



**ST. ELIZABETH UNIVERSITY  
COLLEGE OF HEALTH AND SOCIAL  
WORK BRATISLAVA, SLOVAKIA**

**Detached workplace Bl. Metod D. Trčka  
Michalovce**

**LIDWINA – HOME OF SOCIAL  
SERVICES STRÁŽSKE**



**SKSaPA, REGIONAL CHAMBER  
SKSaPA**

**CITY OF MICHALOVCE**



**DEINSTITUTIONALISATION OF SOCIAL SERVICES  
IN THE CONTEXT OF ASSISTING PROFESSIONS**

---

Michalovce 2016

# DEINŠTITUCIONALIZÁCIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB V KONTEXTE POMÁHAJÚCICH PROFESIÍ

---

## Čestné predsedníctvo

prof. MUDr. Vladimír KRČMÉRY,  
DrSc. Dr.h.c. mult.

prof. MUDr. Marian KARVAJ,  
PhD.

prof. Mikola Michajlovič PALIN-  
ČAK, PhD.

doc. Jaroslav DROZDOVSKYJ,  
PhD.

doc. Volodymyr CHIMENEC, PhD.

prof. dr hab. Aneta MAJKOWSKA

Ing. Jozef BOBÍK

Viliam ZÁHORČAK – primátor  
mesta Michalovce

## Vedecký výbor

doc. Ing. Štefan BUGRI, PhD., MPH

prof. PhDr. František HANOBIK,  
PhD.

Ing. Jozef CHOVANEC, PhD.

prof. MVDr. Peter JURIŠ, CSc.

prof. MUDr. Štefan KOVAL, PhD.

prof. MUDr. Jozef MIKLOŠKO,  
PhD.

prof. PhDr. Pavel MÚHLPACHR,  
PhD.

prof. PaedDr. Milan SCHAVEL,  
PhD.

prof. JUDr. Vojtech TKÁČ, CSc.

doc. PhDr. Peter VANSÁČ, PhD.

doc. PhDr. Darina WICZMÁNDY-  
OVÁ, PhD.

---

## Zostavovatelia

PhDr. Ľubomíra TKÁČOVÁ, PhD.

Doc. PhDr. Darina WICZMÁNDYOVÁ, PhD.

RNDr. Daniela BARKASI, PhD.

Mgr. Martina KORMOŠOVÁ, PhD.

## Recenzenti

PhDr. Jana MARTINKOVÁ, PhD.

PhDr. Silvia PUTEKOVÁ, PhD.

PhDr. Oľga KABÁTOVÁ, PhD.

Za obsahovú a jazykovú stránku jednotlivých príspevkov zodpovedajú ich autori.

© Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava

**ISBN 978-80-8132-144-3**

**EAN 9788081321443**

**OBSAH**

EDITORIÁL .....	8
PODVÝŽIVA SENIOROV- PRÍČINY A RIZIKÁ	
<i>Balogová Eva - Bramušková Jarmila</i> .....	10
ŽIVOT, MUČENÍCTVO A MISÍJNA SLUŽBA BLAŽENÉHO METODA DOMINIKA TRČKU	
<i>Barkasi Rastislav</i> .....	17
PROBLEMATIKA AGRESIE A ŠIKANOVANIA AKO SOCIÁLNY PROBLÉM U ŽIAKOV A ŠTUDENTOV V ŠKOLÁCH	
<i>Barkasi Rastislav - Barkasi Daniela - Bugyi Alexander</i> .....	22
EDUKÁCIA A SOCIÁLNE PORADENSTVO PRE DIABETIKOV	
<i>Barkasi Daniela - Štefanová Daniela</i> .....	41
LÁSKA AKO LIEK V POVOLANÍ LEKÁRA	
<i>Belovičová Mária - Belovičová Liliana</i> .....	50
JUVENILNÁ SOCIÁLNA PATOLÓGIA – ŠIKANOVANIE	
<i>Bernátová Jana</i> .....	56
POTREBA POSKYTOVANIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB PRE ĽUDÍ V POPRAVITELNOM VEKU	
<i>Bobovnik Matej - Bobovniková Marta</i> .....	71
ELDERSPEAK V INŠTITUCIONÁLNEJ STAROSTLIVOSTI O SENIOROV	
<i>Boroňová Jana</i> .....	79
CESTA KU KVALITNÝM SOCIÁLNYM SLUŽBÁM. DEINŠTITUCIONALIZÁCIA ZARIADENIA LIDWINA – DOMOV SOCIÁLNYCH SLUŽIEB STRÁŽSKE	
<i>Bušaničová Lýdia</i> .....	84
ASPEKTY DEINŠTITUCIONALIZÁCIE SOCIÁLNYCH SLUŽIEB	
<i>Čaklošová Helena</i> .....	93
CHRONICKÁ RANA V DOMÁCOM PROSTREDÍ Z POHLADU OŠETROVATEĽSTVA	
<i>Dziacka Alena - Botíková Andrea</i> .....	102
VYUŽÍVANIE SNÍMACÍCH SYSTÉMOV AKO SÚČASŤ DEINŠTITUCIONALIZÁCIE	
<i>Dimunová Lucia - Wiczmandyová Darina</i> .....	107

## KATEGÓRIE POKROČILEJ PRAXE SESTIER

<i>Grešš Halász Beáta - Wiczmányová Darina</i> .....	111
KVALITA POSKYTOVANÝCH SLUŽIEB V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB A SPOKOJNOSŤ KLIENTOV	
<i>Hanobik František - Petrušová Anna - Michel' Radoslav</i> .....	115
KVALITA ŽIVOTA SENIOROV TRPIACICH ALZHEIMEROVOU CHOROBU VERSUS BELGICKÝ MODEL SOCIÁLNEJ STAROSTLIVOSTI O NICH	
<i>Heverová Mária - Wiczmányová Darina</i> .....	131
ROZVOJ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB PRE SENIOROV	
<i>Holonič Ján</i> .....	140
VYBRANÉ ASPEKTY OVPLYŇUJÚCE KVALITU ŽIVOTA PRÍJIMATEĽOV SOCIÁLNEJ SLUŽBY V DOMOVE SOCIÁLNYCH SLUŽIEB	
<i>Jurčová Zuzana - Kandráčová Jana - Chovanec Jozef</i> .....	148
CHARAKTERISTIKA A MOŽNOSTI PREVENIE SYNDRÓMU FRILITY Z POHĽADU OŠETROVATEĽSTVA	
<i>Kabátová Olga</i> .....	158
FENOMÉN SEKUNDÁRNEJ TRAUMATIZÁCIE U POMÁHAJÚCICH PROFESIONÁLOV	
<i>Karkošková Slávka</i> .....	163
POUŽITIE ĽUDSKÉHO POTENCIÁLU PRICHÁDZAJÚCICH MIGRANTOV V ZDRAVOTNÍCTVE A SOCIÁLNYCH INŠTITÚCIÁCH ZAKARPATSKEJ OBLASTI	
<i>Химинець Володимир - Цимболинець Ганна</i> .....	184
REFORMA VZDELÁVANIA AKO POTREBA PRE DÔSTOJNÝ ŽIVOT	
<i>Kováčová Eva</i> .....	193
PROBLÉMY RODINY S DIEŤAŤOM S DETSKOU MOZGOVOU OBRNOU A ÚLOHA SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA PRI RIEŠENÍ TÝCHTO PROBLÉMOV	
<i>Kul'hová Zuzana</i> .....	197
STRES V PRÁCI SESTRY	
<i>Lancošová Katarína - Tkáčová Lubomíra</i> .....	207
PROCES DEINŠTITUCIONALIZÁCIE ZARIADENÍ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB V SLOVENSKEJ REPUBLIKE	
<i>Laššáková Timea</i> .....	215

