad Specjalnych organizuje galę „Najlepszy z Najlepszych" podczas której wręczane są nagrody dla najlepszego sportowca z danego Domu Opieki Społecznej. Takie wyróżnienie zachęca mieszkańców do podejmowania aktywności fizycznej, rywalizacji i zdobywania najwyższych miejsc w rywalizacji.

Lilia Nowak

Niezapominajki Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu

Gdyby wszyscy mieli po cztery jabłka
gdyby wszyscy byli silni jak konie
gdyby wszyscy byli jednakowo bezbronni w miłości
gdyby każdy miał to samo
nikt nikomu nie byłby potrzebny…
ks. Jan Twardowski

Każda organizacja, instytucja czy też zespół charytatywny udzielając wsparcia – pomagając, nie działa w osamotnieniu. Realizując zadania i cele wpisane w profesjonalne pomaganie nie jest możliwe udzielanie wsparcia bez udziału różnych podmiotów, a także osób fizycznych. Jest wiele instytucji, firm, placówek oświatowych wszystkich szczebli kształcenia, organizacji pozarządowych i kościołów, które chętnie odpowiadają na zaproszenia do współpracy w organizacji inicjatyw o charakterze pomocowym. Są też osoby fizyczne, pasjonaci, emerytowani pedagodzy, bądź też inne osoby, które ofiarowują swój potencjał oraz bezcenny czas, aby dawać. Pomaganie osób prawnych i osób fizycznych, nieważne z jakiej inspiracji, zawsze kreuje lepszą rzeczywistość. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu także realizuje swoje zadania przy udziale i pomocy wielu podmiotów. To kilkudziesięciu partnerów, bez których nie mogłyby się odbyć przedsięwzięcia aktywizujące seniorów, inicjatywy dedykowane rodzinom korzystającym ze świadczeń pomocy społecznej czy też projekty wpisujące się w realizację zadań pomocy społecznej w formach niekonwencjonalnych. Jest to pomoc o różnym charakterze, zarówno w formie darowizn rzeczowych i finansowych, pomoc w postaci nieodpłatnego użyczania pomieszczeń, wystawiania przedstawień i spektakli teatralnych, widowisk o charakterze muzycznym i tanecznym, ale też pomoc w formie wykładów, realizacji autorskich projektów o charakterze edukacyjnym, rekreacyjnym i turystycznym. W bezinteresownym pomaganiu mieszczą się także prace porządkowe i związane z organizacją np. dni seniora, pikniku rodzinnego czy też uroczystości świątecznych. To także pomaganie adresowane do konkretnej osoby lub grupy osób. Nie jest przy tym ważna ani forma pomocy, ani tym bardziej jej materialny wymiar. Najważniejsze wydaje się być to, że są wśród nas ludzie, dla których celem życia jest ciągle pomagać i być dla tych, którym trudniej. Wszak o prawdziwym człowieczeństwie świadczy nie to, czym się otaczamy i co posiadamy, a raczej to czym dzielimy się z innymi.

Współpracę z partnerami warto pielęgnować, a wspólne działania prezentować opinii publicznej w środowisku lokalnym. Nasze kędzierzyńskie inicjatywy z udziałem wspierających nas podmiotów, darczyńców i wolontariuszy są pokazywane w lokalnej telewizji i stanowią temat audycji w Radio Park. Umieszcza się także informację o wydarzeniu na stronie internetowej MOPS oraz wyrażana jest zgoda na umieszczanie banerów firm i instytucji w trakcie realizacji inicjatywy. Stosowane są także konwencjonalne podziękowania w formie ustnej w trakcie trwania przedsięwzięcia oraz specjalne podziękowania w formie pisemnej, niejednokrotnie podpisywane przez włodarzy miasta. Szczególną formą podziękowania i uznania jest nadanie tytułu ***NIEZAPOMINAJKI MOPS.*** To prestiżowe wyróżnienie przyznaje się osobom prawnym i fizycznym, które angażują się na rzecz niemotywowanego chęcią zysku czy popularności bezinteresownego pomagania w realizacji celów statutowych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu. Zarządzeniem Dyrektora powołana została Kapituła ds. przyznawania tytułu ***Niezapominajki MOPS***, która zbiera się na posiedzeniu zamkniętym raz w roku i rozpatruje wnioski uprawnionych do zgłaszania kandydatów pracowników, oraz decyduje o ilości tytułów ***Niezapominajki MOPS*** w danej edycji**.** W Regulaminie określającym tryb i procedurę przyznawania wyróżnienia określono, że tytuł można otrzymać tylko jeden raz, a uroczyste wręczanie odbywa się 21 listopada każdego roku, podczas obchodów resortowego święta pracowników pomocy społecznej – DNIA PRACOWNIKA SOCJALNEGO. Warto podkreślić, że tytuł przyznawany jest od 2008 roku. W jego sześcioletniej historii uhonorowano 65 osób prawnych i fizycznych, a każdy z wyróżnionych otrzymał specjalny DYPLOM oraz upominek wykonany przez podopiecznych ośrodków wsparcia. W gronie zdobywców tego wyjątkowego lauru są młodzi ludzie – wolontariusze, ale także pielęgniarki, właściciele sklepów, biznesmeni, księża, seniorzy, dyrektorzy różnych instytucji i firm, w tym m.in. placówek oświatowych, banków i spółek. Uroczystość ma świąteczny charakter, wręczenia dokonuje Prezydent Miasta, a odbywa się ona w Domu Dziennego Pobytu Nr 4 *Wrzos* przy ul. Kazimierza Wielkiego 6 w Kędzierzynie-Koźlu. Corocznie bierze w niej udział około 100 pracowników i emerytów MOPS w Kędzierzynie-Koźlu. W program tego ważnego wydarzenia wpisany jest także występ artystyczny i słodki poczęstunek. Ciągle czynione są starania by nadać jak największą rangę tytułowi ***Niezapominajki MOPS***, a satysfakcja laureatów jest ogromna.

Cieszy i napawa optymizmem, iż nie brakuje ludzi o wielkiej wrażliwości i otwartości na udział w działaniach, których celem jest poprawa jakości życia mieszkańców tej samej lokalnej społeczności. Postawy te warto pokazywać albowiem mogą być inspiracją do działania oraz wzorem do naśladowania.

