

Universitatea „Al. I. Cuza”, Iași
Departamentul de Sociologie
și Asistență Socială

Holt România
Programul pentru Promovarea
Asistenței Sociale

Revista de cercetare și intervenție socială

Volumul 23

decembrie 2008

**Review of
Research and
Social
Intervention**

**Revue de
Recherche et
Intervention
Sociale**



www.asistentasociala.ro

Anca CLIVEȚ

Definirea serviciilor și
selectarea metodelor de
intervenție socială
pentru copilul aflat în
dificultate în unitățile sanitare.
Provocări și limite

*Secțiunea: Din experienta
practicienilor*

Editura Lumen, 2008

Revista de cercetare și intervenție socială

acreditată CNCSIS, cod 657

Director: prof.dr. Vasile MIFTODE
Redactor șef: conf. dr. Ștefan COJOCARU
Secretar general de redacție: lect. dr. Daniela COJOCARU

International Advisory Board

prof.dr. Nadji RAHMANIA – USTL Lille, Franța
prof.dr. Patrick LeGuirriec – Université Tours, Franța
prof.dr. Victor Groze – Case Western University, Cleveland, SUA
prof.dr. Einar Helander – Lisabona, Portugalia
prof.dr. Karl Garber – ENSP Rennes, Franța
dr. Lindi Endicott – Planned Parenthood, SUA
prof.dr. Vicky Buchan, Colorado State University, SUA
prof. dr. Catherine SELLENET, Université of Nantes, France
prof. dr. Gérard NEYRAND, Université de Toulouse, France

Consultanți pentru domeniul protecției copilului și a familiei

Pintilii PENCIUC/Director Executiv Adjunct DGASPC Iași,
Maria Felicia MIHAI/Director Executiv DGASPC Botoșani,
Ionel Ștefănică ARMEANU/Director Executiv DGASPC Vaslui,
Marian LOSPA/Director Executiv DGASPC Neamț, Sorin
BRAȘOVEANU/Director Executiv DGASPC Bacău

Colectivul de redacție

Antonio SANDU, *Asociația Lumen*; Iuliana ZĂGAN, *Holt România*; Elena MOCANU, *Holt România*; lect. dr. Nicoleta NEAMȚU, *Universitatea Babeș-Bolyai Cluj Napoca*; Mădălina Constantin, *DGASPC Iași*; Raluca Popescu, *ICCV București*

ISSN: **1583-3410** (*varianta tipărită*);

ISSN: **1584-5397** (*varianta online*)

Editura Lumen, Iași

Adresa redacției: Holt România FCSSCF Filiala Iași, Iași,
str. Bistrița, nr. 7, Bl. B13, parter, ap.3, tel./fax: 0332.402515,
email: redactia@asistentasociala.ro



**Definirea serviciilor și selectarea metodelor
de intervenție socială pentru copilul aflat
în dificultate în unitățile sanitare.
Provocări și limite
[Defining the services and selecting the methods
of intervention for children in difficulty
abandoned in medical units.
Challenges and limits]¹**

Social worker, Anca CLIVET

Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii, Cluj-Napoca

Telefon: 0744-659315

Email: muslik4sky@yahoo.com

Abstract

The dynamics of the social work departments, among the pediatric hospitals, have shown by their evolution and development, the importance of the holistic perspective and of the systemic theory that can satisfy different needs of every “child in difficulty”. In this context the relationship between the social worker and his client can not be accomplished without contextualization and without adapting the service to the hospitalized children, which are considered to be the main beneficiaries. Most of the time, these children can not participate to the dialogue that defines their services, because of their “development limits”, and during this process it is a challenge to transform them into clients and difficult to avoid the bad consequences for the child and his family. Many ethical dilemmas derive from this perspective regarding the decisions we take in the name of the children but also the importance of defining the social service and combining the optimal social methods for the hospitalized child from the first day that assures

¹ *Lucrarea a fost prezentată la Conferința Națională „Nevoi, drepturi și responsabilități. Aspecte etice și juridice ale relației profesionale cu persoanele aflate în dificultate”, Cluj-Napoca, 27 septembrie 2008, organizată de Universitatea „Babeș-Bolyai”*

the safety, the stability and the harmony of the family environment (the place where the child will be discharged, after his medical recovery).

Keywords: social health, children in need, holistic perspective, ethical dilemmas

Schimbările sociale, economice, demografice, și politice au determinat schimbări semnificative și asupra domeniului actual de asistență socială. Aceste tendințe au dat naștere la noi provocări dar și la noi oportunități care să influențeze forma, conținutul și modul în care sunt puse în practică serviciile sociale specializate pentru copii aflați în dificultate internați în secții de pediatrie. Perioada de spitalizare a unui copil poate determina condițiile propice pierderii echilibrului socio-emoțional al familiei sale, cu consecințe negative în mod special asupra copilului, acesta fiind expus indiferenței, neglijării (de lungă sau de scurtă durată), reținerii tratamentelor sau chiar abandonului paternal. Momentul în care când părinții află de starea medicală gravă a copilului lor devine un moment „înghețat în timp”. Ei experimentează o varietate de emoții și sentimente, de la frică la mânie, de la nerăbdare la ușurarea sufletească că există un diagnostic și un tratament. De reacțiile lor emoționale la această veste și de acțiunile lor depinde definirea serviciilor, a metodelor de asistență socială și prin urmare recuperarea holistică a copilului. Nu puține au fost cazurile în care o familie pusă în fața crizei create de perioada de spitalizare prelungită a copilului și-au pus problema abandonului sau cel puțin nu s-au mai interesat de starea copilului luni de zile. Astfel, copii polispitalizați devin „nedoriți”, stârnind compasiunea asistentelor medicale, care încearcă să le mențină un nivel minim de dezvoltare a abilităților sociale. După Muntean (2006, p.196) relațiile dintre părinți și copii „se construiesc gradual” și atașamentul sau legătura afectivă dintre „copil și îngrijitor” sau „figura de atașament” (Bowlby, 1988, p.) sunt vitale pentru dezvoltarea lor. Chiar și „o perioadă scurtă de internare într-o secție de pediatrie poate fi tulburătoare” (Papalia, Wendkos, 1992, p. 166) mai ales pentru copii de până la 3 ani, știind că atașamentul devine activ „după 6 luni” (Muntean, 2006, p.196). Prezența părinților în viața de familie este benefică procesului de „comunicare socială și psihică cu copii” (Croitor, 2006, p.144) iar calitatea acestora determină calitatea procesului de dezvoltare a abilităților sociale. Dacă nu primesc atenție și servicii specializate de la cei care sunt reponsabili de îngrijirea lor medicală, socială și emoțională, reacțiile lor cognitive și sociale pot fi afectate până la externarea din unitatea sanitară. De aceea, serviciile trebuie să fie specializate pe nevoile clientului, să țină cont de complexul circumstanțelor, a evenimentelor, a culturii și a familiei fiecărui copil internat. Totuși, ce se întâmplă atunci când copilul provine dintr-o familie disfuncțională și aceasta are nevoie de ajutor? Este el un actor activ în procesul de luare a deciziilor atunci când vârsta îi permite să facă o alegere? Contextul familial al acestui copil este unul neclar și instabil, unde dreptul lor de exprimare este oprimat chiar înainte de a fi pus în discuție. În astfel de condiții, ceilalți „adulți” din afara familiei, hotărăsc soarta lui: un copil bolnav, neglijat, abandonat, uitat... Dar oare, cine are interes și curaj să asculte opinia copilului?