SOCIÁLNE POSTAVENIE SENIORA V SPOLOČNOSTI	
<i>Magera Igor - Humeníková Mária</i> .....	222
MANAŽMENT PROBLÉMOVÉHO SPRÁVANIA U PACIENTA S DEMENCIOU V ZDRAVOTNÍCKOM ZARIADENÍ	
<i>Martinková Jana</i> .....	230
ERGONÓMIA V PRÁCI SESTRY	
<i>Mihaľová Marianna</i> .....	238
DEINŠTITUCIONALIZÁCIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB A NÁRODNÉ PRIORITY ROZVOJA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB	
<i>Michel' Radoslav</i> .....	243
VZDELÁVANIE ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV V SLOVENSKEJ REPUBLIKE	
<i>Moškurjak Patrik - Strápková Janka – Strápková Janka – Šluhová Iveta – Fehérová Erika</i> .....	265
POMÁHAJÚCI VZŤAH V PRIESTORE DEINŠTITUCIONALIZÁCIE SOCIÁLNYCH SLUŽIEB	
<i>Mráz Martin</i> .....	269
IMPLEMENTÁCIA DOBROVOLEŇÍKOV V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB V ZEMPLÍNSKOM REGIÓNE	
<i>Murgová Anna - Smolejová Marianna</i> .....	275
JAMES F.T. BUGENTAL A H.G. KOENIG V ŠTÚDIÁCH NÁBOŽENSKÉHO KULTU AKO SOCIÁLNE OPORNÉHO SALUTORA PRI ZVLÁDANÍ STRESU – JEDNÉHO ZO SPÚŠŤAČOV PATOLOGICKÝCH SOCIÁLNYCH JAVOV. NÁMIETKY PROF. THOMASA S. SZASZA	
<i>Muszka Tomáš</i> .....	290
VYUŽITÍ TEATROTERAPIE V SOCIÁLNI PRÁCI S MARGINÁLNI MI KLIENTY	
<i>Nová Monika</i> .....	299
SOCIÁLNA DOKTRÍNA V CIRKVI NA UKRAJINE	
<i>Палінчак М. - Химинець Володимир</i> .....	307
SPOLOČENSKÁ INTEGRÁCIA ZDRAVOTNE POSTIHNUTÝCH OSÔB	
<i>Pavлак Marián - Ondič Štefan</i> .....	311
ŠPECIFIKÁ SOCIÁLNEJ PRÁCE SO ZÁVISLÝMI SENIORMI	
<i>Pavlová Martina – Telepjanová Štefánia</i> .....	317

SEDEM ROKOV ČINNOSTI ZARIADENIA PRE SENIOROV A  
ZARIADENIA OPATROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI V MESTE  
SOBRANCE

<i>Petro Marián</i> .....	332
POHĽAD NA POSKYTOVANÉ SOCIÁLNE SLUŽBY V PRAVOSLÁVNÝCH KREŠŤANSKÝCH KOMUNITÁCH VO SVETE	
<i>Pilko Ján - Kochan Pavol - Sokolová Mária</i> .....	335
ROLA SESTRY V NÁSLEDNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI O IMOBILNÝCH PACIENTOV V DOMOVE SOCIÁLNYCH SLUŽIEB	
<i>Popovičová Mária – Wiczmányová Darina</i> .....	342
REHABILITAČNÉ OŠETROVATEĽSTVO V PREVENCII IMOBILIZAČNÉHO SYNDRÓMU U GERIATRICKÉHO PACIENTA	
<i>Puteková Silvia</i> .....	351
AKTIVIZAČNO – TERAPEUTICKÉ INTERVENČIE U GERONTOPSYCHIATRICKÉHO PACIENTA/KLIENTA	
<i>Rabinčák Marek</i> .....	355
PRIJATIE ZÁKONA O SOCIÁLNEJ PRÁCI - NOVÉ VÝZVY PRE PROFESIONALIZÁCIU V SOCIÁLNEJ PRÁCI	
<i>Schavel Milan</i> .....	365
POSTOJ ŠTUDENTOV ZDRAVOTNÍCKYCH ODBOROV K ÚCTE K ŽIVOTU	
<i>Simočková Viera - Zamboriová Mária</i> .....	370
ALTERNATÍVNE KOMUNITNÉ SLUŽBY PRE ĽUDÍ S ŤZP V MESTE NITRA	
<i>Šimonová Veronika - Morávková Silvia – Tvrdoň Miroslav</i> .....	379
SOCIÁLNE, ZDRAVOTNÉ A PSYCHICKÉ ZNEVÝHODNENIE ĽUDÍ BEZ DOMOVA OPROTI OSTATNEJ SPOLOČNOSTI	
<i>Štencl Juraj - Buzinkaiová Jarmila - Kassaiová Renáta – Horváthová Alena</i> ...	396
DEINŠTITUCIONALIZÁCIA SYSTÉMU SOCIÁLNYCH SLUŽIEB	
<i>Telepjanová Štefánia</i> .....	410
PRÁCA S MÉDIAMI A VZŤAHY S VEREJNOSŤOU AKO SÚČASŤ INŠTRUMENTÁRIA SOCIÁLNEJ PRÁCE	
<i>Telepjanová Štefánia – Pavlová Martina</i> .....	417
SOCIÁLNA PRÁCA NA SLOVENSKU – PRÁVNE ASPEKTY	
<i>Tkáč Vojtech - Vražel Jozef</i> .....	433
VÝHODY DOMÁCEJ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI	
<i>Tkáčová Lubomíra - Grešš Halász Beáta</i> .....	445

IMPLEMENTÁCIA METÓDY SNOEZELLEN V OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI O SENIOROV S DEMENCIOU PRI ALZHEIMEROVEJ CHOROBE	
<i>Tkáčová Lubomíra - Lancošová Katarína</i> .....	452
MODIFIKUJÚCE FAKTORY ÚČASTI ŽIEN NA PREVENCIÍ RAKOVINY KRČKA MATERNICE V ZAHRANIČÍ	
<i>Uričková Alena</i> .....	458
SPIRITUÁLNE SPREVÁDZANIE ZOMIERAJÚCICH V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB	
<i>Vansač Peter - Jurašek Martin - Barkasi Rastislav</i> .....	462
RIZIKOVOSŤ PRÁCE SESTRY	
<i>Ždiľová Iveta - Tkáčová Lubomíra</i> .....	475
INDEX AUTOROV .....	481
RECENZNÝ POSUDOK .....	488