III sektor – Socjalne organizacje pozarządowe

Joanna Krajewska, Małgorzata Pawlik

Człowiek jest wspaniałą istotą nie z powodu dóbr,
które posiada, ale jego czynów.
Nie ważne jest to co się ma, ale czym się dzieli z innymi.
- Jan Paweł II

Stowarzyszenie Hospicjum Opolskie „Betania"

Autorkom tego artykułu dotychczas, hospicjum kojarzyło się ze śmiercią, smutkiem, cierpieniem i przemijaniem, powielając obecny w świadomości społecznej stereotyp. Doświadczenia wyniesione z wolontariatu, które są naszym udziałem, przekonują jednak, że w hospicjum może gościć uśmiech, radość oraz chęć do życia, co znajduje także potwierdzenie w łacińskim pojęciu *hospitium* (od *hospes* – gość), które oznaczało sojusz, gościnność, a także dom gościnny, przytułek. Pierwsze współczesne hospicjum zostało założone w 1967 roku w Londynie przez Cicely Saunders. Stało się ono domem kompleksowego wsparcia chorych terminalnie i doprowadziło z czasem do opracowania współczesnych standardów opieki, w tym także domowej i dziennej. Obecnie hospicja powstają w wielu krajach świata – również w Polsce, wspierając nieuleczalnie chorych oraz ich rodziny. Ich misją jest poprawienie jakości życia osób chorych terminalnie. „Opieka hospicyjna (ang. hospice care) – polega na zajmowaniu się osobami terminalnie chorymi w celu zapewnienia im spokojnej i godnej śmierci, działania obejmują pomoc rodzinie, a zapewniana pomoc w opiece hospicyjnej polega na uśmierzaniu bólu fizycznego, dostarczaniu choremu potrzebnej opieki medycznej, zaspokajaniu potrzeb emocjonalnych i duchowych tej osoby. W opiece hospicyjnej ważne są działania przygotowujące rodzinę chorego do jego umierania, zachęcenie do tego, by aktywnie uczestniczyła w jego ostatnim okresie życia. Jest to ważne, ponieważ chory może cierpieć z powodu braku rodziny, gdy jego bliscy nie bądą się nim interesować. Opieka hospicyjna polega na trwaniu przy chorym. Umożliwia to choremu spokojne umieranie"[1] „Opieka paliatywna (wg WHO) jest aktywną, wszechstronną i całościową opieką nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, postępujące choroby w końcowym okresie życia, otacza jak płaszczem (łac. Pallium – płaszcz) nieuleczalnie chorych oraz ich udręczoną rodzinę. Celem jej jest poprawienie jakości życia chorych i ich rodzin. Obejmuje ona zwalczanie bólu trudnego do opanowania i innych objawów somatycznych, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych oraz wspomaga rodziny chorych tak w czasie trwania choroby, jak i w okresie osierocenia. Opieka paliatywna jest specjalistycznym świadczeniem medycznym. Świadczenia zdrowotne w opiece paliatywnej świadczone są w zależności od potrzeb, przez wielodyscyplinarny zespół osób przygotowanych do opieki nad chorym umierającym. Opieką paliatywną objętych jest 90% chorych z chorobą nowotworową, a w przypadku dzieci średnio 60%. Dzieci chorujące na inne schorzenia niż nowotworowe, bez nadziei na wyleczenie stanowią średnio 40% pacjentów terminalnych.

Zadania opieki paliatywnej:

- zwalczanie wszechogarniającego bólu,
- leczenie objawowe innych dolegliwości somatycznych,
- pielęgnacja,
- łagodzenie cierpień psychicznych i duchowych,
- pomoc w rozwiązywaniu problemów społecznych,
- wspieranie rodzin w czasie trwania choroby i osierocenia,
- edukacja zdrowotna osób objętych opieką, członków ich rodzin oraz pracowników.

Warunkiem objęcia chorego opieką paliatywną są:

- wskazania medyczne, które określa lekarz z zespołu opieki paliatywnej,
- potrzeby chorego, w zakresie opieki paliatywnej,
- zgoda pacjenta lub jego rodziny na objęcie opieką paliatywną wyrażona na piśmie; w przypadku dzieci, przez rodziców/opiekunów prawnych, a po 16 r. ż. także przez chore dziecko".[2]

Podstawowymi zasadami etycznymi opieki paliatywnej są:

- uznanie niezależności poglądów chorego, poszanowanie jego prawa do prawdy, prywatności, decydowania i działania,
- stosowanie się do zasady sprawiedliwości, czyli świadczenie opieki paliatywnej tym chorym, którzy tego wymagają,
- poszanowanie zasady czynienia dobra tzn.zmniejszanie bólu poprzez leczenie farmakologiczne, udzielanie pomocy, zaspakajanie pragnień, dotrzymywanie towarzystwa choremu.

Stowarzyszenie Hospicjum Opolskie funkcjonuje od 2000 roku, od wielu lat prowadząc Hospicjum Domowe. W dniu 30 marca 2012 roku dzięki wsparciu i zaangażowaniu wielu przyjaciół z Polski i zagranicy otwarto Oddział Opieki Paliatywnej „Betania". Został on uruchomiony, po trwającym ponad 10 lat remoncie budynku, w którym znajdowała się szkoła, przy Placu Kościelnym nr 2 w Opolu – Nowej Wsi Królewskiej. Mieści się w nim siedziba Hospicjum Domowego oraz Poradnia Opieki Paliatywnej. Prezesem stowarzyszenia jest ks. dr Marian Niemiec – proboszcz parafii Ewangelicko-Augsburskiej w Opolu. Obiekt dysponuje czternastoma, w większości jednoosobowymi pokojami z łazienkami, kilkoma gabinetami zabiegowymi, lekarskimi oraz kaplicą. Pobyt w placówce jest całkowicie bezpłatny – Narodowy Fundusz Zdrowia pokrywa 60% kosztów utrzymania pacjenta w placówce, pozostała kwota pozyskiwana jest od sponsorów oraz darczyńców. Standardy wyposażenia placówki są bardzo wysokie, a komfortowe warunki, życzliwy personel oraz wolontariusze dostarczają mieszkańcom namiastkę domowego ciepła. Stowarzyszenie realizuje swoje cele poprzez:

- całodobową opiekę stacjonarną w zakładzie opieki zdrowotnej o nazwie „Centrum Opieki Paliatywnej", zapewniającą leczenie, rehabilitację oraz zakwaterowanie i wyżywienie;
- konsultacje lekarskie i leczenie przez lekarzy ogólnych i specjalistów w poradniach i w domu chorego w ramach leczenia ambulatoryjnego;

1 A. Kacperczyk, *Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006.

2 www.nfz-warszawa.pl/download/opiek_palia/opie_palia_def.rtf.

