

Beata Zinkiewicz

dr, Zakład Problemów Społecznych i Resocjalizacji,
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
orcid: 0000-0001-8062-8102

DZIAŁANIA PROFILAKTYCZNE PODEJMOWANE PRZEZ RODZINNYCH KURATORÓW SĄDOWYCH W OBSZARZE ZDROWIA

Streszczenie

Artykuł ma charakter teoretyczno-empiryczny i składa się z trzech części. Pierwsza z nich to teoretyczne rozważania skoncentrowane na problematyce zdrowia w ujęciu interdyscyplinarnym, przyjmującym holistyczną perspektywę funkcjonowania człowieka. Szczególną uwagę zwrócono na znaczenie wartości zdrowia w środowiskach zmarginalizowanych, narażonych na ryzyko wykluczenia społecznego. W drugiej, metodologicznej warstwie opracowania zaprezentowano przyjętą koncepcję i procedurę badawczą. Celem eksploracji była próba diagnozy działań profilaktycznych dotyczących obszaru zdrowia, podejmowanych przez kuratorów sądowych w rodzinach dysfunkcyjnych objętych nadzorami. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem ankiety, wywiadu i analizy dokumentów. Badania miały charakter ogólnopolski i przeprowadzono je w reprezentatywnej grupie rodzinnych kuratorów zawodowych, społecznych i okręgowych. Część trzecią artykułu stanowi szczegółowa analiza konkretnych działań prewencyjnych podejmowanych przez kuratorów we wspomnianym obszarze. Obejmowały one promowanie zdrowego stylu życia, przypominanie o obowiązku szczepień i badaniach profilaktycznych, kontakt z podmiotami ochrony zdrowia, kierowanie do ośrodków terapii uzależnień. W konkluzji końcowej stwierdzono przeciętne zainteresowanie obszarem zdrowia na tle innych działań podejmowanych przez kuratorów w codziennej pracy. Badani najczęściej wykorzystywali strategię interwencyjną oraz strategię redukcji szkód. Działalność kuratorów zawodowych była bardziej nacechowana profilaktyką w porównaniu do pracy kuratorów społecznych. Najwięcej okazji do wdrażania projektów profilaktycz-

nych mieli kuratorzy pracujący w ośrodkach kuratorskich. Większe przekonanie na temat sensu wykorzystywania zabiegów profilaktycznych w codziennej pracy wyrażały kobiety, z ponadprzeciętnym poczuciem sprawstwa i świadomością wysokiej skuteczności własnej pracy.

Słowa kluczowe: kurator sądowy, rodzina dysfunkcyjna, profilaktyka zdrowia

Health-related preventive actions undertaken by court-appointed family guardians

Abstract

The article is comprised of three parts and is of a theoretical and empirical nature. The first part includes theoretical considerations focused on the interdisciplinary approach of health-related issues which adopted a holistic perspective of the functioning of human beings. Particular attention was paid to the importance of health in marginalized environments which face the risk of social exclusion. The second, methodological layer of the study presents the adopted concept and the research procedure. The aim of the exploration was to make an attempt to diagnose health-related preventive actions undertaken by court-appointed family guardians in dysfunctional families subject to supervision. In order to do so, the author applied a diagnostic poll method with the use of a questionnaire, interviews and a document analysis. The research was conducted nationwide in a representative group of court-appointed family professional, social and district guardians. The third part of the article is a detailed analysis of specific preventive actions undertaken by court-appointed family guardians in the above mentioned area which included promoting a healthy lifestyle, reminding about the obligation to vaccinate and undergo checkups, maintaining contact with health care institutions, and sending to addiction treatment centers. In the final conclusion the author stated that in comparison to other actions undertaken by court-appointed family guardians in their daily work, the interest in health was average. The respondents most often took advantage of the intervention strategy or the harm reduction strategy. Professional guardians concentrated more on prevention than social guardians. The guardians working in juvenile detention centers had as many opportunities as possible to implement preventive projects. Women with above-average sense of authorship and awareness of high effectiveness of their own work were more convinced about the sense and purpose of using preventive actions in their daily work.

Key words: court-appointed family guardian, dysfunctional family, health promotion

Przesłanki teoretyczne

W ostatnim ćwierćwieczu w obszarze nauk humanistycznych można zauważyć coraz większe zainteresowanie problematyką zdrowia i choroby. Zarówno liczne analizy naukowe, jak i obserwacje rzeczywistości społecznej dowodzą, że obok czynników genetycznych istotnymi determinantami zdrowia i jego zaburzeń są zmienne środowiskowe, styl życia, czynniki psychologiczno-kulturowe i społeczno-ekonomiczne¹. Interdyscyplinarną perspektywę w spojrzeniu na zagadnienie zdrowia i choroby można dostrzec w sformułowanej jeszcze w połowie ubiegłego stulecia definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), w której pojęcie zdrowia oznacza „nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności, lecz stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego”². Ujęcie to akcentuje ponadto subiektywny wymiar odczuwania, który nie

¹ E. Syrek, *Wstęp [w:] Jakość życia w chorobie – społeczno-pedagogiczne studium indywidualnych przypadków*, red. eadem, OW Impuls, Kraków 2001, s. 7.

² B. Woynarowska *et al.*, *Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce i w innych krajach. Raport z badań*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1993, s. 4.

zawsze musi być zgodny z medycznym obrazem stanu zdrowia danej jednostki. Zatem na popularną obecnie holistyczną koncepcję zdrowia składa się kilka powiązanych ze sobą aspektów: zdrowie fizyczne, rozumiane jako prawidłowe funkcjonowanie narządów i układów organizmu człowieka, zdrowie psychiczne, czyli sprawność umysłu i równowaga emocjonalna (np. zdolność rozpoznawania i wyrażania uczuć, czy umiejętność radzenia sobie ze stresem), zdrowie społeczne, utożsamiane ze zdolnością do utrzymywania prawidłowych relacji interpersonalnych i zdrowie duchowe, oznaczające umiejętność utrzymywania wewnętrznego spokoju (życia w zgodzie z wartościami, najczęściej związane go z wiarą i praktykami religijnymi)³.

Wymienione kategorie stanowią spójną, warunkującą się wzajemnie całość i wpisują się w obowiązujący obecnie społeczno-ekologiczny model zdrowia, związany z paradygmatem salutogenetycznym⁴, w którym akcentowana jest zmienność zdrowia w czasie, więc ujmowane jest ono poprzez kontinuum: zdrowie – choroba (zapropionowanym przez socjologa medycyny Aarona Antonovsky'ego), oznaczające pewną zróżnicowaną jakościowo przestrzeń pomiędzy stanem idealnym a zaawansowanym procesem chorobowym. Zgodnie z tym ujęciem jakość zdrowia jednostki (jej miejsce na kontinuum) stanowi wypadkową jej potencjału zdrowotnego (wyposażenia biologicznego – warunkowań genetycznych, odporności fizjologicznej itp.), zasobów podmiotowych (świadomość zdrowotna) i środowiskowych (cechy otoczenia fizycznego i przyrodniczego, dostępność ośrodków opieki medycznej itp.) oraz umiejętności jego wykorzystania (styl życia uwzględniający postawy prozdrowotne lub antyzdrowotne)⁵. Współcześnie coraz częściej ujmuje się zdrowie jako szczególną wartość, o którą trzeba dbać i brać za nią odpowiedzialność. Dzięki niej bowiem jednostka lub grupa realizuje swoje potrzeby satysfakcji i rozwoju, potrafi radzić sobie ze środowiskiem i je przekształcać. Jest to wartość stanowiąca istotny zasób gwarantujący rozwój społeczno-ekonomiczny, który przekłada się na poprawę jakości życia człowieka⁶.