Asistența socială în unitățile sanitare

Așa cum pacea dintr-o țară nu reprezintă numai absența războiului, la fel nici sănătatea unui individ nu este simpla absența a bolii. Definiția complexă a sănătății a fost aprobată oficial de către Organizația Sănătății Mondiale în 1946, care a subliniat dimensiunile diverse ale sănătății: emoțională, intelectuală, fizică, socială și spirituală. Atunci când o dimensiune este afectată cel mai probabil și celelalte au de suferit iar în cazul unui copil bolnav aflat în dificultate cel mai adesea familia întregă a acestuia este afectată. Dimensiunea sănătății sociale reprezintă abilitatea de a îndeplini rolul social, mai întâi desemnat și apoi asumat, de a se bucura, de a-l cultiva și de a-l dezvolta prin relații cu persoane semnificative. Astfel, obținerea sănătății sociale presupune confirmare, comunicare, privilegii, responsabilități, drepturi, obligații dar și riscuri. În cazul unui copil acesta își asumă aceste riscuri în mod inconștient și atunci când acesta este expus abandonului într-o unitate sanitară îi este amenințată identitatea și sănătatea socială: el nu mai are rolul social de *copil* în raport cu *părinții* săi ci devine un „orfan uitat”, „un copil abandonat”. Deoarece „interacțiunile familiale influențează fiecare individ, influența resimțindu-se în comportament” (Serban, 2006, p.37), atunci când acestea sistează într-un mod brusc, consecințele asupra bunăstării emoționale, fiziologice și sociale ale copilului pot fi chiar ireversibile. Perspectivă holistică care susține „ireductibilitatea întregului la suma părților” (Marcu, 2000), poate fi aplicată în înțelegerea unei familii, în perceperea sănătății unui copil, în bunăstarea clienților direcți și indirecti, în rezultatele cooperării dintre personalul medical și personalul din serviciul de asistență socială. Tot această perspectivă susține ideea că atunci când o dimensiune a vieții unui copil este periclitată de anumiți factori nocivi (din punctul de vedere al consecințelor lor) atunci să fim pregătiți să acționăm atât asupra sistemului direct afectat cât și asupra celorlalte care suportă schimbări negative. Cu alte cuvinte, sistemul „familie” reprezintă mai mult decât persoanele care îl compun, iar „modificările/schimbările realizate într-o componentă a sistemului vor produce modificări/schimbări” (Buzducea, 2005, p.135) la nivelul celorlalte componente/persoane. Aportul familiei la recuperarea medicală și socială este esențial iar „evaluarea familiei este necesară pentru a avea o imagine de ansamblu a funcționării familiei ca grup, cât și pentru a evalua modalitățile în care familia poate fi implicată” (Alexandru, 2007, p.90) activ în procesul recuperator. De aceea atunci când apare o criză, un sistem familial deschis se poate închide, poate deveni disfuncțional sau dimpotrivă o criză poate întări subsistemele unei familii. De cele mai multe ori în urma internării în pediatrie asistentul social nu dispune preluarea din familie a copilului, și deoarece „tinta” diverselor servicii oferite este bunăstarea copilului, atunci aceasta trebuie percepută ca bunăstarea întregii familii sau a persoanei care îl îngrijește, fără însă ca nevoile copiilor și cele ale părinților lor să fie identice: „copii nu sunt doar o extensie a celor care îi îngrijesc, ci sunt indivizi distincti cu propriile drepturi” (Schaffer, 2005, p.25).

Rolul asistentului social în secțiile de pediatrie

Argumentele prezentate mai sus au avut ca scop sublinierea importanței asistenței sociale preventive, constructive, principiu care justifică în mod legitim și încurajează existența serviciilor de asistență socială în unitățile sanitare pediatrie. Astfel, provocarea vine din analizarea rolului asistentului social în unitățile sanitare, pentru a preveni abandonului copiilor atunci când aceștia sunt internați în secțiile de pediatrie, din definierea (sintagma „definirea serviciilor” trebuie înțeleasă în sens larg, în încercarea de contextualizare a serviciilor în funcție de mediul de practică - fiecare secție de pediatrie este diferită și în funcție de fiecare caz în parte) selectarea și apoi combinarea serviciilor și a metodelor utilizate de acesta. În tabelul 1 sunt prezentate teoriile și metodele de intervenție pe baza cărora se oferă serviciile clienților direcți și indirecti:

- utilizarea metodei de intervenție în criză presupune suprinderea diferitelor dimensiuni ale „crizei” din perspectiva holistică; doar „stând aproape de clienți” (Rose, 2004, p.104), aflând nevoile lor cele mai critice și cele mai urgente se poate ajunge la diferențierea netă între serviciile sociale specializate și personalizate și cele care sunt oferite fără un proces de adaptare la nevoile specific ale clientului.
- strategiile de empowerment se îmbină cu metoda centrării pe sarcină (mai ales când sprijinim mamele copiilor să intre în legalitate cu actele de identitate proprii și apoi cu actele de identitate pentru copii - stabilim responsabilități și sarcini împreună pentru ca la următorul copil să cunoască procesul de înregistrare și de întocmire a certificatului de naștere), în vederea evitării situației de dependență socială față de serviciul de asistență socială. Clienții direcți -copiii- și cei indirecti – părinții și familia acestora - sunt sprijiniți în luarea deciziilor, dar nu li se oferă soluții. Atribuirea unui rol duce la împuternicire și a insista asupra rolurilor și sarcinilor, atât ale asistentului social cât și ale clientului, determină implicarea activă a acestora din urmă, motivați de faptul că sunt agenți ai schimbării. Deci împuternicirea copilului și a familiei sale este o modalitate de a defini serviciul „a-i învăța să se ajute” să-și rezolve problemele prin simpla valorificare a potențialului de care dispun.
- Teoria sistemică pune baza serviciilor de consiliere a copiilor și a părinților în dificultate, evaluând familia ca sistem (deschis sau închis), evaluând nevoile copilului și a celorlalte subsisteme care îl pot afecta sau ajuta.

Teorii la baza practicii	Perspectiva holistică Teoria sistemică Strategii de empowerment
Metode de intervenție socială	Intervenția în criză Metoda centrării pe sarcină
Servicii oferite	<ul style="list-style-type: none"> - Consiliere copii și părinți - Oferirea de suport emoțional pentru familia copilului internat - Acomodare la procedurile și tratamentul medical și la cerințele unității sanitare (de ex.: în lipsa certificatului de naștere al copilului trebuie semnată o declarație de către un părinte pentru a justifica lipsa acestuia) - Mediere și menținerea comunicării între echipa medicală și părinți și între alte instituții și părinții copilului. - Împuternicirea și creșterea nivelului de echilibru socio-emoțional și de independență al întregii familii.

Tabel 1. Teorii, metode, servicii - asistență socială în secțiile de pediatrie

Serviciile oferite derivă din rolurile asistentului social pe care le are prevăzute în fișa postului dar și din nevoile specifice ale clientului. Astfel, ne confruntăm cu provocarea de a pune la dispoziție servicii personalizate, care vor fi mai puțin mărul discordiei în disputele reglementărilor legislative dar în același timp vor prezenta un grad mai mare de risc.

Copilul aflat în dificultate internat în unități sanitare

Calitatea din prisma serviciilor sociale prezintă o notă specifică enunțată de legătura existentă între caracteristicile serviciului și satisfacția beneficiarilor: un serviciu este de calitate în măsura în care acesta sprijină calitatea vieții beneficiarilor. (Burton, Kellaway, 1998, p.19). Dar, cum se pot obține servicii sociale de calitate în domeniul asistenței sociale, un domeniu ce este confundat și uneori identificat cu pilda samariteanului, cu lipsa de fonduri, cu victima sistemului politic și economic sau cu domeniul unde „oferim ce avem” fără pretenții de calitate. Cum se pot oferi servicii de asistență socială copiilor, o categorie de

clienți a cărui nivel de satisfacție este dificil de evaluat? A presupune și a înțelege o relație simplă între un client și un asistent social cere în prealabil răspunsul la multe întrebări cu privire la client iar aflarea identității clientului nu este în mod sigur un demers facil în cazul unui copil abandonat sau părăsit. și din cauza acestor elemente necunoscute relația dintre un asistent social și clientul-copil, este întotdeauna unică. Aceasta implică un sistem și o istorie proprie, ambii având propriile lor caracteristici obiective sau subiective. În final, relația își va clădi fundamentul pe calitatea prestației, cercetarea inovației și pe gradul de implicare din partea actorilor direcți în dialogul definirii serviciilor sociale. Totuși, în acest context al serviciilor sociale mulți beneficiarii pot manifesta „dizabilități emoționale” (sentimente de frică, teamă, alienare, singurătate, disperare, stress cronic etc.), dizabilități psihice sau fizice care „le rezervă un loc” în grupurile persoanelor vulnerabile și defavorizate. Astfel, teoria relațiilor dintre asistentul social și client nu poate fi aplicată de exemplu, fără contextualizare și adaptare, la copiii care sunt considerați „clienții instituțiilor” dar care nu pot să participe la dialogul mai sus menționat din cauza unor limitări legate de dezvoltarea lor ceea ce îngreunează procesul transformării ideii de client (de exemplu într-o secție pediatrică sau într-un centru maternal, copiii mici nu pot fi considerați clienți clasici iar în definirea serviciilor lor se ține cont de nivelul de satisfacție al mamelor) și sintagma „satisfacerea cliențului-copil” devine realitate în domeniul social prin multă cercetare, inovație și ingeniozitate. Starea de sănătate a copilului afectează starea familiei indiferent de reacția pozitivă, protectivă sau cea negativă, delăsătoarea a acesteia, care se resfrânge într-un cerc vicios înapoi asupra copilului. Pentru a putea înțelege provocările și dilemele etice care apar în selectarea serviciilor și a metodelor de intervenție socială pentru copilul în dificultate internat în pediatrii este necesară cel puțin o perspectivă de ansamblu asupra schimbărilor de mentalitate: ce a însemnat un copil în trecut și ce înseamnă acum, ce drepturi au aceștia și dacă aceste drepturi le-a schimbat radical statutul și deci le-a influențat nivelul de bunăstare. În secolul XV copiii existau pentru adulți, fiind o extensie a acestora, „niște adulți în miniatură” (Schaffer, 2005, p.20) care nu erau percepuți ca persoane autonome sau cu drept de opinie. De la felul în care erau îmbrăcați (hainele copiilor nu se deosebeau ca stil de cele ale adulților ci doar prin mărime), până la felul în care erau folosiți, exploatați prin muncă, sau chiar vânduți, copiilor nu li s-au recunoscut nevoile speciale de protecție și de implicare. Însă trecutul nu ne interesează decât în măsura în care putem explica anumite eșecuri ale prezentului și ne arată ce să evităm în viitor pentru a îmbunătăți sistemul de servicii sociale destinat copiilor în dificultate. O perspectivă mai constructivă este aceasta: ce putem schimba? ce putem face diferit în viitor? Particularizând întrebarea la subiectul lucrării de față ne putem întreba „ce putem face acum pentru a avea servicii sociale de calitate pentru copii aflați în dificultate internați în unitățile sanitare?” Formularea de răspunsuri și propuneri eficiente la această provocare presupune înțelegerea sensului drepturilor copiilor și a dilemelor etice ce derivă din respectarea și promovarea lor. Ideea drepturilor copiilor este de data recentă