## EDITORIÁL

---

Historicky bola univerzita vždy zdrojom, či studnicou informácií, miestom kde sa študenti pripravovali prostredníctvom získavania vedomostí a intelektuálnych zručností, skúmaním tradičných a hľadáním nových akademických poznatkov a porozumenia zložitým javom. Postavenie a vážnosť, ktorú prisudzovala ľudská spoločnosť vzdelanosti a poznatkom, bola v jednotlivých dejinných etapách rôzna, ale v rozhodujúcej miere vysoko cenená. Význam poznatkov v dnešnej spoločnosti je určujúci tým, že iba vzdelaný národ s vyspelou kompetenciou permanentného vzdelávania, má potenciál na presadenie sa v globálnom svete súčasnosti.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava prirodzene nadväzuje na poslanie vysokých škôl, predstavuje komunitu, ktorá všetkými silami podporuje slobodu poznania a osobného rozvoja všetkých, ktorí sa zúčastňujú na jej živote. Slobodu považuje za základ rastu múdrosti a integrity v prospech vedomostnej spoločnosti. V praxi uplatňuje kresťanské hodnoty.

Dnešná doba potrebuje ľudí dynamických, tvorivých, schopných sebareflexie a empatie. Globalizujúca spoločnosť vytvára nové nároky na vedomosti, jazykové zručnosti, ale aj zmenu správania sa. Na tieto výzvy reagujú pedagógovia našej vysokej školy, ktorí študentom počas celého štúdia odovzdávajú nielen vedomosti, ale aj hodnotovú orientáciu a morálku, vstúpajú im aj múdrosť ducha a poukazujú na aktuálne potreby spoločnosti. Publikáciu vedeckých prác pod názvom *Deinštitucionalizácia sociálnych služieb v kontexte pomáhajúcich profesií* predkladá pracovisko Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Michalovciach.

Členstvom Slovenska v Európskej únii sa jej občanom otvorili nové pohľady na poskytovanie sociálnych služieb komunitnej starostlivosti akými sú život v prirodzenom bežnom prostredí, bývanie v dome alebo v byte, zamestnanie alebo možnosť trávenia voľného času aj mimo bydliska, možnosť rozhodovania o vlastnom živote a možnosť voľby, právo na primerané riziko dostatok kontaktu z okolím, blízke vzťahy s kamarátmi, susedmi, dostatok súkromia.

Veríme, že predloženými odbornými príspevkami prinášame nové pohľady na danú problematiku a navrhnuté riešenia sa budú uplatňovať v praxi. Vychádzali sme z toho, že osobitnú hodnotu majú iba také myšlienky, ktoré sa uplatňujú v praxi a sa stávajú príkladom a tiež výzvou pre iných ľudí. Podnecujú k aktivite a spájajú ľudí pre určité zmeny.



Publikácia poukazuje na problémy deštitucionalizácie sociálnych služieb v kontexte pomáhajúcich profesií z užšieho pohľadu regiónu i širšieho pohľadu príspevkov hostí z iných regiónov i zahraničia s ktorými sme konfrontovali naše poznatky, postoje a vedecké závery. Sme presvedčení, že autori publikácie a jednotlivých príspevkov budú i naďalej vedecky pracovať s aktuálnymi faktami pre potreby súčasnej spoločnosti. Vychádzali sme z toho, že iba spoločnosť, ktorá podporuje školstvo, zdravotníctvo a kultúru si dokáže zabezpečiť vzdelaných občanov, zdravých ľudí a spoločenský a kultúrny akceptovateľných.

Michalovce, 12/2015

*Darina Wiczmányová*

# PODVÝŽIVA SENIOROV- PRÍČINY A RIZIKÁ

---

## MALNUTRITION IN ELDERLY- CAUSES AND RISKS

<sup>1,3</sup> Balogová Eva - <sup>1,2</sup> Bramušková Jarmila

<sup>1</sup> Fakulta zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity, Banská Bystrica

<sup>2</sup> Nemocnica Zvolen, a.s.

<sup>3</sup> Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

### ABSTRAKT

Adekvátna výživa je významným faktorom ovplyvňujúcim zdravotný stav jedinca ako aj kvalitu jeho života. Spôsob výživy seniorov ovplyvňujú nielen involučné zmeny, ale aj množstvo faktorov vyplývajúcich z doterajšieho spôsobu života, kultúra, tradície, vzdelanie, ale aj momentálna ekonomická situácia, prítomnosť akútnych a chronických chorôb a mentálny stav. Výživa a jej nutričná štruktúra je ostro sledovaná predovšetkým v detskom veku a v období adolescencie. Naopak v senu je kvalite stravovania venovaná menšia pozornosť napriek uplatneniu množstva faktorov majúcich negatívny vplyv na nutričný stav. Cieľom článku je priblížiť fyziologické zmeny sprevádzajúce starnutie a ich vplyv na nutričný stav a tiež sociálne a ekonomické faktory podieľajúce sa na vzniku malnutricie. Stručne priblížime spôsob jej diagnostiky a nemedicínske možnosti zvládania.

**KLÚČOVÉ SLOVÁ:** malnutričia seniorov, nutričná anamnéza, nutričná podpora, starecká anorexia, staroba

### ABSTRACT

Adequate nutrition is a very important factor affecting the health of an individual as well as quality of his life. The ways of nutrition in elderly are affected not only by the involucional changes, but also by a number of factors depending on the existing way of life, culture, traditions, education, as well as the current economic situation, the presence of acute and chronic diseases and a state of mental functions. Food and its nutritional structure is closely monitored especially in childhood and adolescence. By contrast, in elderly receives the quality of nutrition less attention, despite a number of factors, which are having a negative impact on nutritional status. The aim of the article is to describe the physiological changes accompanying aging and their impact on nutritional status as well as social and economic factors involved in the formation of malnutrition. We

also focus on the impact of malnutrition on the quality of life in elderly and the possibilities of its management.