Zagadnienie jakości życia jest nierozzerwalnie związane ze zdrowiem i również obejmuje kilka komplementarnych sfer funkcjonowania człowieka: biologiczną, społeczną, podmiotowo-duchową. Jak zauważył Andrzej Radziejewicz-Winnicki, subiektywną miarą jakości życia w sferze biologicznej jest stan fizycznego dobrostanu, przyjemności, ewentualnie brak poczucia dyskomfortu. W sferze społecznej są to poprawne relacje z otoczeniem, wypełnianie ról

³ Z. Żukowska, *Zdrowie (Słownik pojęć kluczowych)*, [w:] *Pedagogika społeczna*, t. 2, red. E. Marynowicz-Hetka, WN PWN Warszawa 2007, s. 584.

⁴ E. Syrek, *Zdrowie* [hasło], [w:] *Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku*, t. 7, red. T. Pilch, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2008, s. 874–875; A. Gawel, *Zdrowie dzieci i młodzieży – wyzwania dla praktyki edukacyjnej*, [w:] *Dylematy współczesnego wychowania i edukacji*, red. A. Kozłowska, OW AFM, Kraków 2007, s. 128–129.

⁵ A. Gawel A., op. cit., s. 129.

⁶ Z. Żukowska, op. cit., s. 584.

społecznych zgodnie z wyznaczonymi standardami w danym środowisku, poczucie bezpieczeństwa, bycia akceptowanym w grupie. Z kolei w wymiarze podmiotowo-duchowym źródłem jakości życia jest pozostawanie w zgodzie ze sobą i wartościami absolutnymi, realizacja indywidualnych celów, zainteresowań i pasji⁷. Integracja tych sfer przekłada się na subiektywne poczucie sensu życia.

Zarówno holistyczna koncepcja zdrowia, jak i związane z nią pojęcie jakości życia przywoływane są najczęściej w kontekście współczesnych zagrożeń społecznych, a w szczególności – przy okazji analizy zjawiska marginalizacji i ekskluzji, polegającego na stopniowym wyłanianiu się w danym społeczeństwie pewnych peryferyjnych grup defaworyzowanych, zbędnych, niepotrzebnych, wykluczanych z czynnego uczestnictwa w życiu społecznym. Marginalizowane są przede wszystkim osoby ubogie, bezdomne, upośledzone umysłowo, uzależnione od środków psychoaktywnych, opuszczające zakłady penitencjarne. Źródła ich problemów (które dziś urosły do rangi istotnego problemu społecznego) lokowane są najczęściej w transformacji społeczno-ustrojowej, która obok niewątpliwych pozytywnych zmian przyniosła również wiele rozczarowań, związanych między innymi z pogłębiającym się rozwarstwieniem społecznym. W tym kontekście mówi się o syndromach 3 B i 4 B (Bieda – Bezrobocie – Bezdomność oraz Bogaci Bogacą się – Biedni Biednieją), mając na myśli ogromną grupę osób, która „nie nadążyła” za gwałtownymi zmianami i nie poradziła sobie w nowej rzeczywistości rodzącej się demokracji i gospodarki wolnorynkowej, gdzie bardziej liczy się inicjatywa i przedsiębiorczość, a pomoc państwa w obliczu różnorodnych trudności nie jest już tak oczywista jak dawniej, stając się pewnym przywilejem, często wręcz dobrem starannie reglamentowanym. Wiąże się to z ewolucją współczesnej polityki społecznej i wynikającą z niej wyraźną zmianą akcentów: od typowego dla poprzedniego ustroju „wyręczania” obywateli w kierunku ich wspierania, czyli wspomaganie w rozwoju indywidualnych i środowiskowych zasobów.

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania, oczywiste jest, że szeroko rozumiane zdrowie i jakość życia jednostek oraz grup wykluczonych społecznie pozostawiają wiele do życzenia (we wszystkich wspomnianych wcześniej sferach), toteż powinny być przedmiotem powszechnej troski. W tym kontekście dążenie do przeciwdziałania negatywnym skutkom marginalizacji, ograniczanie niekorzystnych zmian prowadzących do gettyzacji biedy i związanego z nią rozprzestrzeniania się patologii oraz ogólna poprawa kondycji biopsychospołecznej osób wykluczonych staje się sprawą priorytetową, zwłaszcza dla przedstawicieli służb społecznych, zlokalizowanych zarówno w sektorze publicznym, jak i pozarządowym, np. pracowników socjalnych, asystentów rodziny, *streetworkerów*, kuratorów sądowych itp. Najważniejszym zadaniem wymienionych instytucji

⁷ A. Radziewicz-Winnicki, *Pedagogika społeczna w obliczu realiów codzienności*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008, s. 607.

jest uruchamianie wszelkich działań o charakterze inkluzyjnym, czyli ogółu zabiegów zmierzających do reintegracji społecznej jednostek i grup wykluczonych, zapewnienia im poczucia bezpieczeństwa socjalnego, odbudowy poczucia własnej wartości oraz uświadomienia znaczenia partycypacji i sprawstwa w funkcjonowaniu ich wspólnoty lokalnej. Przykładami cennych inicjatyw służb społecznych we wspomnianym obszarze są różnorodne programy wychodzenia z bezdomności, aktywizacji bezrobotnych, rehabilitacji niepełnosprawnych czy terapii uzależnień.

Instytucja rodzinnego kuratora sądowego jest w naszym kraju jednym z ważniejszych podmiotów współczesnego systemu pomocy, profilaktyki i resocjalizacji w środowisku otwartym. Zgodnie z obowiązującymi regułami legislacyjnymi kuratorzy realizują określone przez prawo zadania o charakterze wychowawczo-resocjalizującym, diagnostycznym, profilaktycznym i kontrolnym⁸. Swoim postępowaniem obejmują ogromną liczbę osób, wśród których znajdują się zarówno jednostki głęboko uwikłane w patologię, jak i te, które z przyczyn bardziej lub mniej przez siebie zawinionych są dopiero narażone na ryzyko wykluczenia społecznego. Nadzorowane środowiska charakteryzują się często tak dużym nagromadzeniem czynników patogennych, że proces udzielania im instytucjonalnego wsparcia (często wbrew ich woli, bez zrozumienia potrzeby zmiany i koniecznej współpracy) jest długi, skomplikowany i stanowi ogromne wyzwanie dla podmiotów pomagających. Patrząc przez pryzmat efektywności wychowawczej, najtrudniejsze są rodziny z problemem alkoholowym i – powiązanim z nim najczęściej – zjawiskiem przemocy. Równie niekorzystne, a przynajmniej mało obiecujące prognozy (pedagogiczne i kryminologiczne) odnoszą się do środowisk przestępczych. Niezależnie od tego wśród podopiecznych kuratorów znajdują się również osoby przeżywające różnorodne kryzysy życiowe o charakterze przejściowym (np. choroba, utrata pracy), którym umiejętnie udzielone wsparcie może stanowić punkt zwrotny w procesie przywracania własnych zdolności samoregulacyjnych. Optymistyczne prognozy wychowawcze odnoszą się na przykład do nadzorowanych rodzin zastępczych, którym bardzo często wystarcza pomoc o charakterze informacyjno-doradczym.

