ORIGINAL ARTICLE

MEDICÍNSKY MODEL – BIOMEDICÍNSKY DISKURZ SOCIÁLNEJ PRÁCE

Medical model – biomedical discourse upon social work

Jana Levická

Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, katedra sociálnej práce
Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce

Summary

The social work, as a branch of theory and practice renewed in the Slovak Republic 20 years ago, searches for its identity, providing that the existing discourse oscillates between attempts to define it as a scientific discipline, which is associated with efforts aimed at a consensus concerning paradigm or paradigms of the social works, and attempts to establish the social work just as a specific field of practice, which does not call for its own scientific and research basis. In this quarrel, domestic authors support their opinions by scientific authorities and widely accepted foreign theoretical sources, which is legitimate, since there is still a lack of sufficient domestic sources on the one hand, and if we try to establish the modern Slovak social work, we cannot do so without reflecting the foreign discourse in this field on the other hand. The “fairness” in the social work should suggest us that we have to admit that the authorities and sources chosen here do not always represent most objective knowledge in the social work and that they can sometimes be just opinions of an individual foreign colleague, even if he/she is a known and accepted professional. In our uncertainty, we tend to consider one clear fact and refuse everything else instead of bringing and offering different views as educators. In her efforts to change this condition, the author offers a view of the biomedical discourse upon the social work in Slovakia rather known as a social work model, which is one of ever topical theoretical discourse upon the social work. After a period of a certain decline accompanying the discourse in the 1970's to 1980's, a new revival was experienced just at the end of the last millennium. This new wave of the biomedical discourse has been particularly induced by the following facts: population changes (ageing of the population), increase in the occurrence of mental diseases in the population, increase in the incidence of civilisation diseases, *inter alia* those caused by unsound style of life, etc. These diseases have not already been solely considered as an issue of medical interest for a long time, since they also exert impacts in the field of national economies of particular countries because of their associations with costs of the medical care, and long-term sick leave and subsequent disability negatively affecting public finances.

Key words: theory – models – discourses – medical model – biomedical discourse

Súhrn

Sociálna práca ako obnovená oblasť teórie a praxe v SR už 20 rokov hľadá svoju identitu, pričom prebiehajúci diskurz osciluje medzi snahou definovať ju ako vedu, čo je spojené s úsilím nájsť konsenzus o paradigme či paradigmách sociálnej práce, a snahou presadiť sociálnu prácu len ako špecifickú oblasť praxe, ktorá nevyžaduje svoju vlastnú vedecko-výskumnú základňu. V tomto spore

sa domáci autori opierajú o vedecké autority a akceptované teoretické zdroje zahraničnej proveniencie, čo je legítimne jednak z dôvodu, že ešte stále pociťujeme deficit domácich teoretických zdrojov, a tiež z dôvodu, že ak usilujeme o vybudovanie modernej slovenskej sociálnej práce, nie je to možné bez reflektovania zahraničného diskurzu v tejto oblasti. „Poctivosť“ vo vedeckej práci by nás mala viesť k tomu, aby sme priznali, že nie vždy nami vybrané autority a zdroje skutočne reprezentujú to najobjektívnejšie poznanie v modernej sociálnej práci a že niekedy sú len názorom jedného zahraničného, aj keď známeho a akceptovaného, kolegu. Namiesto toho, aby sme sa ako vzdelávatelia usilovali prinášať a ponúkať rôzne pohľady, sa v svojej neistote prikláňame k jednej zaručenej pravde a všetko ostatné odmietame. V snahe prispieť k zmene tohto stavu autorka ponúka pohľad na biomedicínsky diskurz sociálnej práce na Slovensku známy skôr ako medicínsky model sociálnej práce, ktorý je jedným zo stále aktuálnych teoretických diskurzov sociálnej práce. Po období istého útlmu, ktorý tento diskurz sprevádzal v 70.–80. rokoch minulého storočia, prišlo práve koncom uplynulého milénia k jeho opätovnému oživeniu. Táto nová vlna v biomedicínskom diskurze bola vyvolaná najmä nasledovnými skutočnosťami: populačnými zmenami (starnutím populácie), nárastom psychických ochorení v populácii, nárastom civilizačných chorôb zapríčinených o. i. nezdravým životným štýlom ap. Tieto ochorenia už dávno nie sú vnímané len ako oblasť medicínskeho záujmu, ale sa premietajú aj do oblasti národných ekonomík jednotlivých krajín, pretože sú spájané s ekonomickými nákladmi na liečebnú starostlivosť, s dlhodobými práceneschopnosťami a s následnou invalidizáciou, čo negatívne zatŕažuje verejné financie.

Kľúčové slová: teórie – modely – diskurzy – medicínsky model – biomedicínsky diskurz

ÚVOD

Malcolm Payne (1997) vo svojej práci *The Modern Theory Social Work* vysvetľuje vzťah medzi teóriami (theory) a modelmi (models) sociálnej práce, pričom pojem „teórie sociálnej práce“ charakterizuje ako veľké celky, snahou ktorých je podať zosumarizované a prehľadne usporiadané vedecké poznatky používané v sociálnej práci. Pojem model Payne používa na označenie platného teoretického poznania, viažuceho sa k určitej oblasti praxe sociálnej práce.