**KEY WORDS:** malnutrition in elderly, nutritional history, nutritional support, anorexia of ageing, old age.

## ÚVOD

V priebehu 20. storočia starnutie nabralo nový rozmer a to od starnutia individuálneho k starnutiu celospoločenskému. Population ageing – starnutie populácie je v súčasnej dobe celosvetovo skloňovaným termínom a starnutie, ako také je označované za jednu z hlavných charakteristík budúceho demografického vývoja. Zdravotníctvo a zdravotná starostlivosť sú v kontexte starnutia značne diskutovanou problematikou (Kabátová, 2015). S pribúdajúcimi rokmi dochádza v organizme k fyziologickým zmenám ovplyvňujúcim metabolické pochody. Svalová hmota sa stráca, zvyšuje sa podiel tukového tkaniva. Kým medzi 20-30 rokom života tvorí svalstvo 30 % hmoty tela, medzi 70-80 rokom života klesá na 15 %. S pribúdajúcim vekom sa zvyšuje výskyt malnutrície (15 % vo vekovej skupine 65 – 74 ročných a 45 % vo vekovej skupine 75 ročných). Osobitným problémom je malnutrícia v domovoch dôchodcov, kde je jej vznikom ohrozených až 80 % obyvateľov (Pavlov, 2007). Malnutrícia (podvýživa) je stav, ku ktorému dochádza, ak je príjem základných energetických sustrátov a bielkovín nižší ako ich potreba (Kabátová, Puteková 2015).

Na vzniku malnutrície seniorov sa podieľa viacero faktorov – fyziologické zmeny sprevádzajúce starnutie, obmedzená pohyblivosť, polymorbidita, polypragmázia, mentálny stav a socioekonomické faktory. Podľa Hoozovej (2015) vedú starobné zmeny k osteoporóze, sarkopénii, rýchlemu rozvoju dehydratácie a dysbalancii niektorých elektrolytov. Svalová slabosť môže viesť k pádom a následným zlomeninám. Malnutrícia zhoršuje sebestačnosť, zvyšuje riziko inštitucionalizácie, predlžuje hospitalizáciu vďaka vyššiemu počtu komplikácií. Pacovský (1994, In: Líšková et al., 2014) delí poruchy výživy v starobe do troch kategórií :

- **Problémy príjmu potravy** zapríčinené defektným chrupom, poruchou žuvania, hryzenia, prehĺtania, nauzeou, zvracaním, hnačkou, obštipáciou, potravinovou intoleranciou, zlou ekonomickou situáciou, mentálnym stavom.
- **Malnutrícia** vznikajúca prevažne v súvislosti s karenciou vybraných nutričov, alebo ich celého spektra.

- **Obezita** vznikajúca na podklade príjmu vysokokalorickej stravy, obmedzenej pohybovej aktivity a tiež diabetes mellitus 2. typu.

### **PRÍČINY VZNIKU MALNUTRÍCIE SENIOROV**

Podvýživa je u starších ľudí definovaná poklesom hmotnosti o viac ako 3% za mesiac a hodnotou BMI pod 22kg/m<sup>2</sup>. Hypoproteínová malnutrícia sa prejavuje úbytkom svalovej hmoty a môže ostať často nepovšimnutá z dôvodu prekrytia svalovej atrofie tukom, alebo prítomnosťou hypoproteinemických edémov (Bóriková et al., 2014).

Malnutrícia predstavuje komplexný problém, ktorý postihuje viacero orgánov a orgánových systémov v ľudskom tele. V starobe môže zásadným spôsobom ovplyvniť kvalitu života a v prípade hospitalizácie prognózu choroby. Zníženie svalovej sily, vrátane dýchacích svalov vedie k hypoventilácii a zvýšenému riziku pľúcnych infektov. Porucha imunity býva príčinou močových infekcií, spomaleného hojenia rán so septickými komplikáciami. Malnutrícia zhoršuje motilitu čreva, jeho bariérovú funkciu, čo môže viesť k translokácií baktérii do krvného obehu. Znížená koncentrácia plazmatických proteínov vedie k poklesu onkotického tlaku plazmy a k vzniku edémov (Jurašková et al., 2007). Znižuje sa tvorba slín, dochádza k zmenám v procese žuvania a prehltania, spomaľuje sa vyprázdňovanie žalúdka. Zmeny v zložení žalúdočných štiav ovplyvňujú vstrebávanie a utilizáciu niektorých nutrientov. Zníženie počtu klkov v sliznici tenkého čreva redukuje slizničnú plochu, znížený splachnický prietok zvyšuje prevalenciu infekcie spôsobenej *Helicobakter pylori*. V starobe je sklon k inzulinovej rezistencii, relatívna hyperinzulinémia sa spolu s ostatnými faktormi môže spolupodieľať na rýchlom pocite nasýtenia a zníženej chuti do jedla (Hoozová, 2015). Príjem potravy ovplyvňuje aj dysfágia sprevádzajúca neurologické choroby, ale aj zápaly, nádory a divertikuly hltana alebo pažeráka (Pacovský, 1994, InLíšková et al., 2014).

Na vzniku podvýživy participujú aj **sociálno - ekonomické faktory**. Zlá ekonomická situácia je dôvodom pre nákup lacných, „akciových“ nutrične nevyhovujúcich potravín. Schopnosť zaobstarať si potravu môže súvisieť aj s poruchou mobility a demenciou. Obmedzený sociálny kontakt a osamelosť vedú k jednoduchému a jednotvárnemu jedálničku a stereotypom v príprave jedál. Seniori si často vystačia s pečivom a polotovarom, čo je z dlhodobého hľadiska nedostačujúcim a vedie ku karencii jednotlivých nutrientov. Osamelosť, nezájem okolia, chátrajúce zdravie, zhoršenie mobility môžu viesť k depresiám sprevádzaným nechutenstvom. Príčinou **anorexie** býva aj zápcha, dehydratácia, bolesti sprevádzajúce chronické ochorenia, alebo farmakoterapia. Nezanedbateľným dôvo-

dom nevyhovujúceho nutričného stavu je aj dodržiavanie diétnych opatrení súvisiacich s chronickými ochoreniami bez kompenzácie vhodnými nutričnými doplnkami.

Na kvalitu stravovania vplýva aj **vzdelanie, zvyky z mladosti, dostatok primeraných informácií** a vhodná motivácia.

#### DÔSLEDKY MALNUTRÍCIE

- **Kardiovaskulárny aparát:** zníženie hmotnosti srdca o 30 % ma za následok zníženú kontraktilitu, pokles minútového srdcového výdaja, bradykardiu a hypotenziu.
- **Obličky:** znížený prietok obličkami a znížená glomerulárna filtrácia vedú k poruchám vodného a elektrolytového hospodárstva.
- **Dýchací systém:** pokles bielkovín v dýchacích svaloch o 20 % spôsobuje hypoventiláciu, hypoxiu, hyperkapniu, respiračne infekcie.
- **Gastrointestinálny trakt:** v GIT-e dochádza k atrofii enterocytov, kolonocytov, k zníženej produkcii žalúdočnej, pankreatickej šťavy a žlče. Mení sa bakteriálna flóra v črevnej sliznici, viazne tvorba slizničných imunoglobulínov, zhoršuje sa funkcia črevnej bariéry.
- **Imunitný systém :**zhoršuje sa celulárna i humorálna imunita, klesá tvorba cytokínov čo vedie k nedostatočnej proliferácii lymfocytov, zhoršenej fagocytóze a zhoršenej chemotaxii.
- **Termoregulácia:** zhoršená tolerancia chladu vedie k poruchám CNS (zmätenosť).
- **Centrálny nervový systém:** deficit niektorých vitamínov a minerálov spôsobuje sklon k depresiam (Pavlov, 2007).