- działalność pielęgniarek i położnych prowadzoną w poradniach specjalistycznych oraz w domu chorego;
- organizowanie i finansowanie programu wsparcia w żałobie dla rodziny i chorego, polegającego na pomocy w rozwiązywaniu problemów psychologicznych i duchowych, świadczonych przez psychologów, lekarzy, pedagogów i duchownych oraz innych specjalistów, obejmującego także organizowanie i finansowanie wycieczek, turnusów rehabilitacyjnych, pielgrzymek i innych form terapii;
- popularyzowanie idei Stowarzyszenia poprzez wydawnictwa własne, prasę, radio i telewizję;
- współpracę z hospicjami krajowymi i zagranicznymi w celu rozwoju opieki paliatywnej;
- współpracę z organizacjami pozarządowymi, instytucjami (w tym państwowymi i samorządowymi) i innymi organizacjami, działającymi na rzecz nieuleczalnie chorych i ich rodzin – w kraju i za granicą;
- organizowanie i finansowanie konferencji naukowych, kursów i staży indywidualnych – jako form kształcenia w dziedzinie opieki paliatywnej dla personelu medycznego, pracowników hospicjum oraz innych osób zainteresowanych zagadnieniami opieki paliatywnej;
- organizowanie i finansowanie naboru i szkolenia wolontariuszy dla potrzeb opieki paliatywnej;
- gromadzenie i właściwe wykorzystywanie środków rzeczowych i finansowych, pochodzących z darów osób fizycznych i prawnych.[3]

Wolontariat w „Betanii"

Może się wydawać, że drzwi „Betanii" to ostatnie miejsce do którego zapuka wolontariusz, obawiając się zapewne osobistego i bliskiego spotkania ze śmiercią i towarzyszącym jej uczuciom. Pomimo tego w opolskim Hospicjum nie brakuje osób pomagających. Grupa wolontariuszy liczy obecnie 33 osoby, w tym trzech „weteranów", którzy współpracują z placówką od momentu jej powstania. Wolontariuszem może zostać każdy, kto czuje potrzebę niesienia pomocy innym, poświęcając swój wolny czas na rozmowę, spacer, czy też zrobienie zakupów. Osoby chcące pomagać niekoniecznie muszą mieć bezpośredni kontakt z pacjentem. Pomoc może przejawiać się również poprzez: angażowanie w organizację różnego rodzaju zbiórek pieniężnych, koncertów charytatywnych, akcji informacyjnych i promujących ideę ruchu hospicyjnego; uczestniczenie w przygotowaniu imprez dla pacjentów z okazji urodzin, mikołajek; pomoc w pracach biurowych; wsparcie dla rodzin będących pod opieką Hospicjum aktywizację podopiecznych w pracach ręcznych (wykonywanie ozdób świątecznych). Wolontariusze spotykają się regularnie raz w miesiącu, rozmawiając o odczuciach jakie towarzyszą im w pracy, o tym co ich uszkrzydla, a co sprawia największą trudność. Spotkania te przybierając również nieoficjalną formę np. wyjście do pizzeri, kawiarni, integrują cały zespół. Hospicjum oferuje swoim wolontariuszom warsztaty z komunikacji, spotkania z psychologiem oraz kursy wolontariatu medycznego.

Procedura przyjęcia wolontariusza:

1. Kandydat na wolontariusza umawia się na rozmowę wstępną z Koordynatorem wolontariatu, w trakcie której składa list motywacyjny oraz wypełnia kartę zgłoszeniową. W trakcie rozmowy Kandydatowi zastają przedstawione najważniejsze informacje dotyczące pracy wolontariusza w „Betanii", w tym informacje na temat obowiązujących zasad BHP. W rozmowie kwalifikacyjnej może uczestniczyć zaproszony przez Koordynatora psycholog lub inna osoba wskazana przez Dyrektora hospicjum.
2. W wyniku rozmowy kwalifikacyjnej, Koordynator podejmuje decyzję o zatwierdzeniu kandydatury lub jej odrzuceniu i zawiadamia o tym Kandydata.
3. Kandydat, który został zatwierdzony przez Koordynatora, jest zobowiązany w ciągu 2 tyg. dostarczyć od lekarza POZ zaświadczenie o braku przeciwwskazań do pracy jako wolontariusz w hospicjum. Po zatwierdzeniu kandydatury ma również obowiązek uczestniczyć w organizowanych szkoleniach.
4. Po wydaniu pozytywnej opinii przez Koordynatora Kandydat na wolontariusza jednorazowo, pod opieką pełnomocnika koordynatora, wchodzi na oddział „Betanii" aby poznać jego specyfikę. Następnie odbywa miesięczny okres próbny, w trakcie którego pracuje raz w tygodniu po 2-3 godziny w towarzystwie innego, doświadczonego wolontariusza, który pomaga już samodzielnie w hospicjum minimum miesiąc.[4]
5. Po uzyskaniu pozytywnej opinii pełnomocnika i wolontariusza, który towarzyszył mu w okresie próbnym oraz podtrzymaniu swej decyzji o pracy w hospicjum Kandydat podpisuje umowę o współpracy i zapoznaje się z regulaminem szczegółowym, który określa wszystkie prawa i obowiązki wolontariuszy w „Betanii".