Podobne tento pojem vysvetľuje Levická (2002, 2007), podľa ktorej modely sociálnej práce v prvej polovici 20. storočia vznikali ako prirodzený dôsledok autorovej orientácie na tú oblasť svojho vzdelania (respektíve praxe), z ktorej vstupoval do praxe sociálnej práce. Poznatkami zo svojej pôvodnej oblasti sa snažili vysvetliť jednotlivé problémy, s ktorými boli v sociálnej práci konfrontovaní. Neskôr, keď teoretické základy sociálnej práce začali budovať akademicky pripravení sociálni pracovníci, sa podľa Levickej (2005) pojem model začal používať na označenie teoretických konceptov, ktorých snahou bolo využiť dostupné teoretické poznanie na objasnenie jednotlivých polí sociálnej práce. Modely sociálnej práce tak reprezentujú teoretické poznanie sociálnej práce, pričom jednotlivé modely vznikli ako dôsledok orientá-

cie jednotlivých autorov na predmet sociálnej práce.

Podobne aj Skidmore a Thackeray (1998), Engelke (1998) a i. sa zhodujú v tom, že v druhej polovici 20. storočia termín „model“ začali niektorí autori používať na označenie kombinácie viacerých teoretických prúdov spojených do jedného špecifického prístupu, prostredníctvom ktorého sa pokúšali zodpovedať významné otázky sociálnej práce, ale neašpirovali na vytvorenie komplexnej teórie, ktorá by priniesla vedecké poznatky o sociálnej práci ako celku.

Medicínsky model sociálnej práce – jeho vznik a rozvoj

Už začiatkom 20. storočia poukazovali lekári na fakt, že zdravotný stav pacientov, jeho zmeny (ako pozitívne, tak i negatívne) sú výrazne ovplyvňované psychickým stavom pacienta, na ktorý má vplyv jeho prostredie – vzťahy s príbuznými, podpora rodiny, zabezpečenie starostlivosti o deti počas liečby a podobne.

Pôvodná orientácia sestier a lekárov na oblasť pomoci pri riešení niektorých problémov pacientov, ktoré vychádzali z ich súkromného rodinného či pracovného prostredia, napokon vyrástla v jeden z najsilnejších prúdov sociálnej práce dnes známy ako medicínsky model sociálnej práce. Medicínsky model sociálnej práce

reprezentuje praktickú i teoretickú orientáciu sociálnych pracovníkov na oblasť zdravia v kontexte sociálnej práce. Ústredným cieľom sociálnej práce rozvíjanej v rámci tohto modelového prístupu je dosiahnutie optimálneho stupňa fungovania jedincov v kontexte psychofyziologického zdravia. Medicínsky model sociálnej práce sa vyvíjal ako jeden z jej najstarších modelov. Hoci viacerí autori poukazujú na spoločné riešenie zdravotných a sociálnych problémov v minulosti, korene ktorého je možné nájsť už v stredoveku, hovoriť o rozvoji medicínskeho modelu sociálnej práce pokladám za vhodné až od 20. storočia, teda až v období, keď sa sociálna práca etablovala ako samostatná profesia. Pre predchádzajúce obdobie je vhodnejšie chápať tento vzťah ako rozvoj sociálnych aspektov v medicínskej starostlivosti.

Teoretické základy tohto prúdu môžeme hľadať v prácach Mary Richmondovej (1965), ktorá za hlavný cieľ sociálnej práce označila pomoc sociálnych pracovníkov jednotlivcom i skupinám v procese prispôbovania sa daným podmienkam. Richmondovou rozpracovaná teória neskôr získala označenie *strategicko-medicínsky model*.

Vzťah medzi zdravotníctvom a sociálnou prácou od počiatočného obdobia formovania sa sociálnej práce ako novej profesie vychádza zo vzájomného rešpektovania a založený je na úzkej spolupráci oboch disciplín. V počiatočnom období poskytla medicína sociálnej práci nielen teoretické základy (orientácia na zdravotno-sociálne vzdelávanie, vznik a rozvoj odbornej terminológie, v ktorej sa pojmy ako sociálna diagnóza, sociálna anamnéza, sociálna terapia atď. používajú dodnes), ale ovplyvnila aj prístup sociálnych pracovníkov pôsobiacich mimo zdravotnícke zariadenia, kedy sociálni pracovníci pristupovali k riešeniu klientových problémov ako „k riešeniu sociálnej choroby“ (Robertis, 1998, s. 87). Sociálny pracovník sám seba chápal ako toho, kto je povolaný vylúštiť (odhaliť) či nájsť odpovede na problémy vyplývajúce z nedostatku či dysfunkcie sociálneho systému. „Liečba“ sa tak stanovovala prostredníctvom sociálneho pracovníka, ktorý bol kompetentným odhaliť príčiny tzv. sociálnej dysfunkcie a nájsť riešenie problémov vyplývajúcich z „nedostatkov“ alebo z dysfunkcie v spoločenskom systéme. Zásluhou práce teoretikov, predovšetkým Richmondovej sa v sociálnej práci ustálil termín

sociálny prípad, ktorý sa používal na označenie jedinca alebo rodiny, ktorá vyžadovala sociálnu intervenciu (Strieženec, 2006).