#### DIAGNOSTIKA MALNUTRÍCIE

Malnutrícia je komplexný problém postihujúci mnoho orgánových systémov, preto neexistuje marker, ktorý by ju sám o sebe dokázal jednoznačne potvrdiť alebo vyvrátiť. Základom diagnostiky je **odber anamnézy** zameranej na získanie informácií týkajúcich sa stravovacích návykov, možných prejavov poruchy výživy či rizikových faktorov z hľadiska vzniku podvýživy. Pri získavaní potrebných informácií je potrebné zohľadniť vek pacienta, jeho telesný a mentálny stav, charakter a závažnosť ochorenia. V rámci komplexného vstupného posúdenia zistíme:

- BMI, veľkosť hmotnostného úbytku a časový horizont,
- súvislosť medzi stratou hmotnosti a zdravotnými ťažkosťami,
- obmedzenia príjmu stravy, gastrointestinálne ťažkosti,

- stravovacie návyky, množstvo a skladbu jedál, veľkosť porcie, spôsob prípravy, diétne obmedzenia,
- chuť do jedla, intenzitu pocitu hladu, spontaneitu prípravy potravy, dostavenie sa a trvanie pocitu nasýtenia,
- užívanie liekov, vitamínov, alkoholu,
- psychosociálne stresové situácie: ovdovenie, rodinné problémy (Bóriková et al., 2014).

Najideálnejšou metódou odberu anamnézy je použitie štandardizovaného dotazníka. V prostredí inštitucionálnej starostlivosti sa používa Nottinghamský skriningový dotazník, v komunitnej praxi Mini Nutritional Assessment. Berúc v úvahu mentálny a telesný stav pacienta je potrebné zhodnotiť mieru jeho samostatnosti pri aktivitách súvisiacich s príjmom potravy. Je nevyhnutné identifikovať dôvody vedúce k poruchám výživy, nakoľko sú východiskom pri plánovaní vhodnej nutričnej starostlivosti. **Antropometrické ukazovatele** sú podľa Juráškovej et al. (2007) jednoduché, neinvazívne a lacné metódy sledovania nutričného stavu vhodné pre ambulantné sledovanie. Sleduje sa aj celé spektrum **biochemických parametrov**, ktoré musia byť hodnotené s ohľadom na akútne a chronické ochorenia. Pri posúdení závažnosti klinického stavu sa odporúča hodnotenie funkčného stavu svalového tkaniva **dynamometriou**. V starobe je jej výpovedná hodnota limitovaná spoluprácou seniora, alebo neschopnosťou stisnúť dynamometer.

### MOŽNOSTI ZVLÁDANIA MALNUTRÍCIE

V priebehu ľudského života sa nutričné a energetické požiadavky organizmu menia. Vyšší vek je síce sprevádzaný nižšími energetickými požiadavkami, no potreba niektorých nutrientov môže byť vzhľadom na ich obmedzené vstrebávanie a využiteľnosť dokonca vyššia. WHO vydala odporúčanie v ktorom sú zakotvené špecifické požiadavky organizmu seniora na výživu. Nemožno ich ale paušalizovať z dôvodu nutnosti individuálneho posúdenia a zohľadnenia prítomnosti chronických ochorení. Dostatočná výživa zmiernuje stratu svalovej hmoty, zlepšuje svalovú silu, prispieva k zvýšeniu kvality bežného života seniorov, čo sa pozitívne odráža aj na ich psychickom stave. V prípade hospitalizovaných pacientov umožňuje absolvovať kompletné rehabilitačné programy napomáhajúce včasnému návratu pohybovej aktivity a rýchlejšiemu návratu do aktívneho života.

Kvalitná nutričná starostlivosť začína individuálnym zhodnotením množstva a štruktúry prijímanej potravy, pitného režimu a racionalizáciou farmakoterapie. Hozoová (2015) odporúča zhodnotiť sociálne aspekty

stravovania, motiváciu seniora a jednoduchými nemedicínskymi úkonmi odstrániť niektoré z faktorov podvýživy

- stolovanie prispôbiť mentálnemu stavu a fyzickým obmedzeniam jedinca,
- používať vhodné kompenzačné pomôcky,
- zabezpečiť potrebnú pomoc pri jedení,
- dbať pestrosť a úpravu jedla,
- akceptovať náboženské a etnické zvyklosti stravovania.

## ZÁVER

Výživa je jedným z dôležitých faktorov u seniorov. Príjem pestrej, vyváženej stravy a dostatok tekutín prispieva k udržaniu fyzickej a duševnej pohody. Význam zdravej výživy a príjem tekutín ovplyvňuje zdravotný stav seniora a zlepšuje kvalitu života (Martinková, 2015). Dobrý nutričný stav je jedným z kľúčových aspektov zdravia a kvality života a spolu s primeranou pohybovou aktivitou pomáha zmierňovať negatívne prejavy starnutia. Výživa a hydratácia sú hlavné faktory z vonkajšieho prostredia, ktoré sa uplatňujú pri vzniku, prevencii a liečbe ochorení (Kabátová, Puteková 2015). Je významným činiteľom ovplyvňujúcim úspešnosť liečby a prognózu choroby hospitalizovaného seniora. Mnohé z faktorov vedúcich k malnutricii nevieme ovplyvniť. Jedná sa predovšetkým o involučné zmeny sprevádzajúce starnutie. Skvalitnením sociálneho zázemia, vhodnou motiváciou a primeranými intervenciami možno prispieť k zlepšeniu nutričného stavu. Predpokladom je ale včasná identifikácia rizikových jedincov, dôsledne zhodnotenie ich nutričného stavu a príčin malnutrie a predovšetkým adekvátna nutričná starostlivosť.

## ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

BÓRIKOVÁ, I., TOMAGOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K. *Meracie nástroje v gerontologickom ošetrovatel'stve*. Multimediálna podpora výučby klinických a zdravotníckych disciplín : Portál JLF Univerzity Komenského [online] posledná aktualizácia 22.1.2014 [cit. 2015-11-13] Dostupné na: <<http://portal.jfmed.uniba.sk/clanky.php?aid=251>>. ISSN 1337-7396.

HOOZOVÁ, J. Malnutricia u seniorov. In *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. ISSN 1337-6896, 2015, roč. 8, č. 1e, s. 6-12.

JURAŠKOVÁ, B. a kol. Poruchy výživy ve stáří. In *Medicína pro praxi*. ISSN 1214-8687 2007, roč. 4, č. 11, s. 443-446.