W zależności od tego, czy nadzór dotyczy nieletniego przestępcy, osoby uzależnionej od substancji psychoaktywnych, rodziny dysfunkcyjnej częściowo⁹, czy dysfunkcyjnej całkowicie¹⁰, kurator kieruje się ustaleniami diagnostycznymi i przyjmuje określony model pracy z każdym indywidualnym

⁸ K. Gromek, *Kuratorzy sądowi. Komentarz do ustawy z 27 lipca 2001 r.*, Lexis Nexis, Warszawa 2002.

⁹ Dysfunkcyjność częściowa oznacza niewypełnianie wybranych funkcji rodziny, np. funkcji ekonomicznej, emocjonalnej itp. Dotyczy ona przykładowo nadzorów opiekuńczych nad rodzinami niekompletnymi wskutek emigracji zarobkowej jednego lub obojga rodziców, zaniedbującymi potrzeby małoletnich dzieci, tzw. eurosierot.

¹⁰ Dysfunkcyjność całkowita wiąże się z niewypełnianiem wielu ważnych funkcji rodziny, np. w przypadku choroby alkoholowej rodziców.

przypadkiem, eksponując w nim w mniejszym lub większym stopniu aspekt kontrolno-informacyjny, kontrolno-opiekuńczy lub terapeutyczno-opiekuńczy¹¹. W ramach wybranego modelu kurator posługuje się szeregiem metod i form pracy wychowawczej (np. informowanie, dostarczanie wzorów osobowych, stosowanie zaleceń, wyrażanie sugestii, doradzanie wychowawcze, przekonywanie, organizowanie doświadczeń¹²). Zgodnie z filozoficznymi założeniami *caseworku* kurator, korzystający z repertuaru możliwych do zastosowania sposobów postępowania, musi mieć na względzie konieczność respektowania kluczowych zasad pracy z powierzonymi przez sąd osobami (np. zasady akceptacji, indywidualizacji, współuczestnictwa, systematyczności, współpracy ze środowiskiem, optymizmu pedagogicznego), które stały się uniwersalnymi, uzasadnionymi teoretycznie i sprawdzonymi w praktyce wyznacznikami osobiwej relacji z drugim człowiekiem.

Mimo iż specyfika profesji kuratorów sądowych może tworzyć wrażenie, że podejmują oni zabiegi o charakterze *stricte* resocjalizacyjnym, to w całościach zadań i celów do osiągnięcia w ich codziennej pracy można dostrzec ogromną przestrzeń dla działalności profilaktycznej. Obejmują oni bowiem nadzorami całe środowiska rodzinne i mają szansę działać systemowo, tj. we współpracy z innymi podmiotami mogą podejmować próby zapobiegania pojawianiu się niekorzystnych czynników, które jeszcze nie wystąpiły, ale istnieje potencjalne ryzyko zagrożenia nimi (np. choroba, utrata pracy). Czynności wczesnoprofilaktyczne (obok działań resocjalizacyjnych) wynikają z funkcji „zewewnętrznej” i razem z działaniami wspomagającymi sąd oraz czynnościami organizacyjnymi (funkcja „wewnętrzna”) składają się na ogólny model roli zawodowej kuratora sądowego¹³. Aspekt „zewewnętrzny” działalności kuratora wiąże się z czynnościami podejmowanymi w środowisku lokalnym i obejmuje szereg zadań zmierzających zarówno do korygowania niepożądanych zachowań i postaw podopiecznych, jak i budowania klimatu sprzyjającego motywowaniu ich do wewnętrznej przemiany. Kurator może inicjować i koordynować różnorodne działania środowiskowe na rzecz osób nadzorowanych, dostarczając im – alternatywnych wobec dotychczasowych – pozytywnych wzorców postępowania, może dopingować ich do pracy nad sobą w zakresie wzmocnienia samokontroli wewnętrznej, asertywności, redukcji zachowań agresywnych, czy też wyzwalać i wzmocniać ich aktywność twórczą. Taki rodzaj aktywności kuratora mieści się w zakresie działalności typowej dla profilaktyki uniwersalnej (zwanej również pierwszorzędową lub uprzedzającą). Przyjmując holistyczną perspektywę w spojrzeniu na osoby

¹¹ M. Heine, *Warunki efektywności resocjalizacji nieletnich poddanych dozorowi sądowych kuratorów społecznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1982, s. 36–37.

¹² M. Kalinowski, *Zarys metodyki pracy kuratora sądowego*, [w:] *Profilaktyka i resocjalizacja młodzieży*, red. F. Kozaczuk, B. Urban, Wydawnictwo WSP, Rzeszów 1997, s. 220–223.

¹³ T. Jedynak, K. Stasiak, *Zarys metodyki pracy kuratora sądowego*, Lexis Nexis, Warszawa 2007, s. 36–37.

objęte nadzorem, przy projektowaniu działalności prewencyjnej trudno jest pominąć kwestię ich kondycji zdrowotnej. Tak więc wszelkie zabiegi służące szeroko rozumianej edukacji zdrowotnej w kierunku promocji zdrowia (lansowania wzorców postaw prozdrowotnych i eliminowania zachowań antyzdrowotnych), które mają służyć wzmocnieniu ogólnej kondycji psychofizycznej podopiecznych, a w rezultacie – poprawie ich funkcjonowania w różnych sferach życia – można uznać za działania inkluzyjne.

Uwagi metodologiczne

Biorąc pod uwagę zarówno przesłanki teoretyczne, jak i opierając się na osobistych minionych doświadczeniach w pracy kuratora, autorka niniejszego opracowania zrealizowała projekt badawczy uwzględniający interdyscyplinarne podejście do działalności kuratora sądowego. Mając na celu poznanie tych czynności kuratorów rodzinnych, które wykraczają poza tradycyjnie rozumianą kontrolę i mają charakter profilaktyczny, przeprowadziła ogólnopolskie badania obejmujące próbę ponad tysiąca kuratorów (zawodowych, społecznych i okręgowych) zatrudnionych w 33 okręgach sądowych w pionie rodzinnym. Wykorzystana została metoda sondażu diagnostycznego z zastosowaniem ankiety, wywiadu i analizy dokumentów. W niniejszym opracowaniu zostaną zaprezentowane i omówione tylko te wyniki eksploracji, które bezpośrednio dotyczą obszaru zdrowia (w najwęższym rozumieniu) i działań prewencyjnych kuratorów w tym zakresie¹⁴. Z uwagi na ograniczone ramy artykułu, uwagi metodologiczne również będą odnosiły się tylko do określonego wycinka badań.