iar pe măsură ce copiii au început să fie recunoscuți ca persoane în proces de dezvoltare și nu „în miniatură”, nevoile lor au devenit clar definite și din punct de vedere legislativ transformate în drepturi.

Respectarea drepturilor copilului a devenit o prioritate pe agenda politică a României, declarată oficial prin adoptarea Convenției ONU cu privire la Drepturile Copilului în 1989. Conform acestei convenții rolul pentru protecția și ocrotirea copilului este conferit familiei care este susținută de comunitatea în care trăiește, și doar în fază finală intervin instituțiile și organizațiile specializate prin măsuri de protecție speciale în cazul în care creșterea și dezvoltarea copilului în cadrul familiei sale este grav periclitată. Drepturile copilului așa cum sunt enunțate în Convenție pot fi împărțite în două mari categorii:

- drepturi care le definesc statutul de persoane autonome: art. 6- dreptul la viață, art. 12- dreptul de a-și exprima liber opinia asupra oricărei probleme care îl privește, art.13, dreptul la libertatea de exprimare, art. 15- libertatea de asociere, etc. Important este și dreptul copilului de a depune singur plângeri referitoare la încălcarea drepturilor sale fundamentale fiind informat asupra drepturilor sale precum și asupra modalităților de exercitare a acestora.
- drepturi care cer statelor ca prin acțiunile lor și prin legislații care le adoptă să protejeze și să apere copiii din cauza stării lor accentuate de dependență, de vulnerabilitate: art. 2- respectarea și garantarea drepturilor, art.4- aplicarea drepturilor recunoscute, art. 7- aplicarea dreptului la un nume, o cetățenie, art. 8- dreptul de a-și păstra identitatea, art.9- evitarea separării de părinți, art.11- combaterea acțiunilor ilegale de transferare și de împiedicare a reîntoarcerii copiilor în/din străinătate, art. 17- asigurarea accesului copilului la informație, art. 19 – măsuri împotriva oricăror forme de violență etc.

Același „paradox” între drepturile care presupun protecția copilului și drepturile care implică participarea lor la demersuri, evenimente sau acțiuni care îi afectează, se poate observa și în *Legea 272 din 2004*. Definiția a ceea ce înseamnă un copil se aseamănă cu cea din Convenție: „copilul este persoană care nu a împlinit vârsta de 18 ani și nu a dobândit capacitatea deplină de exercițiu, în condițiile legii”. Articolul 6 prevede că aceste drepturi sunt garantate prin „promovarea cu prioritate a interesului superior al copilului”, „prin ascultarea opiniei copilului și luarea în considerare a acesteia, ținând cont de vârsta și de gradul său de maturitate” dar în același timp din anchetele sociale realizate de asistenții sociali de la domiciliul copilului, opinia acestuia nu este consemnată sau clar definită pentru a putea ține cont de părerea acestuia. Totuși, oricât de clară este legislația care definește ceea ce înseamnă *un copil* sau oricât de logice ar părea metodele, principiile și tehnicile formulate de către adulții care îl îngrijesc, nu putem să nu ne întrebăm dacă aceste demersuri încearcă să limiteze dreptul de

exprimare al copilului, dreptul la o opinie, puterea de a acționa, la un set de circumstanțe care stabilesc standarde generale pentru cazurile sociale, când de fapt toate cazurile sunt unice și calitatea vieții copilului este fluctuantă și depinde de factori și de circumstanțe diferite.

Provocări și limite ale asistentului social – dileme etice

Dilemele etice ce derivă din acest proces au legătură cu legătura controversată dintre autoritatea unui adult de a lua decizii pentru sau în numele unui copil și a respecta dreptul acestuia de a-și exprima opinia și de a o lua în considerare așa cum cere actul legislativ:

- Cât de etic este să externezi un copil fără să te intereseze mediul familial unde ajunge?
- Siguranța copilului „primează” în fața altor drepturi (de ex. dreptul său de a locui cu părinții săi)!
- Legea îi denumeste „minori” în încercarea de a-i proteja dar oare copii nu devin mai vulnerabili tocmai datorită acestui statut?

Transformarea elementelor valorice ce compun bunăstarea unui copil în tipare standardizate, pot limita identificarea complexității factorilor care ar putea duce la îmbunătățirea vieții unui copil aflat în dificultate, dacă nu sunt formulate și definite corect. Aceste dileme etice vor rămâne provocări de viitor deoarece copii vor fi considerați ca și acum persoane cu nevoi speciale de protecție dar în același timp statele vor încerca garantarea dreptului lor de se exprima liber. Studiul de caz prezentat va sublinia provocările și dificultățile întâmpinate de către asistentul social în vederea împlinirii nevoilor dar și a exercitării drepturilor copilului aflat în dificultate, cazuri care au fost percepute prin prisma familiei, contextului și a culturii din care face parte.