Wolontariusze podczas akcji promocyjnej „Pola Nadziei" przeprowadzonej w Centrum Handlowym „Solaris"

Inną formę wolontariatu na rzecz Hospicjum zaoferował Łukasz Kraka-Ćwiekliński, pochodzący z Opolszczyzny, a obecnie mieszkający w Holandii. Zdecydował się on przejechać na rowerze 500km i przepłynąć samotnie Wisłę, aby wspomóc opolską placówkę. Wyprawa ta wymagała wielkiego poświecenia, siły charakteru oraz poradzenia sobie ze zmiennymi warunkami atmosferycznymi. Przepłynięcie Wisły trwało 15 dni, w czasie których Pan Łukasz mógł liczyć jedynie na siebie oraz łaskawość napotykanych ludzi, którzy mogli śledzić „Wyprawę Wisła" dzięki codziennie zamieszczanym informacjom z przebiegu trasy, oraz wpłacać dowolne sumy pieniędzy na specjalnie założony w tym celu profil na portalu „siepomaga.pl" na rzecz „Betanii". Dzięki tej niekonwencjonalnej wyprawie udało się zgromadzić 1987 zł, które po dopłaceniu 200 zł przeznaczono na zakup czterech nowych, profesjonalnych materacy przeciwodleżynowych. Postawa Pana Łukasza pokazuje, że wolontariat może przybierać różnorodne formy, a przez realizowanie własnych marzeń można skutecznie pomóc drugiemu człowiekowi.

Ważną rolę w życiu Hospicjum odgrywają wolontariusze z fundacji „Doktor Clown", a ich odwiedziny sprawiają, że pacjenci, choć na moment zapominają o swoich smutkach i troskach. Głównym celem Clownów jest terapia śmiechem,

3 Statut Stowarzyszenia Hospicjum Opolskie.

4 *http://www.hospicjumopolskie.pl/wolentariat.html*

Ulotka promująca przekazanie 1% podatku na rzecz „Betani"

podczas której organizm dotlenia się, krew szybciej krąży, serce lepiej pracuje, a przepona masuje narządy wewnętrzne. Wszystko to powoduje, że łatwiej przezwyciężyć ból i chorobę. Można powiedzieć, że jest to swoiste „oszukiwanie" mózgu, ponieważ śmiech, jest dekodowany w postaci wiadomości, że z człowiekiem nie jest aż tak źle, że może wygrać z chorobą. Terapia ta ma sprawić, że pacjenci choć na moment zapomną o przyczynie przebywania w placówce, o bólu, cierpieniu oraz obawach towarzyszących z dalszym stanem zdrowia. Mieszkańcy z dużym entuzjazmem reagują na wizyty Clownów. Wolontariusze potrafią szybko nawiązać ciepłe, serdeczne i przyjacielskie relacje z chorymi, posługując się tak nietypowymi instrumentami jak: czerwone nosy, bańki mydlane i dowcipy. Należy podkreślić, że zaglądają tylko do tych pacjentów, którzy sobie tego życzą. Dużą dawką optymizmu zarażały pacjentów również dzieci z zaprzyjaźnionego przedszkola. Śpiewane przez nich piosenki były źródłem ogromnej radości i wywołały wielkie wzruszenie wśród mieszkańców.

Odwiedziny wolontariuszy z Fundacji Doktora Clowna

„Hospicjum to też życie"

Hospicjum Opolskie co roku uczestniczy w ogólnopolskiej kampani „Hospicjum to też życie". W roku 2013 prowadzona była ona pod hasłem: „Pomóż ukoić ból" i skierowana została do dzieci i młodzieży przeżywających żałobę. Celem tej akcji jest tworzenie zbiorowej świadomości tego, z jakimi problemami muszą zmierzyć się młodzi ludzie, którzy tracą swoich bliskich oraz wskazanie istoty wsparcia psychologicznego, socjalnego, edukacyjnego i materialnego w sytuacji śmierci w rodzinie. „Betania" rozpoczęła inaugurację kampanii koncertem w kościele Matki Boskiej Nieustającej Pomocy w Opolu – Nowej Wsi Królewskiej, podczas którego wystąpił Chór Kameralny Państwowej Szkoły Muzycznej II stopnia w towarzystwie Zespołu Instrumentów Dętych PSM w Opolu. Wolontariusze ofiarowali przybyłym gościom zakładki z fotografiami mieszkańców placówki. Kolejnym punktem było zorganizowanie podczas meczu piłkarskiego Odra Opole z Rakowem Częstochowa, zbiórki pieniędzy na rzecz „Betanii", w której aktywnie uczestniczyli kibice klubu oraz pracownicy i wolontariusze hospicjum.

Jednym z najistotniejszych wydarzeń kampanii była uroczysta gala „Przyjaciele Betanii", która odbyła się w Miejskiej Bibliotece Publicznej w Opolu. Była ona swego rodzaju podziękowaniem dla darczyńców oraz wolontariuszy za pomoc i wsparcie. Nagrodą były rzeźby w kształcie piórka, które jest symbolem ulotności ludzkiego życia oraz medale dla najaktywniejszych wolontariuszy. Wyrazy uznania padły również pod adresem nauczycieli – opiekunów uczniów wspomagających wszelkiego rodzaju akcje promocyjne. Przeprowadzono również konkurs dla uczniów szkół podstawowych na prace plastyczne oraz dla szkół ponadgimnazjalnych na projekt hasła reklamującego ideę hospicyjną oraz kampanię prospołeczną na rzecz placówki. Dzięki życzliwości Filharmonii Opolskiej odbyły się koncerty symfoniczne pod nazwą „Gramy dla Betanii", które zostały dedykowane idei pomocy osobom terminalnie chorym, a grudniowy koncert był uwieńczeniem całego przedsięwzięcia. Dzięki zrealizowanym działaniom „Betania" zyskała wsparcie finansowe oraz przekonała mieszkańców Opolszczyzny, jak ogromne znaczenie ma jej działalność.

Empowerment – gazeta studencka

Katarzyna Wasela, Martyna Szelewska

Wielowymiarowa działalność na rzecz podopiecznych Zespołu Domowego Leczenia Respiratorem Domu Sue Ryder w Bydgoszczy: Kamila, Patrycji, Sandry, Jakuba i Jacka

Pasja, siła, determinacja – tak można opisać działanie zespołu studentów Pracy Socjalnej Uniwersytetu Opolskiego, którzy w ubiegłym roku realizowali projekt socjalny „Wielowymiarowa działalność na rzecz podopiecznych Zespołu Domowego Leczenia Respiratorem Domu Sue Ryder w Bydgoszczy: Kamila, Patrycji, Sandry, Jakuba i Jacka", pod opieką dr hab. Anny Weissbrot – Koziarskiej. Grupa składała się z ośmiu osób o zupełnie różnych charakterach, ale jak przyznają, dzięki temu doskonale się uzupełniali i mogli podjąć wykonanie wielorakich zadań.