Najbardziej inspirującym tłem teoretycznym przyjętym dla analizowanej problematyki okazały się koncepcje systemowe (ekologiczne) i – popularna aktualnie na gruncie profilaktyki – koncepcja *resilience*. Stanowiły one punkt wyjścia w projektowaniu części kwestionariusza ankiety uwzględniającej holistyczną perspektywę w spojrzeniu na osoby nadzorowane, czyli biopsychospołeczny kontekst każdego indywidualnego przypadku. Biorąc pod uwagę założenia ogólnej teorii systemów¹⁵, akcentującej nierozzerwalny związek różnych elementów rzeczywistości biologicznej, psychologicznej i społecznej (osoby – instytucje – relacje) i będącej jej rozwinięciem tezy koncepcji przestrzeni ekologicznych D. Baackego¹⁶, autorka wyodrębniła pięć komplementarnych ob-

¹⁴ Wyniki badań odnoszące się do innych obszarów działalności kuratora zostały opublikowane w monografii autorki pt. *Profilaktyczny wymiar działalności rodzinnych kuratorów sądowych*, OW AFM, Kraków 2015.

¹⁵ L. Bertalanffy, *Ogólna teoria systemów. Podstawy, rozwój, zastosowania*, przeł. E. Woydyło-Woźniak, PWN, Warszawa 1984; A. Balandynowicz, *Rozwój konceptualizacji środków probacyjnych i kształtowanie się metod resocjalizacyjnych*, [w:] *Terapia w resocjalizacji*, cz. 1: *Ujęcie teoretyczne*, red. A. Rejzner, P. Szczepaniak, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2009, s. 250–277.

¹⁶ H.M. Griese, *Socjologiczne teorie młodzieży. Wprowadzenie*, przeł. J. Dąbrowski, OW Impuls, Kraków 1996.

szarów funkcjonowania jednostki/rodziny nadzorowanej: „zdrowie”, „relacje w rodzinie”, „edukacja”, „praca”, „rozwój osobowości” – jako arenę działalności profilaktycznej kuratora rodzinnego. Każdemu z nich przyporządkowała konkretne działania ujęte w postaci itemów i czterostopniową skalę: „bardzo często podejmuję”, „często”, „czasami”, „nigdy nie podejmuję”. Do koncepcji *resilience* autorka odwołała się przede wszystkim dlatego, że jest to interdyscyplinarne, eklektyczne ujęcie, które w przekonujący sposób, w oparciu o analizy empiryczne próbuje wyjaśnić fenomen dobrego funkcjonowania jednostki, niezależnie od niesprzyjających warunków życiowych lub traumatycznych zdarzeń¹⁷. Rodzinny kurator sądowy jako jeden z elementów lokalnego systemu opieki i profilaktyki, obejmujący swoim oddziaływaniem środowiska zmarginalizowane, może odegrać istotną rolę w procesie poszukiwania i wzmacniania pozytywnych zasobów jednostki i otoczenia, czyli utrwalania czynników chroniących, będących – zgodnie z tezami przywołanej koncepcji – buforem wobec obszarów ryzyka.

Biorąc pod uwagę analizowany w niniejszym opracowaniu wycinek badań, wyniki eksploracji powinny dać odpowiedź na następujące pytania/problemy badawcze:

- Jaką rangę wśród innych działań profilaktycznych podejmowanych przez rodzinnych kuratorów sądowych zajmują zabiegi związane ze zdrowiem osób nadzorowanych?
- Jakie konkretne działania o charakterze profilaktycznym podejmują kuratorzy w stosunku do osób nadzorowanych w obszarze „zdrowie”? Jaka jest częstotliwość tych działań?
- W jakim zakresie obraz podejmowanych działań prewencyjnych jest zróżnicowany ze względu na rodzaj kurateli (zawodowa/społeczna) i płeć badanych?
- Jaka zależność istnieje pomiędzy określaniem swojej pozycji w systemie profilaktyki (poczuciem sprawstwa) a podejmowaniem konkretnych działań zapobiegawczych w obszarze „zdrowie”?
- Jaka istnieje zależność pomiędzy deklarowaną skutecznością własnej pracy a podejmowaniem konkretnych działań prewencyjnych związanych ze zdrowiem osób nadzorowanych?

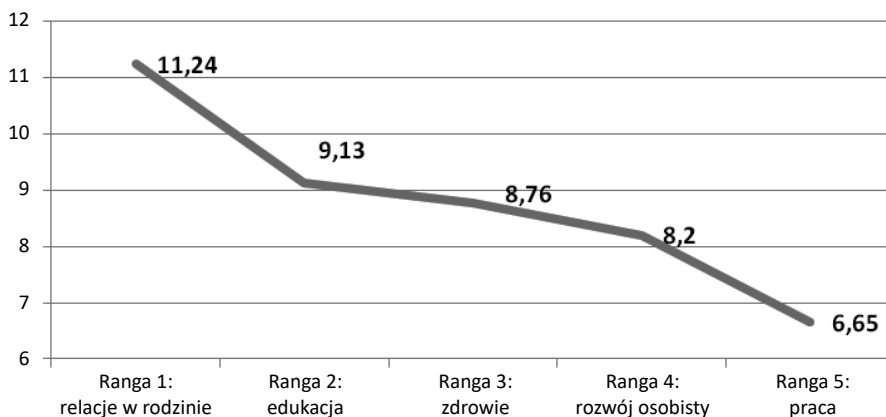
Rezultaty empiryczne zostały opracowane statystycznie. Wykorzystano kilka testów: test T-Studenta, test jednorodności wariancji ANOVA, test Kruskala-Wallisa, korelacji r-Pearsona, Rho Spearmana, test miar dopasowania chi kwadrat, test U Manna-Whitneya.

¹⁷ A. Borucka, *Koncepcja resilience. Podstawowe założenia i nurty badań*, [w:] *Resilience. Teoria, badania, praktyka*, red. W. Junik, Wydawnictwo Edukacyjne „Parpamedia”, Warszawa 2011, s. 11–25.

Analiza wyników badań

Pojęcie „profilaktyka” wywodzi się bezpośrednio z obszaru nauk medycznych i najczęściej kojarzone jest ze zdrowiem, zarówno somatycznym, jak i psychicznym. Wartość zdrowia jest nie do przecenienia i w świadomości współczesnego człowieka zajmuje jedną z czołowych pozycji (obok rodziny) w hierarchii rzeczy najważniejszych w życiu¹⁸. Dlatego ochrona zdrowia obywateli jest konstytucyjnym obowiązkiem państwa, a tym samym – reprezentujących je instytucji, w tym kuratora sądowego. Podopieczni kuratorów rodzinnych to zazwyczaj osoby charakteryzujące się poważnym deficytem w zakresie przestrzegania zdrowego trybu życia. Powszechne ubóstwo i uzależnienia wielu osób nadzorowanych w znaczący sposób osłabiają kondycję zdrowotną nie tylko jednostek bezpośrednio weń uwikłanych, ale też degradują całe środowiska rodzinne. Biorąc pod uwagę popularną piramidę potrzeb A. Masłowa, trudno wyobrazić sobie wywieranie jakiegokolwiek wychowawczego wpływu kuratora na osoby nadzorowane bez odwołania się do ich szeroko rozumianego zdrowia.