Pre medicínsky model v počiatočnom období je charakteristické tiež úsilie o vytvorenie diagnostickej typológie prostredníctvom systematizácie výsledkov, na základe ktorých by bolo možné „uzdraviť“ a vyliečiť všetky sociálne choroby (Krakešová-Došková, 1946).

Klasická medicínsky orientovaná sociálna práca sa upriamovala na prácu s chorým a s členmi jeho rodiny. Sociálny pracovník tak pracoval predovšetkým s „klientom-pacientom“ a s jeho prostredím, pričom bol chápaný ako súčasť liečebného procesu. Zaoberal sa všetkými aspektmi pobytu pacientov v nemocniciach a tiež ich kontaktmi s rodinou i spoločnosťou (Rehr, Rosenberg, 2006). Sociálna práca v tomto modeli vychádzala zo skutočnosti, že pacienti lepšie prijímajú terapiu, ak jej rozumejú a ak dôverujú profesionálom poskytujúcim im pomoc. Vychádzajúc z tejto skutočnosti klasický medicínsky model sociálnej práce postupne rozširuje oblasť svojho teoretického záujmu a praktickej realizácie a sociálna práca sa začína podieľať tiež na nasledovných aktivitách:

- na výchove k zdraviu, na propagácii zdravého životného štýlu, na aktivitách súvisiacich so starostlivosťou o psychické zdravie, na organizácii prenatálnej a postnatálnej starostlivosti, na pomoci a starostlivosti o ľudí s TBC, s pohlavnými chorobami, alkoholikmi a podobne;
- na výskumných aktivitách spojených so sociálno-zdravotnými problémami;
- na rehabilitácii;
- na terapii.

Klasický medicínsky model sociálnej práce vytvorili na začiatku 20. storočia predovšetkým lekári (najviac zastúpenými špecializáciami boli pediatria a psychiatria) a zdravotné sestry. Je preto samozrejmé, že za predmet sociálnej práce označili „dobro pacienta“. Sociálnu prácu chápali ako široko koncipovanú službu pacientom. Neskôr boli do nemocníc zámerne prijímaní noví zamestnanci – sociálni pracovníci, ktorí pomáhali riešiť psychopatologické a sociálne problémy pacientov, medzi ktoré patrili napríklad rozpad rodiny, rôzne typy stresov z pobytu v nemocničnom prostredí, zo straty zamestnania, ktoré v konečnom dôsledku mohli byť pri-

činou zhoršenia pacientovho zdravotného stavu (Lavender, Holloway, 1988). V nemocniciach spolupracovali sociálni pracovníci s lekármi a inými odborníkmi ako napr. s opatrovateľmi, zdravotnými sestrami, terapeutmi, farmaceutmi, logopédmi atď.

K úlohám sociálneho pracovníka patrila najmä:

- spolupráca pri hľadaní slabých a silných stránok osobnosti pacienta;
- spolupráca v rámci interdisciplinárneho tímu, s cieľom maximálneho využitia schopností, možností každého članku tímu v prospech pacienta;
- pomoc rodine, zainteresovanie rodiny na spolupráci s lekármi počas procesu liečenia;
- umožniť pacientovi plne využívať služieb medicíny;
- spolupráca v zlepšovaní služieb organizovaných nemocnicou, vrátane interdisciplinárnych konzultácií;
- dosiahnutie potrebného súladu medzi potrebami pacienta a možnosťami spoločnosti a dostupnými zdrojmi;
- podieľanie sa na výskume.

Kvalifikovaní sociálni pracovníci sa stali dôležitými prvkami pracovných tímov v nemocniciach. „Sociálnym prípadom“ poskytovali pomoc v nasledovných situáciách:

- bezprostredne pri ich prijatí do nemocnice;
- počas ich pobytu v nemocnici;
- pri ukončení pobytu v nemocnici alebo pobytu na kúpeľnej liečbe;
- pri spolupráci s obvodným lekárom.

Sociálny pracovník pomáhal klientovi vyrovnat' sa s minulosťou, ktorá ho traumatizovala, s nutnosťou pobytu v nemocnici, pochopením dôvodov liečby a tiež napríklad pomáhal pacientovi získať potrebné finančné prostriedky na pobyt v nemocnici a následnú liečbu.