Zdecydowali się pracować na rzecz chorych dzieci, podopiecznych Zespołu Domowego Leczenia Respiratorem Domu Sue Ryder w Bydgoszczy. Głównym problemem osób objętych programem był brak wystarczających środków finansowych na zapewnienie należytej opieki chorym dzieciom oraz zaspokojenie ich najpilniejszych potrzeb. Członkom zespołu chodziło jednak o coś więcej niż tylko uzbieranie niezbędnych funduszy – chcieli zmieniać świadomość społeczną, dotyczącą tego jak ciężko przychodzi dzieciom zmaganie się z codziennymi problemami i skutkami choroby. Grupa postanowiła pomagać pięciu podopiecznym Stowarzyszenia i to właśnie im dedykowali swój projekt. Wśród odbiorców programu znaleźli się:

- Jacek, który ma 20 lat i mieszka z mamą. Chłopiec od urodzenia choruje na Zespół Arnolda Chiariego. Jest pod stałą opieką lekarzy, którzy do niego dojeżdżają. Jacek regularnie korzysta też z rehabilitacji, która ma za zadnie niedoprowadzenie do zaniku mięśni i postępowania choroby. Od trzech lat chłopak jest intubowany i na stałe podłączony do respiratora, co umożliwia mu oddychanie, ale znacznie utrudnia porozumiewanie się z innymi. Jacek realizuje obowiązek szkolny poprzez nauczanie indywidualne.

- Kubuś – ma 9 lat i choruje na miopatię miotubularną, Urodził się w 39 tygodniu ciąży przez cesarskie cięcie. Już chwilę po porodzie były widoczne pewne objawy choroby jednak została ona zdiagnozowana w 2 miesiącu życia. Raz w tygodniu Kuba ma konsultacje z anestezjologiem, a cztery razy odwiedza go rehabilitantka, która prowadzi ćwiczenia bierne, mające zapobiegać pogłębianiu się przykurczy. Chłopiec nieustannie korzysta ze specjalistycznego sprzętu m.in. respiratora, pulsoksymetru, ssaku elektronicznego oraz sprzętów pomocniczych: cewników do odsysania górnych dróg oddechowych, rurki tracheotomijnej oraz g-tuby, czyli rurki do odżywiania.

- Sandra, która ma 18 lat .Rodzina zaczęła niepokoić się stanem zdrowia córki, gdy nie potrafiła stawać na nóżki. W wieku 4 lat zdiagnozowano u niej wrodzoną dystrofię mięśni. Dziewczyna porusza się na wózku elektrycznym, a w nocy na cztery godziny jest podłączana do respiratora, co ma na celu powiększenie pojemności płuc. Korzysta też z podnośnika i wanny z hydromasażem. Sandra jest pod stałą opieką lekarzy. W domu, co jakiś czas odwiedza ją rehabilitantka, a raz w roku wyjeżdża na turnus rehabilitacyjny do Wągrowca. Sandra jest uczennicą Liceum Ogólnokształcącego w Dobrzeniu Wielkim, ale ze względu na postępujący charakter choroby prowadzone jest nauczanie indywidualne.

- Patrycja – ma 11 lat i choruje na encefalopatię postępującą z neuropatią o nieustalonej etiologii oraz epilepsję. Dziewczynka była diagnozowana w wieku 4 i 11 miesięcy w Górnośląskim Centrum Opieki nad Matką i Dzieckiem w Katowicach, jednak nie ustalono, co jej dolega. Dopiero w Centrum Zdrowia Dziecka postawiono diagnozę, gdzie pierwszy raz była diagnozowana w wieku 2 lat, a drugi, gdy skończyła 2, 5 roku. Patrycja jest pod opieką anestezjologa oraz pediatry i rehabilitanta. Jest rehabilitowana dwa razy w tygodniu metodą NDT – BOBAT co ma na celu zmniejszenie liczby przykurczów. Dziewczynka, na co dzień korzysta z respiratora, koncentratora tlenu oraz pulsoksymetru, który służy do pomiaru tlenu we krwi i akcji serca.

Członkowie zespołu projektowego

Ewa i Mateusz w trakcie oklejania puszek

Sabina, Ewa, Asia, Mateusz i Jurek podczas realizacji projektu

- Kamil – ma 5 lat i mieszka w Opolu. W wieku 6 miesięcy w wyniku badań genetycznych zdiagnozowano u niego rdzeniowy zanik mięśni. Dziecko jest pod stałą opieką lekarską, a 5 razy w tygodniu prowadzona jest rehabilitacja, co ma na celu zapobieganie przykurczom i pogarszaniu się stanu chłopca. Na co dzień Kamil korzysta z takiego sprzętu jak respirator, ssak, koncentrator tlenu, pulsoksymetr oraz worek ambu – do respiracji ręcznej.