- KABÁTOVÁ, O. Záujem študentov ošetrovateľstva o prácu so seniormi. In: *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistancia*. ISSN 1336-183X. č. 6 (2015), s. 53-55.
- KABÁTOVÁ, O., PUTEKOVÁ, S. 2015 Zmyslové zmeny v starobe In: *Ošetrovateľská starostlivosť v geriatrii II.*, Typi Universitas Tyrnaviensis 2015. s. 9. ISBN 978-80-8082-918-6.
- KABÁTOVÁ, O., PUTEKOVÁ, S. 2015 Zmeny v oblasti nutričie a hydratácie v starobe In: *Ošetrovateľská starostlivosť v geriatrii II.*, Typi Universitas Tyrnaviensis 2015. s. 53-80. ISBN 978-80-8082-918-6.
- LÍŠKOVÁ et al. *Zdravotno- sociálne aspekty života seniorov*. Nitra: UKF Nitra, 2014. 160s. ISBN 978-80-558-055-8.
- MARTINKOVÁ, J. Význam výživy u seniora s demenciou. In: *Nové trendy v ošetrovateľstve II.* - Trnava: Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, 2015. - ISBN 978-80-8082-863-9. - CD-ROM; S. 39-40.
- PAVLOV, P. Výživa v starobe a jej poruchy. In *Via practica*, 2007, roč. 4, č. 12, s. 556-558. [cit. 05-11-2015]. Dostupné na: [http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&).



**ŽIVOT, MUČENÍCTVO A MISÍJNA SLUŽBA  
BLAŽENÉHO METODA DOMINIKA TRČKU****LIFE, MARTYRDOM AND MISSIONARY SERVICE  
BLISSFUL DOMINICK TRCKA**

*Barkasi Rastislav*

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

**Úvod**

Pripomíname si patróna a osobnosť VŠZaSP sv. Alžbety detašovaného pracoviska Michalovce, ktorým je blažený Metod Dominik Trčka, ktorého Boh obdaroval milosťou mučeníctva. Milosťou úplného sebadarovania a dokonalej zápalnej obety života, v ktorej Sv. Duch zjavil tajomstvo Ukrižovaného a osláveného Krista.

*„Keď čítame životopisy svätých, fascinuje nás vyrovnanosť a odvaha pri podstupovaní utrpenia a smrti. Božia sila sa celkovo prejavuje v slabosti, v biede toho, kto sa s dôverou spolieha na neho a len do neho vkladá svoju nádeje.“* Božia milosť nepotláča ani nezmenšuje slobodu toho, kto podstupuje mučeníctvo. Práve naopak, obohacuje ju a pozdvihuje. Mučeník je celkom slobodnou osobou – slobodnou vzhľadom na moc tohto sveta; je slobodnou osobou, ktorá v jedinom definitívnom čine daruje Bohu svoj vlastný život a v najvyššom skutku viery, nádeje a lásky sa oddá do rúk svojho Stvoriteľa a obetuje vlastný život, aby sa celkom spojil s obetou kríža na kríži. Mučeníctvo je veľkým skutkom lásky, ktorá odpovedá na nekonečnú lásku Božiu. (Benedikt XVI, 2010)

*„Kto nás odlúči od Kristovej lásky? Azda súženie úzkosť alebo prenasledovanie, hlad alebo nahota, nebezpečenstvo alebo meč. Ale v tomto všetkom slávnne víťazíme skrze toho, ktorý nás miluje. A som si istý, že ani smrť ani život, ani anjeli, ani kniežatstvá, ani prítomnosť, ani budúcnosť, ani mocnosti, ani výška, ani hĺbka, ani nijaké iné stvorenie nás nebude môcť odlúčiť od Božej lásky, ktorá je v Kristovi Ježišovi, našom Pánovi.“* (Rim 8, 35. 37-39).

**STRASTIPLNÁ CESTA ŽIVOTOM**

Dominik Trčka sa narodil 6. júla 1886 vo Frýdlante nad Ostravicí na Morave. Dominik bol posledným zo siedmych detí a práve on dokázal vykonať veľké veci a nakoniec položiť svoj život za Krista a získať slávu mučeníctva. Dominik najprv navštevoval základnú školu vo Frýdlante,

potom nižšie gymnázium v Místku a neskôr v roku 1902 vstúpil už do juvenátu redemptoristov na Červenku. Po novíate pokračoval v štúdiách teológie v redemptoristickom seminári v Obořišti. 17. júla 1910 bol vysvätený pražským arcibiskupom a kardinálom Leo Skrbenským na kňaza. Ako ľudový misionár pôsobil v kláštoroch v Prahe, na Svätej Hoře a Plzni. Nielenže konal ľudové misie, ale v svojej kňazskej službe sa venoval aj pútnikom, vojnovým emigrantom a vojakom rôznych národností. Už v seminári sa zapáľil cyrilometodskými ideálmi. Už počas seminárskych čias prejavil svoj záujem o prácu medzi východnými kresťanmi. Keď sa ľudovský arcibiskup, knieža Šeptický obrátil na redemptoristov s prosbou poslať misionárov medzi jeho veriacich, v roku 1919 Trčkovci pražskí predstavení rozhodli o jeho vyslaní, spolu so spolubratom o. Nekulom do Lvova. V miestnej rehoľnej komunite, zvlášť pod vedením blahoslaveného Nikolu Čarneckého sa oboznámil s jazykom, liturgiou a duchovnosťou miestnych gréckokatolíkov. Na Ukrajine Dominik začal používať aj svoje druhé krstné meno Metod.

Po dvojročnom pôsobení odchádza ku koncu roka 1921 otec Metod Dominik na Slovensko do Stropkova kde zakladá prvú rehoľnú komunitu redemptoristov východného obradu. V roku 1924 sa stáva ich predstaviteľom. Táto komunita bola spočiatku dvoj obradovou, čo znamenalo že v nej boli prítomní rímskokatolícki i gréckokatolícki redemptoristi. Neskôr sa však vytvorili dve odlišné komunity. Pri vedení komunity redemptoristov sa horlivo venuje práci na ľudových misiách v prešovskej, užhorodskej i križevackej eparchii. Dominantnou je šírenie úcty k Panne Márii, Matky ustavičnej pomoci. Zakladaniu rozličné náboženské bratstva a vykonáva kazateľskú činnosť. Od roku 1934 stabilne a s veľkou horlivosťou účinkoval v Michalovciach, kde v rokoch 1934-1942 bol predstaveným samostatnej gréckokatolíckej redemptoristickej komunity, ktorá sa stáva duchovným centrom Zemplína. Pri svojom pôsobení v Michalovciach pomáhal pri budovaní kláštorného chrámu sv. Ducha. Počas 2. svetovej vojny hrozilo gréckokatolíckym redemptoristom vypovedanie z územia Slovenského štátu, pretože väčšina z nich bola českej národnosti. V apríli 1942 zanechal úlohu predstaveného a venoval sa výlučne pastoračnej činnosti, ale aj pomoci všetkým tým, ktorí ju potrebovali. Bol známi aj tým, že pre skrývajúci sa Židov vybavoval prostredníctvom gréckokatolíckeho kňaza v Krajnej Bystrej otca Teodora Prišláka falošné krstné listy, čím im umožňoval zachrániť sa pred deportáciami a hrôzou nacistického režimu, ktorý bol nekompromisný pri riešení židovskej otázky.