Studiu de caz

Descrierea identității asistatului (identitatea cazului)

Descrierea sistemului client: Numele copilului: A.M.I., Gen: feminin, Data nașterii: 14 aprilie 1999. Copilul a fost internat în secția Unitatea de Primire în Urgență din cadrul Spitalului Clinic de Copii Cluj-Napoca, la data de 02.04.2008, prezentând urmele unei agresiuni fizice, fiind însoțită de o M.M. (bunica fetei). *Prezentarea problemelor (perspectiva clientului și cea a asistentului social):*

Perspectiva clientei: În momentul în care fetița a ieșit din comă, speriată și nerecunoscând locul unde se află (UPU, Cluj), a început să strige speriată că „mama M.” (mama vitregă) a fost cea care i-a făcut duș cu apă rece și a bătut-o (fetița a fost auzită de către medicul curant și de către infirmiere prezente). Totuși, după ce bunica vitregă care a însoțit fetița la Cluj, a putut să o viziteze, fetița și-a schimbat „total povestea” și nu mai recunoștea nimic din ceea ce afirmase inițial. Mai mult, ca „să convingă” medicii și asistenții sociali că relațiile sale cu familia mamei vitrege sunt „foarte bune”, pe perioada internării în spital, fetița a început să țină un jurnal în care „a scris povestea vietii ei” și să deseneze inimi care să ne arate natura sentimentelor ei față de mama sa vitregă și față de „bunică” (nu am aflat până la acest moment dacă această inițiativă a fost a fetiței sau a fost o propunere a bunicii vitrege”). Din perspectiva fetei nu exista o problemă reală, ea fiind cea vinovată (ca și în trecut când a căzut cu roțile, când a căzut din dud etc) că a alunecat în baie.

Perspectiva asistentului social asupra problemelor clientei în cauză s-a conturat în jurul următoarelor trei dimensiuni:

- *situația incertă a familiei fetiței* – Părinții fetiței, tatăl P.V. și mama A.I. sunt despărțiți de când fetița avea 3 ani. La puțin timp după aceasta mama a plecat în Ungaria, (unde s-a recăsătorit și mai are 3 copii) iar tatăl a plecat în ianuarie 2008 în Spania pentru a lucra temporar. În urma acestor evenimente, locuința actuală a fetiței a devenit familia mamei vitrege P.M. (concubina tatălui său plecat în Spania), bunica vitregă și alți 2 frați ai mamei vitrege, dar fără să existe un act legal care să dea dreptul acestei familii să o îngrijească pe fetiță (plasament sau adopție).

- *semnele unei agresiuni fizice asupra fetiței* – semnele agresiunii fizice erau pe mâini, picioare, spate, burtă- acestea erau dovezile clare că A.M.I. nu beneficia de un climat familial optim în familia în care a fost „plasată” de către tatăl acesteia.

- *rezultate din ce în ce mai slabe la școală* – A.M.I. frecventează cursurile unei școli din Zalău unde a obținut calificativele foarte bune, mai puțin în ultimele 2 săptămâni, înainte de internarea fetiței în spital, învățătoare fiind cea care a observat și schimbări de comportament și de atitudine la fetiță (oboseală, ațipea la ore, nu mai reușea să obțină calificative bune la teste, se enerva foarte repede pe colegi etc.).

Copilul își folosește propriile resurse pentru a supraviețui și pentru a face față cât poate de bine haosului zilnic, lipsei de siguranță, indiferenței, respingerii prin *negarea existenței unei probleme* față de persoane „străine” familiei în care aceasta se află.

Specificarea problemei asupra căreia s-a lucrat în procesul de asistare socială – abuz fizic și emoțional. Copilul a fost transferat de la Spitalul Zalău la Unitatea de Primire în Urgență din cadrul Spitalului Clinic de Copii Cluj-Napoca, la data

de 02.04.2008, cu diagnosticul de comă gr I, prezentând semnele unei agresiuni fizice, cu politraumatisme prin agesiune, suspect de TCC gr.0, fiind însoțită de numita M.M, care mai apoi este identificată de fetiță ca fiind „bunica vitregă”. Concluziile medicilor de la cele două secții de pediatrie au fost clare: este vorba despre un abuz fizic, provocat de către o persoană din anturajul copilului (urmele degetelor pe corp, un traumatism nazal produs prin lovire cu un corp dur, vânătăi pe abdomen și pe spate pe linia coloanei vertebrale etc.). Prin urmare, problema specifică asupra căreia s-a axat procesul de asistare socială a fost abuzul fizic și emoțional la care era supusă fetița în familia în care se afla, caz în care este necesară preluarea persoanei abuzate din mediul în care abuzatorul/agresorul are autoritate.

Istoria problemei

Circumstanțele în care s-a recurs la asistența socială. Copilul a fost transferat de la Spitalul Zalău la Unitatea de Primire în Urgență din cadrul Spitalului Clinic de Copii Cluj-Napoca, la data de 02.04.2008. Fiind vorba despre un abuz fizic medicii au sesizat Serviciul de Asistență Socială, prilej cu care asistentul social s-a prezentat la secție pentru un prim contact cu bunica vitregă, care era internată împreună cu copilul său. După culegerea tuturor informațiilor pe partea medicală (respectiv analiza documentelor), s-a început un prim interviu cu bunica vitregă și apoi un interviu cu fetița.

Eforturile anterioare ale clientului. Din ședințele de consiliere cu fetița, a căror scop a fost clădirea încrederii în asistentul social, am aflat că în urmă cu prox. 3 luni, fetița după ce a fost „pedepsită” de către mama vitregă a fugit de acasă, dar pentru că nu știa unde să meargă, a apelat la o mătușă de-a sa din partea mamei din Zalău, care a convins-o după câteva ore să se reîntoarcă „acasă”. Deoarece fetița a fost foarte atentă în detaliile oferite – desigur de teama amenințărilor venite din partea mamei și bunicii vitrege, nu am putut descoperi alte eforturi ale clienței de a ieși din acel mediu disfuncțional sau persoana care o agresează fizic.