Projekt realizowany był w roku akademickim 2012/2013, natomiast prace przygotowawcze rozpoczęły się o wiele wcześniej. Zespół regularnie spotykał się i stopniowo ustalał plan działania. Swoje poczynania grupa rozpoczęła od nawiązania współpracy ze Stowarzyszeniem im. Sue Ryder w Solcu Kujawskim, pod którego opieką znajdują się beneficjenci projektu. Ewa, liderka drużyny, skutecznie utrzymywała kontakt z przedstawicielką Stowarzyszenia, Panią Agnieszką Burec, na bieżąco omawiając wszystkie kwestie dotyczące podejmowanych działań. Pierwszym zadaniem, z którym musieli zmierzyć się organizatorzy było przeprowadzenie zbiórki publicznej podczas trwającego w dniach 24-26.06.2012 roku Festiwalu Nauki w Opolu. Działanie to wymagało od organizatorów wcześniejszego przygotowania i podjęcia współpracy z wieloma osobami. Kolejnym zamiarem grupy była organizacja zbiórki publicznej w Kluczborku w dniu 06.12.2012 r. Zachęcili do współpracy wolontariuszy z Klubu 8, działającego przy Liceum Ogólnokształcącym im. A. Mickiewicza w Kluczborku, którzy chętnie zaangażowali się w podjętą inicjatywę. Do współpracy zaproszony został także Środowiskowy Dom Samopomocy w Kluczborku i w ramach tego partnerstwa zespół otrzymał prace wykonane przez niepełnosprawnych, które przekazał darczyńcom w podziękowaniu za ofiarowane datki. Na ten sam cel Asi udało się pozyskać haftowane ozdoby choinkowe wykonane przez Panią Halinę Sobczak, a Marzenie i Dominice świąteczne pierniczki ufundowane przez właściciela cukierni „Ptyś". Dzięki pomocy wolontariuszy z grupy „Iskierka Nadziei" udało się zorganizować w okresie karnawału festyn pod nazwą „Biesiada Śląska", który odbył się w dniu 13.01.2013 r. w Dobrzeniu Wielkim. Wsparcie okazali także Rada Sołecka Dobrzenia Małego, Gminny Ośrodek Kultury z Dobrzenia Wielkiego, Ochotnicza Straż Pożarna w Dobrzeniu Małym oraz Koło Gospodyń Wiejskich. Świetnym pomysłem okazało się ustawienie w klubie „Domówka" w Opolu specjalnej skarbonki, do której klienci wrzucali paragony, a właściciel zgodził się przekazać 10% sumy wszystkich rachunków na rzecz podopiecznych Stowarzyszenia. Kolejnym etapem działań było przeprowadzenie zbiórki wielkanocnej w Kluczborku, która odbyła się 26.03.2013 r. Do współpracy zostali ponownie zaproszeni wolontariusze z Klubu 8, którzy doskonale sprawdzili się w swojej roli. Uwieńczeniem działań było nawiązanie kontaktu z Panem Mateuszem Dybkiem, przewodniczącym Zespołu Organizacyjnego „Marszu dla Życia i Rodziny" w Kluczborku i uzyskanie zgody na udział zespołu w tym przedsięwzięciu oraz możliwość zorganizowania zbiórki publicznej w trakcie popołudniowego pikniku na kluczborskim rynku. Cała akcja miała miejsce 26.05.2013r.

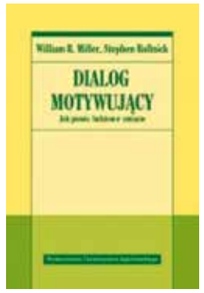
Grupa przeprowadziła wiele akcji promocyjnych projektu, które miały na celu poinformowanie mieszkańców Opolszczyzny o możliwości niesienia pomocy. Audycja w Radiu Opole, artykuł w Nowej Trybunie Opolskiej, stworzenie strony internetowej, setki rozdanych ulotek i rozwieszonych plakatów – to tylko niektóre z działań, których podjęli się studenci. Zachęcili oni także do współpracy i wsparcia projektu wiele firm i osób prywatnych, także z zagranicy. Wsparli oni tę ideę zarówno finansowo, jak i poprzez ufundowanie materiałów niezbędnych do przeprowadzenia akcji promocyjnych, takich jak koszulki dla wolontariuszy, napoje, poczęstunek, wydruk ulotek i plakatów. Gdyby nie nasza systematyczność, ciężka praca i wysiłek włożone w projekt, niczego nie osiągnęlibyśmy – zgodnie przyznają członkowie grupy. Ich zaangażowanie i pomysłowość przyniosły efekty godne podziwu. Studenci wspominają, jak ważną rolę odegrało zaangażowanie rodzin podopiecznych w podjętą inicjatywę. Ich otwartość, zaufanie oraz optymizm niewątpliwie wpłynęły na skuteczność wszystkich realizowanych działań. W efekcie końcowym studentom udało się uzyskać sumę 4 tysięcy złotych oraz 500 euro, którą w całości przekazali Stowarzyszeniu im. Sue Ryder w Solcu Kujawskim. Stowarzyszenie natomiast wykorzysta tę kwotę na pomoc chorym. Zarówno pomysł, jak i wykonanie projektu stanowią przykład, jak wielkie efekty może przynieść dobrze dobrany zespół, ciężka praca, zaangażowanie i determinacja. Życzylibyśmy sobie, aby takich projektów było w naszych środowiskach znacznie więcej.

EMPOWERMENT – Nr 1(11) marzec 2014

Polecamy…

Iwona Dąbrowska – Jabłońska

J. M. Jaraczewska, I. Krasiejko, *Dialog motywujący w teorii i praktyce. Motywowanie do zmiany w pracy socjalnej,* Toruń 2012



Praktyka udzielania pomocy w instytucjach pomocy społecznej pokazuje, że jest ona nieefektywna, niewiele zmienia w życiu klientów. Pomagający, wbrew powszechnym oczekiwaniom, nie pobudzają klientów do długoterminowego działania, nie wyzwalają w nich siły, energii, inicjatywy. Klienci pomocy społecznej, często przez wiele lat, tkwią w bezradności, apatii, frustracji, lęku, pesymizmie, poczuciu krzywdy i niesprawiedliwości. Czują się zmarginalizowani, odrzuceni, niewysłuchani. Mogą także doświadczać uczuć ambiwalencji, wewnętrznego konfliktu, strachu przed porażką i wahania w sytuacjach konieczności podejmowania decyzji. Wielu z nich używa leków, alkoholu, narkotyków, by poradzić sobie z emocjami, jakich doświadczają. Główną motywacją ich działania jest uzyskanie bezpieczeństwa socjalnego, czyli zachowanie pewnych i stałych świadczeń oraz przywilejów.

Tymczasem, w myśl nowoczesnego modelu tzw. aktywnej polityki społecznej, zawartego w dokumencie *Założenia do zmian ustawy o pomocy społecznej z 2013 r.*, w pracy socjalnej należy odchodzić od podtrzymywania klienta w roli biernego odbiorcy pomocy finansowo-rzeczowej. Praca z klientem powinna koncentrować się na mobilizowaniu go i aktywizowaniu do rozwiązywania problemów życiowych, wzmacnianiu jego poczucia skuteczności i sensu działań oraz poprawie gotowości aktywnego udziału w życiu publicznym, w tym współdziałaniu w lokalnym środowisku społecznym. Celem nadrzędnym udzielanej pomocy jest uzyskanie przez osoby i rodziny uniezależnienia się od systemu świadczeń pomocy społecznej.