Po skončení 2. svetovej vojny znovu prevzal úlohu predstaveného michalovského kláštora, kde sa v tomto úrade tešil zo zriadenia samostat-

nej slovenskej gréckokatolíckej viceprovincie, ktorá bola vyhlásená v marci 1946. Otec Metod sa tak stal aj prvým viceprovinciálom slovenských gréckokatolíckych redemptoristov. V rozhraní rokov 1946 až 1948 venoval hlavnú pozornosť založeniu nových kláštorov v Stropkove a Sabinove. Obzvlášť veľkú pozornosť venoval výstavbe stropkovského chrámu a rozvoju redemptoristického dorastu v ktorom videl budúcnosť. Bolo to obdobie rozvoja a veľkých nádejí do budúcnosti. Čas ukázal, že nie všetky plány boli z realizovateľné.

Po prevrate vo februári 1948 s postupným upevňovaním komunistického režimu, sa tlak na rehole a na gréckokatolícku cirkev zosilňoval. Bolo to citeľné aj pre otca Metoda ako predstaveného gréckokatolíckych redemptoristov. Keď počas „Barbarskej noci“ z 13. na 14. apríla 1950 boli všetci rehoľníci prevezení do zhromažďovacích táborov. Predstavený otec Metod, ktorý sa v tom čase nachádzal v Sabinove bol prevezený najprv do Podolínca a odtiaľ viackrát do neslávneho „Mlyna Leopoldova“. Výpovede spoluväzňov svedčia, že pre ochranu svojich spolubratov bol ochotný si pripísať každú vinu a zodpovednosť, plniac si verne svoju službu. Počas procesu 12. apríla 1952 bol obvinený zo spolupráce s biskupom Gojdičom, z rozširovania pastoračných listov a zo zasielania informácií cez provinciu Prahy do Ríma. Za čo bol otec Metod odsúdený na 12 rokov väzenia.

Svoje posledné roky života prežil vo väzniciach v Ilave, Mírove a Leopoldove. Napriek chorobe, svojmu veku a tvrdým podmienkam vo väzbe, jeho duch ostal mocný. Nezlomne dôveroval Bohu a veril, že naplní jeho vôľu. Neprestajne sa modlil a keď mal, čo i len najmenšiu možnosť, slúžil liturgiu. Niekoľko krát žiadal o skrátenie svojho trestu, no na to bol až príliš pevný vo svojom náboženskom presvedčení a až príliš horlivý. Odpoveď bola vždy zamietavá. V roku 1958 bol preložený do väznice Leopoldov, ktorá sa považovala za najhoršie väzenie. Počas Vianoc dozorca začul, ako si spieva jednu z vianočných piesní. V momente bol preložený do „korekcie“, kde následkom drsného a nezdravého prostredia dostáva tuberkulózu. Spoluväzeň v cele, ktorý sám bol lekárom, síce prosil a urgoval správu, aby otec Metod bol prevezený do nemocnice, ale nestalo sa tak.

Toto obdobie ako aj okolnosti smrti otca Metoda opisuje už spomínaný spoluväzeň MUDr. Anton Neuwirth: „*Raz sa stalo, že pred Vianocami, myslím si, že to bolo na Štedrý deň, otec Trčka sedel vo výklenku pri okne a spieval si náboženskú pieseň. Samozrejme okolo tohto okna po chodbe chodil dozorca. Keď počul, že spieva tú nábožnú pieseň, tak zavo-*

*lal veliteľa stráže, prišiel aj s nejakým ďalším jedným či dvomi, neviem, asi s eskortou, a zobrali o. Trčku a za trest ho zavreli na samotke do korekcie. Korekcia mala betónovú podlahu a tak isto lôžko bolo ako taký jeden veľký betónový hranol, samozrejme studený, na ktorom mohol spať ten, ktorý bol v korekcii. A aby nemohol veľmi dobre zaspáť, tak tam boli zamurované vyčnievajúce doštičky, ktoré stále tlačili väzňa, ktorý si chcel na lôžku oddýchnuť. Ješ' dostávali myslím iba obdeň, teda, keď bol na tri dni tak dva dni hladoval a jeden deň dostal niečo ješ'. Po nejakom čase bol doktor Neuwirth ako lekár zavolaný k o. Metodovi, a takto pokračuje vo svojom rozprávaní: Mal naozaj štyridsiatky, skutočne mal zápal pľúc, myslím, že obojstranný, a tak som navrhol, aby bol prijatý do väzenskej nemocnice. ...jediný ústupok ktorý spravili bolo, že o. Metoda z tej korekcie dali von a zavreli ho na samotku, kde bola drevená podlaha a mal tam slamník, takže potom spal na tom slamníku. Vymohol som mu tiež to, že mal deku.... Keď som o. Metodovi hovoril, ..., že nemôžem presadiť to, aby šiel do nemocnice... on mi ešte hovoril, ..., že ja sa na nich ani nehnevám, ja vám to teraz neviem presne zreprodukovat', ale podstatné bolo to, že prejavil dobromyselnosť, odpustenie k tým, ktorí mu ubližovali, a toto považujem za veľmi dôležité, že v tej ťažkej situácii odpúšťal a naozaj vedel, že to nemá ľahké."*

Otca Metoda do cely preniesli len zomrieť. Tam ho opatroval otec Mastiliak, ďalší gréckokatolícky redemptorista. Otec Metod Dominik Trčka zomrel vyčerpaním a na následky neľudského zaobchádzania 23. marca 1959. Vtedy sa navždy stratil svojim mučiteľom.

O dva dni bol pochovaný na väzenskom cintoríne anonymne ako číslo 4730. Jeho smrť sa stala príkladom nespravodlivosti a násilia komunistických väzenských zariadení a ich dozorcov. Mnohí väzni ho poznali alebo počuli o ňom hovoriť ako o mučeníkovi, ktorý bol potrestaný korekciou, pretože ako kňaz spieval náboženskú pieseň. Redemptoristom sa až v októbri 1969 podarilo previezť jeho telo do Topolian, kde po pohrebných obradoch bol pochovaný na mestskom cintoríne v Michalovciach. Tam odpočívalo do 17. septembra 2001, keď bolo exhumované a prenesené v sarkofágu do kláštorného chrámu Zoslania Svätého Ducha v Michalovciach. Tu je uložené pod bočným oltárom.

## **ZÁVER**

Kresťanská kultúra a duchovné dedičstvo je najkrajšie a najvierohodnejšie prezentované postavami mučeníkov, ktorí neváhali pre život bližneho nasadiť svoj vlastný život. Viedlo ich k tomu presvedčenie o nesmiernej láske Boha k človeku, ktorú teologicky vyjadruje aj najvyššie prikázanie platné pre Židov aj kresťanov.