Počas pobytu v nemocnici sociálny pracovník pravidelne navštevoval klienta aj jeho rodinu, trpezlivo ich počúval, pomáhal hľadať riešenia ich problémov, čím sa medicínsky model začal postupne transformovať. Práca sociálnych pracovníkov sa začala viac orientovať na domáce prostredie a postupne návštevná služba v rodine tvorila podstatnú časť práce medicínsky orientovaných sociálnych pracovníkov. Výsledkom tohto meniaceho sa prístupu v teoretickej rovine boli práce zamerané napr. na zmenu správania

členov rodiny počas choroby niektorého z jej členov. Tieto práce poukázali na nasledovné fakty:

- zmenu správania u detí v situácii, keď ochorie jeden z rodičov alebo starých rodičov;
- choroba jedného člena rodiny môže dezorganizovať chod celej domácnosti, môže byť dôvodom zmeny celkového životného štýlu rodiny, niekedy vyvoláva až dysfunkciu rodiny;
- na význam okolia, kedy napr. susedská pomoc môže rodine pomôcť rýchlo zmobilizovať svoje rezervy a zorganizovať ako chod rodiny, tak aj starostlivosť o chorého člena.

Medicínsky model bol neskôr modifikovaný prúdmi psychoanalytickými a psychoterapeutickými. Tieto prúdy, okrem zmeny v terminológii, keď sa termín „liečenie“ nahradil termínom „terapia“, nemali výraznejší vplyv na samotné chápanie vlastných profesionálnych aktivít sociálnych pracovníkov. Možno aj preto, lebo medicínsky model od začiatku zdôrazňoval význam troch základných elementov sociálnej práce, ktorými sú *liečba*, *prevencia* a *pomáhanie*, napriek tomu však klasický medicínsky model sa orientoval prevažne na dve zložky a to na liečbu a pomáhanie.

Od medicínskeho modelu k biomedicínskemu diskurzu

So zmeneným prístupom k otázke zdravia, a to najmä po roku 1946, kedy WHO definovala zdravie ako stav telesného, psychického a sociálneho blahobytu a nielen chýbanie choroby alebo poruchy, sa mení aj obsahová orientácia medicínskeho modelu sociálnej práce.

Ešte koncom 70. rokov sa v tejto spojitosti hovorilo viac o vzťahu medicíny a sociálnej práce. So stále vzrastajúcim významom tzv. zdravého životného štýlu, zdôrazňovaním problematiky psychického zdravia a podobne pojem „zdravotníctvo“ (ako širší pojem) postupne vytlačila pojem „medicína“ z tohto vzťahu. Pričom vzťah medzi zdravotníctvom a sociálnou prácou patrí nielen z historického hľadiska (z dôvodu výrazného vplyvu sociálnych sestier na vznik a následný rozvoj samotnej sociálnej práce), ale aj z hľadiska aktuálnych problémov dneška k jedným z najzaujímavejších vzťahov medzi tzv. pomáhajúcimi profesiami.

Popri klasickej orientácii na oblasť pomoci a podpory chorého jednotlivca sa do popredia

postupne dostáva orientácia na prevenciu zachovania zdravia. V súvislosti s tým sociálni pracovníci upozorňujú na problémy spojené so zhoršujúcim sa životným prostredím, na vplyv stresu predovšetkým na oblasť psychického zdravia, na neprimerané psychosociálne zaťaženie spojené s výkonom niektorých riadiacich funkcií alebo práce realizovanej v život ohrožujúcom prostredí a podobne. Obsah klasického medicínskeho modelu sa rozširoval a k už spomínaným aktivitám postupne pribúdali ďalšie.

V rámci *biomedicínskeho diskurzu* sa dnes riešia aj otázky práva na zdravé životné prostredie, práva na kvalitnú zdravotnú a sociálnu starostlivosť, na vhodnosť a dostupnosť rôznych foriem sociálno-zdravotnej pomoci (Beder, 2006), otázky kvality života ľudí chronicky chorých, zdravotne postihnutých, otázky ekonomickej náročnosti spojené s kompenzáciou zdravotného postihnutia, prevádzkovania podporných služieb pre terminálne chorých atď. Súčasťou tohto modelu sú aj vzdelávacie aktivity orientované na posilnenie zodpovedného prístupu k ochrane a podpore individuálneho zdravia. Špecifická pozornosť je v tomto diskurze venovaná etickým otázkam. Healy (2005) v tejto súvislosti poukazuje na potrebu, aby sa vzdelávatelia už počas pregraduálnej prípravy sociálnych pracovníkov zamerali na riešenie etických otázok v kontexte biomedicínskeho diskurzu. Biomedicínsky diskurz zdôrazňuje, že na rozdiel od klasického medicínskeho prístupu, súčasnú sociálnu prácu je možné charakterizovať ako *sociálnu prácu v službe zdraviu*, pričom je pre ňu typické, že sa snaží reagovať nielen na problémy spojené s praxou v typicky medicínskych inštitúciách, akými sú nemocnice, liečebne či ozdravovne, ale usiluje tiež o porozumenie a vysvetlenie stále narastajúcich problémov spojených so zhoršujúcou sa situáciou v oblasti zdravotného stavu obyvateľstva. Nárast neuróz, stresov, depresí, rastúci počet samovrážd, HIV, AIDS, diabetes, civilizačných chorôb, alergií, drogovej závislosti a podobne a ich dopad na individuálne ľudské životy sa stali súčasťou sociálnej práce rozvíjanej v kontexte medicínskeho modelu. (Corcoran, Walsh, 2006). Sociálni pracovníci v spolupráci s inými odborníkmi sa spolupodieľajú na liečbe, následnej starostlivosti a predovšetkým na preventívnych aktivitách propagujúcich tzv. zdravý životný štýl.