W celu uzyskania odpowiedzi na pytanie/problem badawczy odnoszący się do hierarchii ważności podejmowanych przez kuratorów działań profilaktycznych, zestawiono wyniki dotyczące wszystkich wyodrębnionych dziedzin. Dla czytelniejszego zobrazowania znaczenia poszczególnych obszarów działań dla badanej populacji kuratorów posłużono się wykresem (wykres 1).



Wykres 1. Przypisywanie znaczenia poszczególnym działaniom przez kuratorów

W wykresie 1 zestawiono rangi, jakie kuratorzy przypisują poszczególnym oddziaływaniom profilaktycznym. Najistotniejsza jest dla nich działalność

¹⁸ L. Kocik, *Rodzina w obliczu wartości i wzorów życia ponowoczesnego świata*, OW AFM, Kraków 2006, s. 41–42.

w obszarze relacji rodzinnych, następnie edukacji, kolejno – zdrowia i rozwoju osobowości. Na ostatnim miejscu znalazła się płaszczyzna działań związanych z pracą podopiecznych kuratorów.

Na podstawie tego zestawienia można stwierdzić, że zdrowie nadzorowanych nie jest dla badanych priorytetową dziedziną i najwyraźniej nie zawsze odwołują się oni do ugruntowanych w teorii hierarchii potrzeb człowieka. Być może jest to spowodowane specyficznym rozumieniem swojej roli zawodowej i wynikającym z niej innym uporządkowaniem istotności zadań wyznaczonych przez prawo i przełożonych. Kuratorzy większą wagę przywiązują do relacji w rodzinie, ponieważ źródła problemów w prowadzonych przez nich sprawach tkwią na ogół w zaburzonych stosunkach interpersonalnych, nadszarpniętych lub zerwanych więzach małżeńskich i/lub rodzicielskich, w niewłaściwych postawach wychowawczych i patologiach. Podobnie jest w przypadku edukacji. Zdecydowana większość podopiecznych kuratorów ma nieuregulowaną sytuację szkolną z powodu absencji i/lub niepowodzeń dydaktycznych, więc działania prewencyjne w tym zakresie wydają się bardziej pilne. Ponadto nie każdy kurator potrafi spojrzeć holistycznie na osoby nadzorowane, koncentrując się na aspektach kontrolnych i wychowawczych. Potwierdzają to inne wyniki badań autorki, dotyczące rozumienia działalności profilaktycznej w odniesieniu do swojej pracy z nadzorowanymi: otóż tylko 1,7% kuratorów zawodowych i 2,6% kuratorów społecznych utożsamia działalność profilaktyczną z szeroko rozumianym promowaniem zdrowia. Najwięcej badanych traktuje prewencję jako dziedzinę wkomponowaną w całość obowiązków, co świadczy raczej o przywiązaniu do kontrolnego modelu sprawowania nadzorów¹⁹. Innym – bardziej prozaicznym – powodem mniejszego zainteresowania obszarem zdrowia na tle innych dziedzin działalności badanych jest nadmiar obowiązków, zmuszający nawet humanistycznie zorientowanych kuratorów do wykonywania pilnych zadań zleconych przez sąd, np. jednorazowych wywiadów środowiskowych.

W tabeli 1 zobrazowane zostały wyniki na temat podejmowanych konkretnych działań prewencyjnych w analizowanym obszarze, uzyskane w grupie kuratorów zawodowych.

Respondenci zostali poproszeni o ustosunkowanie się do stwierdzeń umieszczonych w tabeli i określenie częstotliwości podejmowania konkretnych działań. W większości przypadków stwierdzenia były doprecyzowane. I tak, promowanie zdrowego stylu życia oznaczało rozmowy lub dostarczanie lektury na temat codziennej diety, aktywnego wypoczynku, uprawiania sportu, rekreacji, szkodliwości stosowania używek itp. Mobilizowanie do wykonywania badań profilaktycznych to np. dostarczanie fachowych broszur zachęcających kobiety do regularnego badania piersi. Przypominanie o obowiązkowych szczepieniach ochronnych odnosiło się do małoletnich dzieci z nadzorów opiekuńczych. Chodziło o działania informujące o dostępnym i aktualizowanym cyklicznie kalenda-

¹⁹ B. Zinkiewicz, op. cit., s. 117–121.

rzę szczepień i o czynności kontrolne w zakresie systematyczności ich przeprowadzania. Kierowanie do ośrodków terapii uzależnień obejmowało natomiast nie tylko klasyczne uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, ale też uwzględniało nowy typ uzależnienia, np. od hazardu czy Internetu.

Tabela 1. Rozkład odpowiedzi dotyczących podejmowanych działań profilaktycznych w obszarze „ZDROWIE” przez kuratorów zawodowych

Działania profilaktyczne w obszarze „ZDROWIE” / Kurator zawodowy	Nigdy nie podejmuję		Czasami		Często		B. często podejmuję	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Promowanie zdrowego stylu życia	4	1,0	91	21,8	176	42,1	147	35,2
Mobilizowanie do wykonywania badań profilaktycznych	70	16,7	215	51,4	107	25,6	26	6,2
Przypominanie o obowiązkowych szczepieniach	6	1,4	53	12,6	160	38,1	201	47,9
Kontakt z lekarzem rodzinnym, szpitalem, PFRON itp.	49	11,7	217	51,7	111	26,4	43	10,2
Kierowanie do ośrodków terapii uzależnień	1	0,2	27	6,4	135	31,8	261	61,6

Z danych umieszczonych w powyższej tabeli wyraźnie wynika, że działania kuratorów podejmowane w obszarze „zdrowie” koncentrują się najczęściej na kierowaniu podopiecznych do ośrodków terapii uzależnień (61,6% wskazań). Częstotliwość aktywności kuratorów w tym zakresie dodatkowo potwierdza powszechność występowania w kontrolowanych środowiskach problemów związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych. Dość duży odsetek badanych (blisko 48%) przypomina regularnie osobom nadzorowanym o obowiązkowych szczepieniach. Na trzecim miejscu wśród działań bardzo często podejmowanych przez kuratorów znalazła się promocja zdrowego stylu życia. Wyniki uzyskane w przedziale „często podejmuję” rozłożone są dość równomiernie, co oznacza, że respondenci wykorzystują na co dzień wszystkie wymienione propozycje działań profilaktycznych. Wśród działań najmniej popularnych znalazły się czynności związane z mobilizowaniem osób nadzorowanych do badań profilaktycznych i kontakt z placówkami opieki zdrowotnej.

W tabeli 2 umieszczono dane odnoszące się do grupy kuratorów społecznych.