Biorąc pod uwagę opisane wyżej postawy klientów i oczekiwany kierunek zmian w pomocy społecznej, pracownicy socjalni mają bardzo trudne zadanie do spełnienia. Za wielce niesprzyjające można uznać także warunki pracy pomagających, czyli krótki czas spotkania z klientem, wielość osób i rodzin, które zgłaszają się po pomoc, różnorodność ich problemów, ogrom biurokracji i innych obowiązków służbowych. Powstaje zatem pytanie: Jak w takich warunkach pracownik socjalny może działać efektywnie? Jedną z możliwości jest włączenie do metodycznych działań pracownika socjalnego elementów Dialogu Motywującego (DM).

Polecam dziś zatem Państwu publikację *Dialog motywujący w teorii i praktyce. Motywowanie do zmiany w pracy socjalnej* autorstwa M. Jaraczewskiej oraz I. Krasiejko. Zanim jednak będę namawiać Państwa do sięgnięcia po tą konkretną książkę, przedstawię główne założenia tej metody. I żeby sprawa była jasna, proponuję wykorzystanie jedynie niektórych jej elementów, tych które pomogą z jednej strony usprawnić i podnieść efektywność pracy z klientem, a z drugiej – pozwolą pracownikowi socjalnemu odczuwać osobistą satysfakcję z wykonywanych działań, co w zawodzie pracownika socjalnego jest raczej rzadkim doświadczeniem. Dialog Motywujący to, jak piszą jego twórcy W. Miller i S. Rollnick, „oparta na współpracy i skoncentrowana na osobie forma prowadzenia rozmowy, służąca wydobywaniu i wzmacnianiu motywacji do zmiany." DM powstał pierwotnie, by zwiększyć skuteczność leczenia uzależnień. W miarę rozwoju tej metody, okazało się jednak, że sprawdza się ona w wielu dziedzinach, np. w psychologii zdrowia (jako sposób motywowania do zmiany diety), w psychoterapii (jako sposób pracy z oporem klienta), w profilaktyce (w pracy z nastolatkami, aby nie podnosić poziomu naturalnego w tym wieku buntu i móc skutecznie przekazywać ważne treści). Miller i Rollnick wyszli z założenia, że motywacja jest kluczem do zmiany, jest wielowymiarowa, posiada swoją dynamikę, pozostaje pod wpływem interakcji społecznych, ponadto można ją modyfikować i wzmacniać do zmiany, a motywacja do zmiany zaczyna się wtedy, kiedy występują odpowiednio duże rozbieżności między stanem obecnym a pożądanym.

Praca z wykorzystaniem elementów DM wymaga zrozumienia, że w procesie zmiany tak samo jak efekt końcowy, istotna jest także droga wiodąca do niego. W DM wymienia się kilka faz zmiany oraz związanych z nimi zachowań i postaw klientów:

1. **Faza przedkontemplacyjna** (prekontemplacja) – klient nie zastanawia się nad zmianą i nie ma zamiaru wprowadzać zmian w zachowaniu; jest częściowo lub całkowicie nieświadomy tego, że problem istnieje i że jakakolwiek zmiana jest mu potrzebna, że wzorzec jego zachowań może w ogóle być źródłem problemów; klient może być zniechęcony do zmiany swojego zachowania; klient nie doświadcza jeszcze negatywnych konsekwencji swojego zachowania.
2. **Faza kontemplacyjna** – klient zaczyna uświadamiać sobie, że problem istnieje – zaczyna czasem widzieć powód do niepokoju i do zmiany, widzi przesłanki do zmiany i jednocześnie powody, by jej nie dokonywać, np. nie wierzy w możliwość zmiany lub boi się spróbować (ambiwalencja i wahanie); klient wciąż prezentuje dysfunkcyjne zachowania, ale rozważa ich zmianę; może pozostawać w tym stadium przez długi czas.
3. **Faza przygotowania** – bilans strat i zysków pokazuje, że negatywne konsekwencje zachowań dysfunkcyjnych są silniejsze niż korzyści wynikające z tych zachowań; w kliencie wzmacnia się przekonanie, że warto się zmienić i zaczyna mówić o konkretnych planach dotyczących zmiany zachowań; klient ocenia własne możliwości dokonywania zmian, ale na tym etapie nadal może prezentować zachowania dysfunkcyjne, mimo że naprawdę chce je zmienić; bywa, że człowiek wykazuje dużo energii, jest przekonany o słuszności zmiany i jest gotów podjąć kolejne kroki.
4. **Faza działania** – klient wybiera strategię zmiany i zaczyna wdrażać ją w życie; kończąc jednocześnie lub ograniczając dotychczasowe problemowe zachowanie; to bardzo trudna do realizacji faza, bowiem wymaga od klienta dużo siły i determinacji.
5. **Faza utrzymania** (podtrzymania) – klient podejmuje wysiłki, aby podtrzymać to, co udało mu się już osiągnąć; stara się we współpracy z pomagającym monitorować sygnały ostrzegawcze powrotu dawnych zachowań.

Okazuje się jednak, że tych pięć faz składających się na proces zmiany to nie koniec. J. O. Prochaska i C. C. DiClemente zaobserwowali jeszcze jedną charakterystyczną cechę związaną ze zmianą. Odkryli oni, że naturalnym elementem wprowadzania zmian jest **nawrót do wcześniejszego zachowania**. Dlatego, bardzo często zanim dokona się trwała zmiana, człowiek musi przejść przez opisany cykl kilkakrotnie, a fazy nawrotu absolutnie nie należy traktować jako porażki.

DM jest skoncentrowaną na osobie oraz opartą na współpracy formą prowadzenia klienta w kierunku wydobywania i wzmacniania motywacji do zmiany poprzez analizę i rozwiązywanie ambiwalencji. Stosowanie DM wymaga dobrej i bezpiecznej atmosfery wspólnej pracy, stworzenia klimatu zaufania i prezentowania postawy otwartości wobec poglądów klienta. Koncepcja W. Millera zakłada, że elementami składowymi DM są współpraca, akceptacja, wydobywanie zasobów klienta i okazywanie troski. Niezwykle istotne są także dostrzeganie wartości w drugim człowieku, empatia i trafne wyrażanie empatycznego zrozumienia jego trudnej sytuacji. Poświęcenie kilku minut na rozmowę zgodną z założeniami DM jest korzystne dla obu stron:

- Klientowi pozwala poczuć, że został wysłuchany i zrozumiany, pozwala mu właściwie rozpoznać własne emocje, myśli i zachowania, pozwala określić mu jego potencjał i zasoby, znaleźć motywację do działania czy wreszcie wzmocnić jego samodzielność.
- Pracownikowi socjalnemu pozwala poznać punkt widzenia klienta, poszerzyć wiedzę na temat problemu i motywacji klienta. Pozwala również na określenie fazy zmiany, w której znajduje się klient i na zastosowanie odpowiedniego podejścia.