Medicínsky orientovaná sociálna práca vychádza zo skutočnosti, že na konci 20. storočia sme začali zdravie vnímať ako jednu z podmienok nevyhnutných pre dosiahnutie optimálnej kvality života. Zdravie je pritom vnímané ako želaný stav jednoty psychosociálnych faktorov pôsobiacich na jedinca. Pričom ako upozorňuje Hurrelmann (Schilling, 1999): *„Zhoršenie zdravia sa môže manifestovať sociálnymi, psychickými alebo telesno-fyziologickými symptómami“*. Zdravie tak prestáva byť len medicínskou kategóriou a začína byť chápané ako jav zasahujúci do všetkých oblastí života spoločnosti. Poruchy v oblasti zdravia strácajú svoj individuálny rozmer a stávajú sa jednou z otázok tzv. verejného záujmu. Na začiatku nového tisícročia zdravie, viac ako kedykoľvek predtým, vystupuje aj ako ekonomicko-politická kategória. Súvisí to najmä s nárastom chorobnosti ľudstva, so zhoršovaním sa zdravotného stavu, s predlžovaním priemerného veku a s následnou zdravotnou starostlivosťou, s centralizáciou zdravotnej starostlivosti do veľkých, ekonomicky náročných komplexov na strane jednej a právom na poskytnutie primeranej zdravotnej starostlivosti, ktorú garantuje svojim občanom väčšina vyspelých štátov sveta, na strane druhej. Medzinárodné dokumenty zaväzujú jednotlivé krajiny k zabezpečovaniu starostlivosti o zdravie svojich občanov. V súvislosti s touto požiadavkou Hurrelmann (Schilling, 1999) upozorňuje, že: *„Zdravie je zabezpečené, ak si osoba dokáže konštruktívne vytvárať sociálne vzťahy, keď je sociálne integrovaná, keď dokáže zaradiť svoj spôsob existencie do premenlivých záťaží z okolia, zaistiť si individuálne sebaurčenie a vytvoriť súlad s biogenetickými, fyziologickými a telesnými možnosťami. Zdravie preto môžeme chápať ako aktuálny výsledok vydarenej socializácie“*. Hurrelmann poukazuje na vplyv záťažových faktorov a stresorov na zdravotný stav jedinca a predovšetkým na možný vplyv záťaže na zdravý vývin detí a mládeže. Vychádzajúc z toho stanovuje hlavné úlohy sociálnej práce, medzi ktoré podľa neho patrí podporovať a stimulovať deti a mládež čo najskôr v ich osobnom vývine tak, aby sme zabránili nežiaducim poškodeniam ich zdravia. Sociálna práca by tak mala usilovať o presadzovanie programov podpory zdravia. Tieto programy by sa mali orientovať predovšetkým na oblasť prevencie zameranej na rozvoj zdravých životných podmienok. Hurrelmann popri klasicky chápanej primárnej sekundárnej a terciárnej prevencii

pracuje s pojmami ako preventívna, supratívna, kuratívna, kompenzačná a rehabilitačná intervencia, ktoré objasňuje nasledovne:

Preventívna intervencia pozostáva zo všetkých opatrení, ktoré nasadzujeme pred prvými udalosťami pri vytváraní psychosociálneho a psychofyziologického poškodenia vývoja osobnosti. Medzi základné typy preventívnej intervencie patrí starostlivosť o tehotné ženy, o novorodencov, poradenstvo a podporné služby, služby spojené so zabezpečením základných životných podmienok atď.

Korektívna/supratívna/kuratívna intervencia. Touto intervenciou rozumieme podporné (supratívne), liečebné (kuratívne) intervencie, ktoré majú korigovať, odstrániť alebo vyliečiť negatívne hodnotené udalosti, vrátane eliminácie ich možných nežiaducich následkov v ďalšom rozvoji osobnosti. Patria sem intervencie orientované na posilnenie osobnosti, na vytvorenie a upevnenie náhradných foriem správania, pomoc a podpora pri zvládaní rôznych záťažových situácií a to vrátane ekonomickej podpory, terapeutickú a poradenskú pomoc. V celom kuratívnom procese je potrebné rešpektovať životné zvyklosti a podmienky, v ktorých jedinec žije. *Izolácia* či *vytvorenie špecifických podmienok*, nevyhnutných pre zabezpečenie úspešnosti kuratívneho pôsobenia, sa z hľadiska dlhodobého

udržateľných výsledkov ukazujú ako málo produktívne. Intervenčné procesy v rámci medicínskeho modelu sociálnej práce sú preto orientované na tvorbu tzv. ekosociálneho prostredia, tak ako ho charakterizovali Germain, Gitterman (2008).