Evaluarea inițială – capacități, resurse, caracteristici, nevoi, slăbiciuni

Subsistemul individual

Caracteristici fizice, biologice. Clienta A.M.I. prezenta numeroase semne de vătămare pe tot corpul, (bunica punea aceasta sensibilitate pe seama unei malformații cu care s-a născut la ficat), semne care au reprezentat principalul motiv de suspiciune a unui abuz fizic, și pregătirea unei intervenții pentru a prelua copilul din această „familie”.

Caracteristici mentale, cognitive. Fetița prezenta rezultate bune la școala și abilități bune de relaționare la colegi și la învățătoare. Chiar și atunci când a fost pusă în situația de a vorbi numai ea cu asistentul social, fetița și-a menținut „povestea” cu o claritate și o fermitate mai rar întâlnită la un copil de vârsta ei.

Caracteristici motivațional-emoționale. Fetița în urma experiențelor și în urma relațiilor dezvoltate cu familia și cu prietenii prezintă stima de sine redusă, sentimente de rușine și vinovăție, neîncredere și teamă, comportamente ușor agresive, comportamente „de evadare”, tulburări de somn, fobii și tulburări de alimentație.

Experiențe anterioare de viață. Experiențele anterioare ale fetiței au marcat-o și și-a creat imaginea și chiar identitatea în jurul sintagmei de copil „părăsit”, („mama mea nu mă iubește că m-a lăsat când aveam numai 3 ani”, „eu o am doar pe bunica și pe mama Mihaela”) și comportamentul și atitudinea mamei și a tatălui au afectat-o foarte tare. În același timp, a rămas în fetiță, sentimentul și dorința întâlnită la orice copil, de a avea o familie. Unul din motivele pentru care fetița nu vroia să recunoască abuzul a fost și pentru că o dată cu această recunoaștere, ea rămânea „fără familie”.

Nevoile individului. Nevoile clienței cele mai urgente vizau siguranța și protecție ei care dacă nu erau împlinite puteau afecta viitorul și personalitatea ei pe termen lung. O altă nevoie care derivă din privarea acestor nevoi până la momentul în care cazul a fost sesizat Serviciului, este cea de consiliere a fetiței cu privire la abuzul fizic suferit. Mai apoi, urmau să fie îndeplinite, nevoia ei de reintegrare socială (la școală) și posibilitatea de a relua legătura cu mama ei naturală.

Subsistemul familial și interpersonal

Relațiile cu familia, prietenii, cu persoane resursă, conflicte interpersonale. Părinții fetiței, tatăl P.V. și mama A.I. sunt despărțiți de când fetița avea 3 ani. La puțin timp după aceasta mama a plecat în Ungaria, (unde s-a recăsătorit și mai are 3 copii) și tatăl a plecat în ianuarie 2008 în Spania pentru a lucra temporar. Deci, relațiile fetiței cu tatăl său erau slabe și vorbeau foarte rar la telefon, când acesta suna acasă, iar cu mama sa nu mai vorbeau de aprox 2 ani. La prima vedere, o persoană-resursă pentru fetiță părea să fie bunica vitregă, care a stat cu fetița în spital în luna februarie și în luna aprilie, dar apoi s-a dovedit că aceasta o abuza și o șantajă emoțional, pentru ca fetița să nu mărturisească nimic din ceea ce i s-a întâmplat. Tot de la fetiță am aflat, că adevărata ei persoană resursă era o colega de la școală cu care obișnuia să-și scrie temele de școală împreună și să petreacă timpul liber.

Așteptări de rol. Fetița deși se simțea părăsită avea disponibilitatea și dorința de a-și îndeplini rolul de fiică și de soră chiar și în această familie disfuncțională, chiar în aceste circumstanțe în care era abuzată fizic. Aceste sentimente care

duceau la îndeplinirea acestui rol erau mai puternice decât constientizarea efectelor negative ale violenței la care era supusă. Din acest caz putem deduce cât de important este pentru un copil integritatea sănătății sociale și împlinirea rolului social, încât A.M.I a fost gata să o sacrifice pe cea fizică.

Date privind situație financiară. Familia care a primit-o pe fetiță dispunea de un apartament de 2 camere în care uneori stăteau și 6 persoane. Nici mama vitregă, nici bunica nu lucrau, ci primeau resurse de la tatăl fetiței din Spania și de la frații mamei vitrege.

Subsistemul organizațional

Relațiile cu instituțiile, organizațiile și comunitățile. În cazul acestei cliente nu se poate vorbi decât de relațiile sale cu școala, colegi și învățătoare, care erau în general, relații bune, până când învățătoarea a sesizat comportamentul și atitudinea delăsătoare și oboseala fetiței pe care le manifesta la ore. Alte relații ale fetiței cu alte instituții sau organizații nu au fost posibile din cauza amenințărilor pe care le primea în familia „adoptivă”.

Subsistemul mediului ecologic

Influența mediului climatic, reliefului, mediului de rezidență, cartier, locuinței, vecinătății. Influența mediului și a locuinței sunt legate tot de consecințele abuzului fizic care au fost menționate mai sus.

Definirea problemei centrale și a direcțiilor de acțiune

Stabilirea factorilor care au influențat apariția/rezolvarea problemei. Comportamentul și atitudinea violentă și de șantaj emoțional al mamei și bunicii vitrege, pe de o parte, cât și indiferența tatălui natural pe de altă parte au contribuit la apariția problemei. Nesatisfacerea nevoilor de bază emoționale, disciplină neadecvată, familia disfuncțională, sunt factorii care au perturbat imaginea de sine a fetiței.

Prezentarea factorilor care au acționat ca resurse ale procesului de asistență. Factorii care au acționat ca o resursă în procesul de asistare socială au fost următorii:

- faptul că atunci când fetița s-a trezit din comă a recunoscut cine era agresorul;
- colaborarea cu specialiștii din sistemul sanitar a fost un punct forte: aceștia ne-au pus la dispoziție informații din fișa medicală, ne-au oferit dovezi cu privire la abuzul fizic, ne-au oferit sală pentru consilierea fetiței, etc.
- colaborarea cu instituția de protecție a copilului de la domiciliul fetiței;
- faptul că bunica nu a plecat pe ascuns cu fetița din spital.