Wśród działań profilaktycznych bardzo często podejmowanych przez kuratorów społecznych znalazły się kolejno: promowanie zdrowego stylu życia (38,6%), kierowanie do ośrodków terapii uzależnień (35,2%) i przypominanie o szczepieniach ochronnych (32,7%). Podobnie jak w poprzedniej grupie, wolontariusze wymieniali wszystkie zaproponowane działania jako często wykonywane w codziennej praktyce, ponieważ rozkład wyborów dokonywanych w tym przedziale jest dość równomierny. Do działań najrzadziej podejmowanych

w tej grupie osób można zaliczyć natomiast kontakt z lekarzem rodzinnym – co czwarty badany kurator społeczny nie uwzględnia go w repertuarze wykorzystywanych środków.

Tabela 2. Rozkład odpowiedzi dotyczących podejmowanych działań profilaktycznych w obszarze „ZDROWIE” przez kuratorów społecznych

Działania profilaktyczne w obszarze „ZDROWIE” / Kurator społeczny	Nigdy nie podejmuję		Czasami		Często		B. często podejmuję	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Promowanie zdrowego stylu życia	13	2,3	127	22,2	211	36,9	221	38,6
Mobilizowanie do wykonywania badań profilaktycznych	120	21,4	250	44,6	136	24,2	55	9,8
Przypominanie o obowiązkowych szczepieniach	44	7,7	139	24,4	200	35,1	186	32,7
Kontakt z lekarzem rodzinnym, szpitalem, PFRON, itp.	144	25,6	248	44,0	117	20,8	54	9,6
Kierowanie do ośrodków terapii uzależnień	39	6,9	133	23,4	196	34,5	200	35,2

Obraz uzyskanych rezultatów badawczych uzupełniają liczne wypowiedzi badanych, stwierdzające bardzo niską świadomość zdrowotną nadzorowanych środowisk, zwłaszcza w rejonach wiejskich. Za wymowną ilustrację tego problemu może posłużyć dopisek jednej z kuratorek w rubryce dotyczącej promowania zdrowia, tzn. dostarczania fachowej lektury lub broszur informacyjnych: „A po co? Żeby było czym palić w piecu?...”²⁰. Wielu podopiecznych kuratorów lekceważy i zaniedbuje obowiązki związane ze zdrowiem, nie tylko własnym, ale też swoich dzieci, narażając je na poważne ryzyko chorób, a często również wynikającej z nich trwałej niepełnosprawności. Przykładowo – wielu rodziców bardziej lub mniej świadomie rezygnuje ze szczepienia dzieci²¹. Niewłaściwe nawyki żywieniowe, nieregularność przyjmowanych posiłków, a nawet niedożywienie to powszechny problem rodzin znajdujących się pod opieką kuratorów. W wielu rodzinach pojęcie badań profilaktycznych jest zupełnie obce, a konsultacje u specjalistów mają miejsce dopiero wtedy, gdy objawy chorób są widoczne i naprawdę dotkliwe. Dotyczy to w jednakowym stopniu osób dorosłych i dzieci. Najpoważniejszym jednak problemem diagnozowanym w nadzorowanych

²⁰ Zacytowana wypowiedź upoważnia do przyjęcia znacznie szerszej perspektywy interpretacyjnej dotyczącej marginalizowanych środowisk, uwzględniającej przede wszystkim ubóstwo rodzin objętych opieką kuratorów. W tym kontekście zaniedbywanie obszaru związanego ze zdrowiem jest wtórne w stosunku do codziennego zmagania się z biedą i niezależne od obiektywnej świadomości pożyteczności zachowań prozdrowotnych.

²¹ Ambiwalentne postawy wobec szczepień ochronnych stały się przedmiotem wielu dyskusji nagłaśnianych przez media, w których w przekonujący sposób prezentowane są stanowiska dotyczące możliwych powikłań poszczepiennych, co dodatkowo może dezorientować i wzmacniać wątpliwości wielu rodziców, przekładając się bezpośrednio na ich zachowania w tym zakresie.

środowiskach są uzależnienia, znacząco osłabiające kondycję zdrowotną podopiecznych, dlatego najczęściej działań kuratorów koncentruje się na kierowaniu ich do specjalistycznych placówek terapeutycznych. Zarówno relacje kuratorów okręgowych, jak i wypowiedzi ankietowanych przy analizie innych wątków rozpoznawanego zagadnienia dowodzą, że problemy z nadużywaniem substancji psychoaktywnych (nikotyny, alkoholu, narkotyków) znajdują się na liście najważniejszych powodów zawieranych kontraktów wychowawczych²².

Niezadowolająca kondycja zdrowotna podopiecznych kuratorów staje się dodatkowym impulsem dla inicjowania różnego rodzaju akcji społecznych w środowiskach lokalnych oraz prowadzenia cyklicznych zajęć o charakterze prewencyjnym na terenie ośrodków kuratorskich. Z badań wynika, że propagowanie zdrowego trybu życia jest jednym z kluczowych celów określanych przez kadrę tych instytucji. Jest on realizowany przede wszystkim podczas zajęć sportowych (w różnych dyscyplinach) i rekreacyjnych, ale też edukacyjnych (dotyczących zapobiegania uzależnieniom od nikotyny, alkoholu, narkotyków, leków, sterydów, inhalantów i dopalaczy oraz profilaktyki HIV/AIDS). Wśród wartościowych przedsięwzięć prozdrowotnych o zasięgu lokalnym można również wymienić Wakacyjne Tygodnie Profilaktyki organizowane w formie festynów.

Porównując wyniki badań ankietowych dotyczące konkretnych zabiegów prewencyjnych w obszarze zdrowia z wypowiedziami badanych (również kuratorów okręgowych) na temat działalności profilaktycznej na terenie ośrodków kuratorskich, można stwierdzić, że zdecydowanie więcej okazji do promowania postaw prozdrowotnych mają osoby z tych rejonów, w których funkcjonują wspomniane instytucje.

Kolejne kroki analizy zmierzają do uzyskania odpowiedzi na pytanie odnoszące się do zróżnicowania obrazu działań profilaktycznych w obszarze zdrowia ze względu na rodzaj kurateli (zawodowa/społeczna) i płeć badanych. W zestawieniu poniżej zostanie uwzględniona pierwsza zmienna.

Tabela 3. Działania profilaktyczne w obszarze zdrowia podejmowane przez kuratorów zawodowych i społecznych

Obszar	Kurator	N	M	SD	Test T
Zdrowie	Zawodowy	425	9,45	2,37	F = 24,154; df = (991,9); t = 7,082; p<0,000
	Społeczny	577	8,26	2,94	

Analiza testem t- Studenta dla dwóch prób niezależnych wykazała, iż rodzaj kurateli (zawodowa/społeczna) różnicuje ocenę działań profilaktycznych. Można zauważyć, że kuratorzy zawodowi (M = 9,45; SD = 2,37) wyżej oceniają swoją pracę w stosunku do osób nadzorowanych w obszarze działań związanych ze zdrowiem niż kuratorzy społeczni (M = 8,26; SD = 2,94). Wynik ten jest

²² B. Zinkiewicz, *op. cit.*, s. 193–194.

istotny statystycznie dla $p < 0,01$, co oznacza, że grupy kuratorów różnią się między sobą.