Kompenzačná/rehabilitačná intervencia usiluje o odstránenie možného nežiaduceho upevňovania poškodenia či narušenia. Tieto intervencie sú orientované na oblasť kompenzácie dôsledkov poškodenia či narušenia integrity osobnosti, ako aj na oblasť pomoci pri skvalitňovaní životných podmienok jednotlivcov tak, aby aj napriek narušeniu či poškodeniu viedli jednotlivci „znesiteľný“ život. Filozofia znesiteľného života bola na prelome tisícročí nahradená *filozofiou rovnosti príležitostí* (Shulman, 2011).

Vychádzajúc z naznačenej koncepcie negatívneho vplyvu záťažových faktorov na oblasť zdravia a možností sociálnej intervencie pri predchádzaní a odstraňovaní nežiaducich následkov, ponúkam *upravenú* Hurrellmannovu koncepciu, znázorňujúcu pôsobenie negatívnych faktorov, ich následky a možnosť nápravy. Pričom nevyhnutnou súčasťou tohto procesu má byť „celý“ človek a nielen jednostranná orientácia na narušenú, teda „chorú“ časť celku.

Tabuľka 1 Vplyv záťažových faktorov na zdravie a možnosti sociálnej intervencie

Oblasť	Možné riziká	Možné zdravotné následky	Príklady pomoci
Rodina	rozvod rodičov, nadmerná záťaž rodičov, napätie v rod. vzťahoch, poruchy v rod. komunikácii, nevh. byt. podmienky ap.	psychosociálne odchýlky u detí, psychofyziologické poruchy – napr. nespavosť, zajakavosť, neurózy, týranie členov rodiny, najmä detí	poradenstvo, finančná pomoc rodine, inštitucionálne formy pomoci – služby pre rodinu, susedská pomoc, poskytnutie sociálneho ubytovania atď.
Škola/Práca	požiadavky maxim. výkonov, neúspešnosť, duševné deficit, nemožnosť študovať zvolený odbor, problémy pri pracovnom uplatnení, od obmedzenia výberu práce až po nezamestnanosť atď.	poruchy výkonnosti, nervozita, agresívne prejavy, užívanie drog, fajčenie, alkohol, poruchy pozornosti, poruchy látkovej výmeny atď.	individuálny prístup, zlepšenie interpersonálnych podmienok v škole, na pracovisku, možnosť výberu školy, povolania, ponuka rekvalifikácie, finančná a vecná podpora, štipendiá, poradenstvo, špeciálne pracovné miesta, osobná asistencia
Voľný čas	znečistenie živ. prostredia, poruchy v hodnotovej orientácii, konzumný životný štýl, sociálna dezorientácia, vplyv masmédií	poruchy pozornosti, afektívne a anxiózne výpadky, depresie, alergie, úrazy, civilizačné choroby, suicidálne konanie, závislosti a gamblerstvo	ponuka možností využitia voľného času, posilnenie individuality, hygienické opatrenia, socioterapia, ergoterapia a iné druhy terapie, svojpomocné skupiny, špecifické komunity (napr. pre drogovú závislosť).

Zdroj: Levická, 2002, upravené podľa Hurrellmana (Schilling, 1999)

Medicínsky model, respektíve jeho pretrvanie a ďalší rozvoj je výrazne ovplyvnený tiež ekonomicko-právnymi faktormi v spoločnosti. Pôvodný predmet medicínsky orientovanej sociálnej práce, ktorým bolo „dobro pacienta“, sa počas uplynulého storočia zmenil a v súčasnosti by sme ho mohli charakterizovať ako hľadanie optimálnych foriem intervencie zameranej na ochranu a posilňovanie individuálneho zdravia, na udržiavanie a ochranu zdravého životného prostredia a na presadzovanie zdravého životného štýlu. Súčasťou takto chápaného predmetu sociálnej práce sú aj medziľudské vzťahy, otázky optimálnej komunikácie a kvality života.

Medicínsky model svojou podstatou najviac zodpovedá terapeutickému paradigmatu sociálnej práce tak, ako ju prezentoval Navrátil (Matoušek et al., 2001, s. 187): „*Sociálna práca je pak v tomto pojetí chápaná jako terapeutická intervence, která si klade za cíl pomoci jednotlivcům, skupinám i komunitám zabezpečit psychosociální pohodu*“. Prostriedkom je podpora a uľahčovanie ich rozvoja. Principiálny dôraz je kladený na komunikáciu a budovanie vzťahov. Zároveň však je možné ho zaradiť medzi tzv. kognitívne heuristické modely, ktoré sú podľa Harrisa (Matoušek et al., 2001) charakteristické tým, že sociálny pracovník hľadá rôzne zdroje informácií a snaží sa problémovú situáciu vnímať komplexne, v rôznych súvislostiach.