Istota pracy socjalnej prowadzonej w ujęciu DM polega zatem, jak podkreśla J. M. Jaraczewska, na wzbogacaniu potencjału człowieka. Przyjmuje się bowiem, że osoba doświadczająca życiowego kryzysu nie jest pozbawiona możliwości zmiany, lecz jest na ważnym etapie zmiany, a zadaniem pracownika socjalnego jest wzmocnienie w kliencie jego własnego efektywnego zaangażowania się w pracę nad sobą. Dopiero takie zaangażowanie umożliwia i ułatwia klientowi dokonanie zmian w życiu, które on sam uznaje za swoje, za ważne i co do których jest wewnętrznie przekonany.

Tyle o samej metodzie Dialogu Motywującego, a teraz co znajdzie Czytelnik w publikacji *Dialog motywujący w teorii i praktyce. Motywowanie do zmiany w pracy socjalnej*. Otóż książka pozwala na: dokładne zapoznanie się z założeniami pracy nad motywacją jednostki (podkreślam – jednostki mało zmotywowanej), poznanie faz procesu motywującego, budowania motywacji do zmiany, wzmacniania postanowienia zmian. Ukazuje również praktyczny wymiar tej metody oraz możliwe przeszkody i czynniki, które wspomagają wprowadzanie zmian. Publikacja zawiera dziesięć rozdziałów, które przygotowali zarówno teoretycy tej metody, jak i długoletni praktycy i trenerzy. Jest to bardzo interesujący i bogaty w treści materiał, zawierający wiele odniesień do praktyki, analizy i interpretacje. Czytelnik znajdzie tu także np. graficzne modele obrazujące fazy zmiany, które zamieszczono w Aneksie, można je wyciąć i zastosować w praktyce.

Jeden z rozdziałów, autorstwa I. Krasiejko, został zatytułowany *Elementy Dialogu Motywującego w metodycznym działaniu pracowników socjalnych*. Autorka dokonała w nim analizy celów i zadań pracy socjalnej poprzez Dialog Motywujący. W swoich rozważaniach odwołała się również do zbierania i interpretowania danych przez profesjonalistów, przytoczyła ciekawe przykłady z praktyki. Z tekstem tym koresponduje inny rozdział pióra tej samej autorki: *Dialog Motywujący w asystenturze rodziny*, w którym przedstawiono analizę regulacji prawnych w odniesieniu do asystentury rodziny oraz przydatność koncepcji Dialogu Motywującego w pracy terapeutycznej z rodziną. Autorka nawiązała także do własnych badań w tym zakresie oraz zaprezentowała tzw. arkusz ważenia decyzji, który jest gotowym narzędziem do zastosowania w pracy z osobą będącą w stanie ambiwalencji.

Z kolei B. Klich i J. Rutkowska opisały metodę *Dialogu Motywującego w kontekście systemowej pracy z rodziną*, pokazując zarówno przykłady zastosowania metody w pracy z systemem rodzinnym, jak i z diadą rodzicielską. Pokazały też zasady pracy z dziećmi w oparciu o DM. Jako kontynuację tych przemyśleń, A. Derwich opisała DM w kontekście pracy z młodzieżą, uwypuklając aspekt powstrzymywania odruchu naprawiania, zrozumienia motywacji, słuchania i wzmacniania człowieka. Natomiast I. Jaraczewska i I. Krasiejko pokazały możliwości zastosowania DM z inną kategorią klientów pomocy społecznej – z osobami z problemem uzależnień. Autorki pokazały strategie motywujące w odniesieniu do faz zmiany w pracy z osobą uzależnioną, ilustrując treści przykładami rozmów motywujących i opatrując je swymi komentarzami. W polecanej publikacji znalazł się także tekst „ze świata" autorstwa B. McKenzie, *System interwencji i wsparcia w placówkach pomocy społecznej skoncentrowanych na ochronie dziecka i rodziny – na przykładzie badań przeprowadzonych w Kanadzie*. Zawiera on rozważania dotyczące zmian organizacyjnych dokonywanych w kanadyjskim systemie pomocy dzieciom i rodzinom, jak również ukazuje stosowane modele, które mogą być propozycją do przemyśleń i zastosowania w innych krajach.

Odbiorcami tej książki będą z pewnością: pedagodzy, pracownicy socjalni, socjologowie oraz psycholodzy, być może zajrzą do niej także politycy społeczni. Jest ona ważnym głosem, w toczącej się obecnie ogólnopolskiej dyskusji teoretyków, badaczy i praktyków odnośnie do pracy z rodziną i jednostką, do asystentury rodziny oraz do wyzwań stojących przed pracownikami służb społecznych. Jest również propozycją nowoczesnego modelu świadczenia pomocy człowiekowi, pomocy która prowadzi od bezradności do samodzielności rodziny i jednostki. Osobom zainteresowanym metodą Dialogu Motywującego polecam także: W. R. Miller, S. Rollnick, *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie*, Kraków 2014; D. B. Rosengren, *Rozwijanie umiejętności w dialogu motywującym*, Kraków 2013.

Bibliografia:

1. Piątek K., Szymańska-Zybertowicz K. (red.), Profesjonalna praca socjalna. Nowy paradygmat czy niedokończone zadanie?, Toruń 2011.
2. Rymsza M. (red.), Czy podejście aktywizujące ma szansę? Pracownicy socjalni i praca socjalna w 20 lat po reformie systemu pomocy społecznej, Warszawa 2011.
3. Założenia do zmiany ustawy o pomocy społecznej, http://www.mpips.gov.pl/bip/projekty-aktow-prawnych/projekty-ustaw/pomoc-społeczna/zalozenia-do-zmiany-ustawy-o-pomocy-społecznej/ [dostęp: 16.03.2014].

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu
45-315 Opole • ul. Głogowska 25c
Tel. 77 44 15 250 • fax. 77 44 15 259
www.rops-opole.pl • www.pokl.rops-opole.pl