Conexiunile dintre problema aleasă și celelalte probleme. Implicațiile unui abuz fizic și psihic au determinat la A.M.I. apariția unor probleme comportamentale și emoționale, incluzând tulburări de atașament, lipsa sensibilității sociale și a empatiei, agresivitate cu cei de aceeași vârstă, emoții estompate. În această perioadă de pre-adolescență, copiii încep să devină din ce în ce mai independenți, să-și însușească unele reguli sociale, de asemenea este perioada întâlnirilor cu limitele lumii înconjurătoare și a limitele proprii, iar în cazul fetei A.M.I. limita pe care ea nu putea să o depășească era să iasă din cercul abuzatorilor dar în același timp să rămână să facă parte dintr-o familie.

Prezentarea obiectivelor și a planului de intervenție

Cum a fost abordată problema? Obiectivele, definirea planului de intervenție și rezolvarea problemelor au avut la bază art. 91 alin (1) și (2) din Legea 272/2004: *Orice persoană care, prin natura profesiei sau ocupației sale, lucrează direct cu un copil și are suspiciuni în legătură cu existența unei situații de abuz sau de neglijare a acestuia este obligată să sesizeze serviciul public de asistență socială sau direcția generală de asistență socială și protecția copilului în a cărei rază teritorială a fost identificat cazul respectiv.* De asemenea problema principală a fetei A.M.I. a respectat perspectiva holistică și teoria sistemică întru-cât au fost analizate toate dimensiunile care vor fi afectate de preluarea din familia „adoptivă”: cercul de prieteni, consecințele emoționale ale abuzului, continuarea studiilor școlare, adaptarea la sistemul de protecția copilului prin luarea de măsuri speciale de protecție, posibilitatea reîntregirii în familia naturală, de preferință mama naturală. Opinia clienței a fost de asemenea ascultată, respectându-se art. 12 din Convenția pentru Drepturile Copilului, și a art. deoarece demersurile luate de asistentul social urma să afecteze viața și bunăstarea ei. Totuși întrucât fetița se afla într-o stare accentuată de negare și de frică cauzată de amenințările primite din partea „bunicii” (de ex. „*Dacă recunoști ce s-a întâmplat, îți vindem organele în Canada*”) interesul suprem al copilului era de a fi preluat din familia care oricum nu deținea nici un act legal de încredințare al copilului din partea unuia dintre părinții naturali.

Probleme suplimentare care au apărut. Colaborarea dintre personalul medical și asistentul social al secției, cât și cea dintre asistentul social de la Direcția de Asistență Socială și Protecția Copilului de la domiciliul fetei, și secțiile de poliție și asistentul social al secției, au avut rolul de a preveni eventualele probleme suplimentare care puteau apărea: de ex. nu s-au dat prea multe detalii la fetița sau la „bunica vitregă” care era internată cu fetița în spital despre decizia preluării din familie deoarece exista riscul ca bunica să fugă din secție cu fetița.

Prezentarea problemei	<i>Abuzul fizic și emoțional de lungă durată asupra fetei de către toți membrii familiei</i>	
Obiective	Planul de intervenție(Cum?)	Roluri (Cine?)
Pe termen scurt		
Preluarea fetei din familia concubinei tatălui natural	-sesizarea DGASPC de la domiciliul fetei (sesizarea Serviciului de Abuz) - Consiliere pentru fetiță pentru a o pregăti pentru preluarea din familie - Interviuri succesive cu bunica și cu fetița pentru a observa eventualele neconcordanțe	Asistentul social de la clinica de pediatrie Asistentul social de la clinica de pediatrie
Pe termen mediu		
Adaptarea fetei la situația nou creată de luarea măsurii speciale de protecție	- confruntarea fetei cu posibilitatea de a sta la un centru și evaluarea reacțiilor ei (tehnica confruntării) - stabilirea unei relații de încredere între asistentul social de la clinică și fetiță pentru ca aceasta să recunoască cine este agresorul	-Fetița -Asistentul social al secției și psiholog
Evaluarea tuturor dimensiunilor afectate de preluarea din familie	-consiliere cu fetița pentru a evalua consecințele abuzului fizic și emoțional din perspectivă holistică (cum i-a influențat cercul de prieteni, rezultatele la școală etc).	-Asistentul social al secției și psiholog
Pe termen lung		
Reintegrarea în familia naturală, reluarea legăturii cu mama naturală	-Restabilirea relației dintre mama naturală și A.M.I. -Consiliere mama naurală pentru a evalua punctele tari și cele slabe a reîntregirii fetei în familia mamei.	-Asistentul social de la secție în colaborare cu asistentul social DGASPC
Asigurarea stabilității și continuității în îngrijirea, creșterea și educarea copilului	-Reluarea cursurilor școlare și discutarea cu învățătoarea telefonic și personal	-Asistentul social DGASPC și învățătoarea

Legături noi stabilite care au contribuit la rezolvarea problemei date: legătura cu mama naturală și legătura cu asistentul social de la Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii, si cu cel de la Centrul de Abuz de la DGASPC Zalău.

Ce deficiențe s-au constatat în sistemul clientului sau în contextul său de viață care au afectat rezolvarea cazului? Relațiile de dependență dintre fetiță și bunică, sau mai bine zis de codependență: pe durata spitalizării copilului la clinica de pediatrie, „bunica” nu o lăsa o clipă singură pe fetiță și întotdeauna „îi dădea idei” cum să răspundă la întrebările asistentului social. (consilierea fetei cu privire la

consecințele abuzului și la pregătirea pentru preluarea din familie s-a realizat în absența bunicii). După o săptămână de internare și de consiliere fetița a fost preluată de specialiștii de la DGASPC de la domiciliul fetei și deși atât bunica cât și fetița au început să plângă, acest demers a fost un succes, luându-se o decizie în numele copilului dar și în interesul suprem al acestuia.