Kritika medicínskeho modelu

V medicínskom modeli je postavenie sociálneho pracovníka prezentované ako postavenie experta, ktorý je so svojimi vedomosťami a zručnosťami k dispozícii klientovi, aby mu pomohol s riešením jeho životnej situácie. Shulman (1992) chápe medicínsky model ako paradigmatu sociálnej práce, podľa ktorej je sociálna práca postavená na nasledovných krokoch: *zber informácií, diagnóza, terapia, záver*. Sociálny pracovník v medicínskom modeli má status *kompetentného profesionála*, ktorý rieši problémy *nekompetentného laika*. Podľa Shulmana medicínsky model sa spája s rizikom, že pomoc nebude komplexná, ale len fragmentovaná, v závislosti od špecializácie sociálneho pracovníka, pričom rozsah a forma pomoci je evidentne ovplyvnená organizačnými schémami, v ktorých sa sociálny pracovník pohybuje. Intervencia sociálneho pracovníka, najmä ak pracuje priamo v zdravotníckom zariadení, môže tak viac reagovať na potreby inštitúcie ako na potreby klienta.

K ďalším negatívam medicínskeho modelu podľa Shulmana patrí nízka úroveň komunikácie a malá miera zapájania sa klienta do riešenia jeho vlastného problému. Ako píše Shulman (1992) medicínska paradigma sa javí ako nedostatočná práve preto, že sociálny pracovník stojí mimo proces, ktorý sa snaží ovplyvniť, čo môže byť dôvodom toho, že teoretici pracujúci v kontexte medicínskeho modelu predpokladajú, že v oblasti výkonu praxe sociálny pracovník funguje *len ako profesionál*. Prípadné ovplyvnenie sociálneho pracovníka problémami, ktoré na pracovisku rieši, sa pokladá za neprofesionálne.

Payne (1997) Shulmanovo chápanie medicínskeho modelu zaradil medzi tzv. tradičné katalytické modely sociálnej práce, v ktorých sociálny pracovník funguje ako katalyzátor, umožňujúci aby nastala reakcia, ktorá by bez jeho prítomnosti nenastala, ale on sám do nej nevstupuje a ani sa ňou nemení.

Shulman nebol jediným kritikom medicínskeho modelu. V 70. rokoch 20. storočia radikálni sociálni pracovníci ostro kritizovali medicínsky model, ktorý dominoval aj v oblasti sociálnych služieb, pričom argumentovali, že prístup medicínskeho modelu k praxi sociálnej práce je založený na diagnóze a pri hľadaní odpovedí na problémy klienta ignoruje štrukturálne príčiny klientovho problému. Medicínsky model bol kritizovaný tiež preto, že kladie dôraz na zmenu osoby, pričom predpokladá, že všetky problémy sú dôsledkom jedincovej odchýlky od normy. V tejto súvislosti sa orientuje na biologické, predovšetkým genetické faktory podmieňujúce vznik sociálnych problémov a nehľadá možné príčiny inde, napr. v nedostatku klientových adaptačných mechanizmov (Germain, Gitterman, 2008).

Healy (2005), ktorá sa zaoberala komparáciou súčasných diskurzov prebiehajúcich v sociálnej práci, poukázala na štyri najfrekvencovanejšie námietky voči biomedicínskému diskurzu v súčasnosti:

- Biomedicínsky diskurz determinuje, *kto je vnímaný ako expert a kto nie*, čo je zapríčinené najmä tým, že expertnosť je *spájaná s poznatkami z biologického základu zdravia a choroby*. Sociálni pracovníci sú podobne ako iní odborníci z oblasti zdravia (predovšetkým lekári) pokladaní za expertov na pomoc a pomáhanie, čím sa posilňuje ich „*mocenská pozícia*“ a zdôrazňuje sa „*bezmocnosť klienta*“.

- Biomedicínsky diskurz *determinuje* zameranie a povahu diagnostiky a intervencie v zdraví a chorobe. Zameriava sa na biologické, a teda na individuálne príčiny problému. Napr. choroby a postihnutia sú vnímané ako primárne biologické podmienené. Cieľom diagnostiky je porozumenie povahe deviácie a následné nastavenie intervencie, ktorá sa v medicínskom modeli vždy spája s terapiou.
- Biomedicínsky diskurz ako dominantný diskurz vedie k medikalizácii stále ďalších oblastí našich životov.
- V praxi je potenciál biomedicínskych poznatkov zneužívaný pre *posilnenie sociálnej opresie*.