Uzyskane wyniki wyraźnie potwierdzają zależność podejmowanej działalności profilaktycznej od pełnionej funkcji. To kuratorzy zawodowi odznaczają się większą aktywnością wobec osób nadzorowanych w stosowaniu zabiegów prewencyjnych w obszarze zdrowia. Można to tłumaczyć lepszym, staranniejszym i wszechstronniejszym przygotowaniem merytorycznym i metodycznym tej grupy badanych. Ponadto dla pracowników etatowych różnorodne czynności profilaktyczne wykonywane na rzecz podopiecznych stanowią główny nurt codziennej pracy, podczas gdy dla wolontariuszy są zwykle zajęciem dodatkowym (z wyjątkiem sporej grupy emerytowanych kuratorów społecznych). Można przypuszczać, że wiąże się to z większą systematycznością i starannością, niezależnie od ogromnego obciążenia pracą.

Poniżej zestawiono dane dla oceny zależności między płcią a podejmowaniem działań w obszarze: „zdrowie”.

Tabela 4. Podejmowanie konkretnych działań profilaktycznych w obszarze „zdrowie” a płeć

Obszar	Płeć	Średnia ranga	Test U Manna-Whitneya
Zdrowie	Kobieta	522,98	U = 61090; Z = -5,666, $p < 0,001$
	Mężczyzna	397,3	

Przeprowadzona analiza wykazała, że istnieje zależność pomiędzy płcią a oceną działań w obszarze „zdrowie”. Wynik okazał się być istotny statystycznie. Generalnie kobiety wyżej niż mężczyźni oceniają podejmowane przez siebie konkretne działania prewencyjne.

Uzyskane w tym obszarze rezultaty można wprost wyjaśnić specyficznymi, uwarunkowanymi biologicznie i psychologicznie różnicami w podejściu do realizowanych zadań w obrębie obu płci. Kobiety wydają się znacznie częściej przyjmować postawę empatyczną wobec nadzorowanych, kierują się podejściem rodzicielskim w procesie rozwiązywania problemów, są z reguły bardziej troskliwe i opiekuńcze, a w ich działaniu ogromną rolę odgrywają emocje. Potwierdzają to najnowsze badania psychologiczne, z których wyraźnie wynika, że w zakresie wrażliwości społecznej i empatii kobiety przewyższają mężczyzn. Ponadto, te same badania akcentują widoczny związek pomiędzy stylami komunikacji typowymi dla poszczególnych płci a wrażliwością na innych i poczuciem łączności z nimi. Dla kobiet celem interakcji społecznych jest często współpraca i wsparcie, podczas gdy dla mężczyzn – zdobycie przewagi²³. W związku z tym

²³ E.S. Cross, H.R. Markus, *Płeć w myśleniu, przekonaniach i działaniu: podejście poznawcze*, [w:] *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenie na różnice*, red. B. Wojciszke, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002, s. 68–69.

mężczyźni najczęściej są skoncentrowani na konkretnym zadaniu, charakteryzując się większą racjonalnością i pragmatyzmem w podejmowaniu decyzji. Biorąc pod uwagę stwierdzone zależności, można wnioskować, że być może kobiety wykorzystują na co dzień więcej zabiegów prewencyjnych nawet w sytuacjach wątpliwych pod względem ich skuteczności, podczas gdy mężczyźni ograniczają się jedynie do takich działań, w których mogą dominować i których prognoza jest obiecująca. Te zróżnicowane predyspozycje osobowościowe były wyraźnie widoczne w wypowiedziach badanych kuratorów umieszczanych w różnych miejscach kwestionariusza ankiety. Kobiety zdecydowanie częściej odwoływały się w nich do przykładów indywidualnych przypadków, którym z dużym poświęceniem udzielają wsparcia, np. zwożąc podopiecznych do lekarza²⁴. Ich narracja była często bardzo emocjonalna, czasami wręcz przepełniona matczyną troską o los osób nadzorowanych. Przekaz mężczyźni – kuratorów był odmienny w swoim wydźwięku, ponieważ skupiali się oni raczej na swoich funkcjach, zadaniach związanych z wykonywaniem nadzorów, mniejszą uwagę przywiązując do własnego zaangażowania w życie podopiecznych i osobisty charakter relacji z nimi.

W dalszej części analizy skupiono się na poszukiwaniu zależności pomiędzy podejmowaniem konkretnych działań prewencyjnych a oceną indywidualnego poczucia sprawstwa (pozycji w systemie profilaktyki). Założono, że im wyżej lokowane jest przez badanych kuratorów ich miejsce w lokalnym systemie profilaktyki, tym częściej powinni oni podejmować konkretne działania zapobiegawcze w nadzorowanych środowiskach rodzinnych. W tabeli 5 zobrazowano wyniki odnoszące się do obszaru „zdrowie”.

Tabela 5. Działania w obszarze „zdrowie” a ocena własnej pozycji w systemie profilaktyki (różnica średnich jest istotna na poziomie 0,05 dla kuratorów zawodowych i 0,01 dla kuratorów społecznych)

OBSZAR „ZDROWIE”				
Ocena własnej pozycji w systemie profilaktyki	KURATOR ZAWODOWY	Test Kruskala Wallisa	KURATOR SPOŁECZNY	Test Kruskala Wallisa
	RANGA		RANGA	
Pozycja istotna	240,26	chi ² = 6,426; df = 2; p<0,05	310,86	chi ² = 17,541; df = 2; p<0,01
Pozycja przeciętna	209,44		292,51	
Pozycja nieistotna	192,85		217,14	

Analiza danych zobrazowanych w tabeli 5 wykazała, iż istnieje zależność pomiędzy oceną własnej pozycji w systemie opieki i profilaktyki a podejmowanymi działaniami w obszarze „zdrowie”. Najniższą rangę obserwujemy w pozycji nieistotnej, a najwyższą w pozycji istotnej. Im wyższa ranga, tym wyższe

²⁴ Większą troskę o zdrowie wykazują kobiety – w porównaniu z mężczyznami. Taka tendencja została potwierdzona w ostatnim ogólnopolskim raporcie: Style Zdrowia Polek i Polaków.

znaczenie przypisywane jest własnej pozycji w systemie profilaktyki. Reasumując, jeśli kurator ocenia własną pozycję jako istotną, częściej podejmuje działania w obszarze zdrowia. Stwierdzona zależność odnosi się zarówno do kuratorów zawodowych, jak i społecznych. W obu badanych grupach wynik jest istotny statystycznie.

Zaobserwowana prawidłowość wydaje się naturalna. W pracy przedstawicieli służb społecznych ważne jest głębokie przekonanie o swoistej mocy sprawczej ich działalności, o realnej możliwości kreowania rzeczywistości społecznej, o potencjalnej zdolności do rozwiązywania problemów diagnozowanych w przestrzeni lokalnej. Świadomość istotności własnej pozycji wśród innych podmiotów opieki i profilaktyki przekłada się na motywację do pracy. Z pewnością osoby przekonane o sensie i skuteczności swojego działania są bardziej aktywne w podejmowaniu zabiegów prewencyjnych, optymistycznie nastawione do pracy, a repertuar wykorzystywanych przez nie sposobów i środków jest bogatszy.