Concluzii și provocări pentru viitor

La nivelul sistemului românesc de servicii sociale se pot observa dimensiunile pozitive care s-au realizat prin introducerea standardelor generale de calitate pentru serviciile sociale cu caracter obligatoriu și standardele specifice pentru tipuri diferite de servicii. Nevoile de formare și dificultățile de implementare a serviciilor sociale de către asistenții sociali care lucrează în cadrul unităților pediatrice ar putea fi considerate ca următoarele puncte de plecare în dezvoltarea serviciilor pentru copii aflați în dificultate. La nivelul clienților-copii o intervenție în vederea creșterii nivelului de satisfacție și de bunăstare este realizabilă și realistă doar prin acceptarea unei intervenții inițiale la nivelul personalului. Prin urmare, această abordare a lanțului valoric - clienții externi (copii și familiile lor) nu pot primi calitate dacă nu există calitate între cei interni (cooperarea dintre personalul medical, psihologul și asistentul social al secției). Cu alte cuvinte, nu te poți angaja să oferi servicii de calitate dacă nu și se oferă un cadru de dezvoltare profesională continuă și o recunoaștere a aspectelor specifice aduse de dimensiunea asistenței sociale în recuperarea holistică a copilului în dificultate. Cu adevărat evaluarea măsurii în care serviciile sociale sprijină calitatea vieții, sau măsura în care acestea elimină riscul excluziunii sociale a copiilor în dificultate nu reprezintă demersuri facile sau tehnice în întregime. De asemenea atunci când clienții sunt copii care conform actelor legislative nu dispun de autoritatea de a lua decizii pentru viața lor, devine dificil procesul lor de motivare și de implicare activă. Deseori aceste structuri legale îi fac pe copii să-și resimtă din plin statutul lor vulnerabil, lipsit de putere și control. Soluția cea mai bună în astfel de situații este să se conștientizeze eficiența reală a serviciilor, să se întrebe „ce schimbări determină” (Gunther, Hawkins, 1998, p. 532) și prin ce elemente de originalitate pot promova drepturile copilului de a-și exprima opinia. Răspunsul corect ar trebui să includă și pe cei pentru care serviciul este pus în aplicare, beneficiarii principali, copiii. Orice alt fel de răspuns care nu cuprinde acest element esențial poate arăta că organizația sau instituția ofertantă și-a neglijat definirea corectă a serviciilor specifice sau mai grav, și-a pierdut sensul existenței.

Rezumat

În cadrul unităților sanitare pediatrice, existența serviciilor de asistență socială, prin dinamica evoluției și a dezvoltării lor au subliniat importanța perspectivei holistice și cea a teoriei sistemelor prin care pot fi satisfăcute nevoi diverse ale copiilor aflați în dificultate. În acest context relația dintre asistentul social și client nu poate fi aplicată fără contextualizare și fără adaptare sistemului de servicii la copiii internati, principalii beneficiari ai serviciilor. De cele mai multe ori acești copii nu pot participa la dialogul definerii serviciului din cauza unor limite legate de dezvoltarea lor, ceea ce îngreunează procesul transformării lor în client fiind dificil astfel să eviți consecințele negative pentru copil și familie. Derivă de aici numeroase dileme etice cu privire la deciziile luate pentru copiii dar și importanța serviciului social a cărui definiție poate fi inițiată de la internarea copilului într-o unitate sanitară, care se asigură că mediul copilului, temporar sau definitiv, este unul stabil și armonios (unde va ajunge după recuperarea medicală și externare).

Cuvinte cheie: sănătate socială, copil aflat în dificultate, perspectiva holistică, dileme etice.

Bibliografie

- Alexandru, M., 2007, „Importanța consilierii familiei consumatorului de drog pentru depășirea situației de criză” în *Revista de asistență socială*, nr. 1-2, Ed. Catedra de Asistență Socială și Psihologie Socială, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, Universitatea din București.
- Burton, K., 1998, *Developing and Managing High Quality Services for People with Learning Disabilities*, Ed. Ashgate, Aldershot.
- Buzducea, D., 2005, *Aspecte contemporane în asistența socială*, Ed. Polirom, București.
- Cojocaru, Ș., 2005, *Metode apreciative în asistența socială. Ancheta, supervizarea și managementul de caz*, Polirom, Iași.
- Convenția cu privire la drepturile copilului, adoptată de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite la 20 noiembrie 1989 (republicată în Monitorul Oficial nr. 314 din 13 iunie 2001)
- Coulson, T., 1997, „Process management in a hospital and health care context” în *Business Process Management Journal*, vol.3. nr 2.
- Croitor, E., 2006, „Intervenția socială apreciativă în supravegherea specializată a minorului”, în *Revista de cercetare și intervenție socială*, vol. 13, Ed.Lumen, Iași.
- Hawkins, F., Gunther, J., 1998, „Managing for Quality”, în Edwards, R., Yankey, Altpeter, - *Skills for effective management of nonprofit organizations*, Ed. NASH Press, Washington.

- Hotărârea de Guvern nr. 1440 din 2 septembrie 2004 privind condițiile și procedura de licențiere și de inspecție a serviciilor de prevenire a separării copilului de familia sa, precum și a celor de protecție specială a copilului lipsit temporar sau definitiv de ocrotirea părinților săi.
- Legea privind protecția și promovarea drepturilor copilului, nr. 272/2004 în Monitorul Oficial, Partea I nr. 557 din 23/06/2004
- Marcu, F., 2000, *Marele dicționar de neologisme*, Editura Saeculum.
- McMurtry, S., 2000, L., „The Client Satisfaction Inventory: Results of an Initial Validation Study” în *Research on Social Work Practice*, Vol. 10, No. 5, pp. 644-663.
- Papalia, D., Olds-Wendkos, S., 1992, *Human Development*, Ed. McGraw-Hill, New York
- Rose, C., Raduan, 2004, „Hospital quality service, a managerial challenge” în *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol 17, nr.3.
- Schaffer, R., 2005, *Introducere în Psihologia Copilului*, Ed. ASCR, Cluj-Napoca
- Șerban, E., 2006, „Modele de intervenție în asistența socială a părinților adolescenți”, în *Revista de cercetare și intervenție socială*, vol. 13, Ed.Lumen, Iași.