ZÁVER

Biomedicínsky diskurz opätovne zosilnel koncom minulého storočia aj vďaka témam, ktoré rezonovali v tom čase v biomedicínskej etike ako je napr. oprávnenosť predovšetkým invazívnych liečebných zákrokov u klientov v terminálnom štádiu, postupná inštitucionalizácia umierania a smrti (Gretkowski, 2009) riziká spojené s tzv. genetickým inžinierstvom, ekonomizácia zdravia apod. Nesporným prínosom biomedicínskeho diskurzu je aj inšpirácia sociálnych pracovníkov pracujúcich v oblasti vedeckého skúmania sociálnej práce, ktorí aplikovali v medicíne bežnú výskumnú prax založenú na dôkazoch získaných analýzou realizovanej praxe vedeckými prostriedkami. K oživeniu tohto prúdu prispeli tiež radikálne ekosociálne teórie, ktoré sa zaoberajú dôsledkami zhoršujúceho sa životného prostredia na kvalitu života. Ako píše Coates (2003, s. 109), sociálni pracovníci spolu s inými odborníkmi sa musia výraznejšie zapojiť do pomoci zameranej na oblasť „trúchlenia spojeného s pocitmi straty, beznádeje, s úzkosťou a obavami o budúcnosť a dôsledky, ktoré devalvácia životného prostredia bude mať na ich deti a zraniteľné skupiny obyvateľov všetkých skupín“. Angažovanie sa sociálnej práce do problémov vyplývajúcich z devastácie životného prostredia, čo sa v praktickej rovine premieta predovšetkým do znečisteného ovzdušia, nedostatku jedla, či pitnej vody atď. je dané faktom, že tento proces najťažšie dopadá na tie sociálne skupiny, ktoré sú zároveň najviac ohrozené sociálnou exklúziou (Seginer, 2010). Títo klienti o. i. majú tiež problém s dostupnosťou zdravotnej starostlivosti, čo posilňuje novú vlnu záujmu o biomedicínsky diskurz vo vnútri sociálnej práce.

LITERATÚRA

1. Beder J (2006). Hospital Social Work: The interface of medicine and caring. New York : Routledge, 196 p.
2. Coates, J (2003). Ecology and social work: Toward a new paradigm. Halifax, NS: Fernwood Press, 160p.
3. Corcoran J, Walsh J (2006). Clinical Assessment and Diagnosis in Social Work Practice. New York: Oxford University Press, 518 p.
4. Engelke E (1998). Theorien der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 1. Aufl. Freiburg im Breisburg, Lambertus Verlag, 400 p.
5. Germain CB, Gitterman A (2008). Life Model of Social Work Practice. 3rd ed. New York: Columbia University Press, 632 p.
6. Gretkowski A (2009). Nowotwór to jeszcze nie wyrok... Stalowa Wola: WZNS, 332 p.
7. Healy K (2005). Social Work Theories in Context: Creating Frameworks for Practice. 1st ed. London: Palgrave Macmillan, 208p.
8. Krakešová-Došková M (1946). Psychogenese sociálních případů. O vzniku sociální úchylnosti. Praha, Nová Osvěta, 343 s.
9. Lavender A, Holloway F (1988). Community Care in Practice. Chichester: John Wiley & Sons, 318 p.
10. Levická J (2002). Teoretické aspekty sociální práce. Tmava: ProSocio, 283 s.
11. Levická J (2005). Od konceptu k technice. Tmava: Vydavatelství TŠ pre Spoločnosť pre podporu vedy a vzdelávania na FZaSP TU, 222 s.
12. Levická J a kol. (2007). Sociálna práca I. Tmava: Oľga Városová, edícia ProSocio, 168 s.
13. Matoušek O et al. (2001). Základy sociální práce. Praha: Portál, 309 s.
14. Payne M (1997). Modern Social Work Theory. 2nd ed. London: Palgrave Macmillan, 354 p.
15. Rehr H, Rosenberg G (2006). The Social Work-Medicine Relationship. 100 Years at Mount Sinai New York: Routledge, 226 p.
16. Richmond ME (1965). Social Diagnosis. New York: The Free Press, 511 p.
17. Robertis C (1998). de. Metodyka działania w pracy socjalnej. 1. wyd. Katowice: Śląsk, 300 p.
18. Seginer R (2010). Future Orientation: Developmental and Ecological Perspectives. London? Springer, 276 p.
19. Shulman L (1992). The Skills of Helping Individuals, Families, Groups, and Communities. 3rd ed. Itasca: IL: F.E. Peacock Publisher, Inc. 780 p.
20. Shulman L (2011). Dynamics and Skills of Group Counseling. Belmont: CENGAGE Learning Custom Publishing, 688 p.
21. Schilling J (1999). Sociálna práca. Hlavné smery vývoja sociálnej pedagogiky a sociálnej práce. Bratislava: FzaSP, 272 s.
22. Skidmore R, Thackeray MG (1998). Wprowadzenie do pracy socjalnej. Katowice, Śląsk, 366 p.
23. Strieženec Š (2006). Teória a metodológia sociálnej práce. Tmava: Tripssoft, 160 s.

Jana Levická
j.levická@centrum.sk