Kolejny wątek analizy bezpośrednio nawiązuje do omawianego wcześniej zagadnienia. W tabeli 6 zobrazowano wyniki odnoszące się do zależności pomiędzy deklarowaną skutecznością własnej pracy a podejmowanymi działaniami prewencyjnymi dotyczącymi zdrowia nadzorowanych.

Tabela 6. Ocena skuteczności własnej pracy a podejmowane działania profilaktyczne w obszarze „ZDROWIE” (różnica średnich jest istotna na poziomie 0,05)

OBSZAR „ZDROWIE”				
Ocena skuteczności własnej pracy profilaktycznej	KURATOR ZAWODOWY	TEST istotności	KURATOR SPOŁECZNY	TEST istotności
	RANGA*		RANGA	
Niska	212,88	p = 0,789	272,64	p<0,05
Przeciętna	202,05		266,36	
Wysoka	210,90		310,52	

* Rangę przedstawiono dla zobrazowania poszczególnych ocen. Jest ona przedstawiona jedynie dla celów poglądowych. Z oceny różnic wykluczono kategorię „ocena niska” ze względu na bardzo małą liczebność próby (n = 4 kuratorzy zawodowi, n = 9 kuratorzy społeczni). Test istotności przeprowadzono dla dwóch prób niezależnych, dla kategorii ocena przeciętna i wysoka.

Kuratorzy społeczni, którzy wysoko oceniają skuteczność własnej pracy profilaktycznej w ramach sprawowanych nadzorów, różnią się w stosunku do osób, które tę skuteczność oceniają jako przeciętną, w zestawieniu z oceną działań w obszarze zdrowia. Generalnie, jeśli kurator wysoko ocenia skuteczność swojej pracy, częściej podejmuje też działania w obszarze zdrowia. Istotność ta jest na poziomie p<0,05. Przeprowadzona analiza nie wykazała różnic w omawianym obszarze wśród kuratorów zawodowych.

Uzyskane rezultaty w odniesieniu do kuratorów zawodowych są dość zaskakujące, zwłaszcza w zestawieniu z omawianymi wcześniej wynikami, na

podstawie których można było wnioskować, że kuratorzy zawodowi odznaczają się większą – w porównaniu z wolontariuszami – aktywnością w propagowaniu zdrowia w środowiskach swoich podopiecznych. Być może pracownicy etatowi traktują swoją pracę jako swoistą misję, nie zrażają się niepowodzeniami i – bez względu na mniej lub bardziej obiecującą prognozę – podejmują wszelkie możliwe próby oddziaływania na nadzorowanych. Wyniki badań autorki koncentrujące się na innych wątkach pracy respondentów wydają się potwierdzać ten kierunek interpretacji.

Podsumowanie

Na podstawie analizy uzyskanych rezultatów empirycznych, odnoszących się do podejmowania przez badanych kuratorów konkretnych działań profilaktycznych w obszarze zdrowia, można wyprowadzić następujące wnioski, stanowiące odpowiedzi na postawione w warstwie metodologicznej pytania/problemy badawcze:

- Obszar działań związanych ze zdrowiem znalazł się na trzeciej (średkowej) pozycji w hierarchii ważności, a wśród najczęściej wymienianych przez respondentów zabiegów prewencyjnych było kierowanie podopiecznych do placówek terapii uzależnień oraz promowanie zdrowego stylu życia. Najmniej popularnym działaniem z tego obszaru był systematyczny kontakt badanych z lekarzem rodzinnym i instytucjami ochrony zdrowia. Aktywność kuratorów w tym obszarze wiąże się zatem głównie ze strategią interwencyjną oraz redukcją szkód. Więcej zajęć o charakterze profilaktycznym, odnoszących się do lansowania i wzmacniania u podopiecznych postaw prozdrowotnych proponują badani zatrudnieni w lokalnych ośrodkach kuratorskich.
- Obraz podejmowanych działań prewencyjnych w obszarze zdrowia okazał się zróżnicowany ze względu na rodzaj kurateli (zawodowa/społeczna) i płeć badanych. Kuratorzy zawodowi uzyskali wyższe wyniki od grupy kuratorów społecznych, co oznacza, że pracownicy etatowi w większym zakresie wykorzystują zabiegi profilaktyczne w swojej codziennej pracy z nadzorowanymi. Zmienną różnicującą rezultaty badawcze w omawianej dziedzinie okazała się również płeć. Działalność kobiet jest – w świetle wyników badań – w większym stopniu nasycona profilaktyką w porównaniu z codziennym wykonywaniem nadzorów przez ankietowanych mężczyzn.
- Badania potwierdziły dodatkowo zależność pomiędzy podejmowaniem konkretnych działań prewencyjnych w obszarze „zdrowie” przez kuratorów zawodowych i społecznych a oceną własnej pozycji w lokalnym systemie profilaktyki. Jest to zależność wprost proporcjonalna, oznaczająca, że im wyżej badani kuratorzy oceniają swoją pozycję w systemie (im

większe jest ich indywidualne poczucie sprawstwa), tym częściej włączają do repertuaru swoich działań zabiegi profilaktyczne.

- Badania wykazały, że istnieje statystyczna zależność pomiędzy przekonaniem o wysokiej skuteczności swojej pracy a podejmowaniem przez kuratorów społecznych konkretnych działań prewencyjnych w obszarze „zdrowie”. Jest to zależność wprost proporcjonalna, oznaczająca, że wolontariusze wysoko oceniający efektywność własnej pracy zdecydowanie częściej wykorzystują w pakiecie swoich działań czynności profilaktyczne. Podobnej prawidłowości nie odnotowano w przypadku badanej grupy kuratorów zawodowych.

Spoglądając całościowo na obraz uzyskanych rezultatów badawczych w analizowanym obszarze i odnosząc go do przyjętej koncepcji *resilience*, można pokusić się o następującą refleksję. Mimo iż instytucja rodzinnego kuratora sądowego wydaje się szczególnie predysponowana do odegrania istotnej roli w procesie eliminowania/ograniczenia czynników ryzyka oraz rozpoznawania i wzmacniania czynników chroniących (przede wszystkim lansowania postaw prozdrowotnych) w przestrzeni funkcjonowania jednostek objętych nadzorami sądowymi, to jednak potencjał wielu prospołecznie zorientowanych osób nie jest wykorzystany we właściwy sposób. Liczne problemy natury legislacyjnej, organizacyjnej i mentalnej powodują, że kuratorzy koncentrują się na co dzień raczej na pilnych, zlecanych przez sąd czynnościach diagnostyczno-kontrolnych i, niezależnie od uświadomionej potrzeby holistycznego podejścia do każdego przypadku, nie zawsze mają szansę pochylenia się nad wszystkimi sprawami nadzorowanych, w tym również – skupienia się na ich szeroko rozumianej edukacji zdrowotnej²⁵.

²⁵ To uogólnienie zostało sformułowane na podstawie całościowej oceny uzyskanych przez autorkę rezultatów empirycznych. W niniejszym opracowaniu – z uwagi na ograniczoną objętość – pominięto analizę uwarunkowań podejmowanej przez badanych kuratorów działalności prewencyjnej, do których bezpośrednio odwołuje się konkluzja końcowa.