„Počuj, Izrael, Pán, náš Boh, je jediný Pán. Milovať budeš Pána, svojho Boha, z celého svojho srdca, z celej svojej duše, z celej svojej mysle a z celej svojej sily! Po prikázaní lásky k Bohu nasleduje prikázanie lásky k blížnemu: Milovať budeš svojho blížneho ako seba samého!“ (Mk 12, 29–31).

Mnoho krát si v kútiku srdca kladieme otázku odkiaľ berú silu ľudia, aby postúpili mučeníctvo? Odpoveďou je :„Z hlbokaj a intímnej jednoty s Kristom, pretože mučeníctvo a povolanie na mučeníctvo nie sú len výsledkom ľudského snaženia, ale sú odpoveďou na Božie povolanie: sú darom milosti, ktorá robí človeka schopným obetovať vlastný život pre lásku ku Kristovi a k Cirkvi, a teda aj k celému svetu.“ a v takejto hlbokaj a intímnej jednote s Kristom žil aj blažený Dominik Metod Trčka, ktorému nenadarmo patrí primát mučeník pre Krista.

Svätý Otec Ján Pavol II, pri jeho blahorečení 4. novembra 2001 zhrnul jeho život i odkaz takto: „*venoval celý svoj život službe evanjeliu a spásu blížnych, až po obeť vlastného života.*“

#### ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- BARAN, M., 2013. Metod Dominik Trčka, C.Ss.R mučeník pre Krista In: *Týždenník farského spoločenstva v Nižnom Hrabovci*, 2013, roč. I., č. 50, s. 1-2
- BAZILIKA MINOR. Redemptoristi Michalovce. 2016. bl. Dominik Metod Trčka, dostupné na <http://bazilikaredemptoristi.sk/zivotopis/> [cit. 20.11.2015]
- BORZA, P., 2012. Prešovská univerzita, Gréckokatolícka fakulta, Gréckokatolícky mučeníci z obdobia neslobody 1939-1989, C.Ss.R mučeník pre Krista In : *Polonia Sacra*, 2012, roč. XVI., č. 30, s. 47
- BENEDITKT XVI., generálna audiencia 11.8.2010, KN 33/2010, s. 7
- LUKÁČIK, M. 2012. Blažený hieromučeník Dominik Metod Trčka. Gréckokatolícka cirkev farnosť Sabinov filiálka Šar. Michalany. dostupné na: <http://sar.michalany.greckokat-sabinov.sk/modules.php?name=News&file=print&sid=479> [cit. 20.11.2015].
- SVÄTÉ PÍSMO. *Starého i nového zákona*. 2009. Trnava.2010, 1612 s. ISBN 978-80-7162-777-7.
- ŽIVOTOPISY SVÄTÝCH. 2016. Metod Dominik Trčka, kňaz, rehoľník. dostupné na: <http://www.zivotopisysvatych.sk/metod-dominik-trcka/> [cit. 20.11.2015]

**PROBLEMATIKA AGRESIE A ŠIKANOVANIA  
AKO SOCIÁLNY PROBLÉM  
U ŽIAKOV A ŠTUDENTOV V ŠKOLÁCH**

---

**THE ISSUE OF AGGRESSION AND BULLYING  
AS A SOCIAL PROBLEM AMONG PUPILS  
AND STUDENTS IN SCHOOLS**

<sup>1</sup> Barkasi Rastislav - <sup>2</sup> Barkasi Daniela - <sup>3</sup> Bugyi Alexander

<sup>1, 2, 3</sup> Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

*„Čím je človek starší, tým je tvrší.  
V prvej triede sa o prestávke biješ  
a potom je hneď zase všetko v poriadku.  
Teraz sa biješ tak dlho, kým ten druhý nepadne.  
Potom ho dokonca ešte párkrát kopneš, kým sa hýbe.“*  
Helmut H. Erb

## **ÚVOD**

V posledných desaťročiach agresivita mládeže celkovo stúpila, preto je možné predpokladať, že aj šikanovanie narastá, jednanie detí je stále brutálnejšie, veková hranica sa znižuje a školy, ktoré majú byť miestom bezpečia a pohody sa stávajú miestom, kde sa šikanovanie vyskytuje najčastejšie. Šikanovanie sa v rôznych podobách odohráva na všetkých stupňoch a typoch základných či stredných škôl. Dôsledky šikanovania sprevádzajú človeka po celý jeho život. Dôvod, prečo by pozorovateľovi mohli ujsť prejavy šikanovania či už u agresora, alebo u obete je veľká rozmanitosť týchto prejavov i následkov šikanovania. Šikanovanie sa môže začať nenápadne, a postupne sa môže vyvíjať, pričom si sprvu ani obeť neuvedomuje, že ide o šikanovanie a nielen o podpichovanie zo strany spolužiakov. Deti a mládež si neuvedomujú, že šikanovanie je nebezpečná hra na hranici zákona a často sa táto hranica i prekročí.

Agresivita a násilie v školách sú, boli a čo je smutné a k zamysleniu, stále budú. Posledné roky sú však alarmujúce, agresivita a násilie sa prehľbujú až k prípadom, kedy už môžu byť charakterizované a špecifikované ako trestný čin. Celé sa to začína väčšinou len malými prehrškami, posmievaním, braním desiaty, neskôr to však môže vyústiť až v hrubé urážanie a izoláciou z kolektívu.

Dlhú dobu bola agresivita a šikanovanie pokladaná za úkaz, ktorý sa vyskytuje v školách len zriedka. Výskumy vykonané v posledných rokoch však ukazujú, že je značne rozšírenejšia, než sa predpokladalo a obeť

agresie a šikanovania môžu mať veľmi vážne a dlhodobé následky. Agresivita a šikanovanie nebude v školách zrejme nikdy potlačené, ale nepochybujeme o tom, že úsilie, ktoré sa v súčasnosti na zamedzenie a potlačenie využíva, prispieva k zníženiu a ponúka predovšetkým pomoc ako agresorom, šikanujúcim žiakom, tak aj ich obetiam.

Z pohľadu bežného človeka, ktorý nepozná poučky alebo definície chápe šikanovanie či o šikanovaní hovorí vtedy, keď jedno dieťa alebo skupina detí hovorí inému dieťaťu nepríjemné veci, bije ho, kope, udiera, vyhráža sa, obmedzuje jeho slobodu tým, že ho zamyká v miestnosti a podobne. Tieto nepríjemné udalosti sa môžu často krát opakovať a pre šikanované dieťa je ťažké, aby sa samo ubránilo. Šikanovaním môžeme taktiež chápať opakované posmešky, nepekne poznámky o rodine šikanovaného, ktoré sú často veľmi bolestivé a zraniteľné. Podstatou problému je, že deti si nebezpečnosť a brutálnosť svojich činov často krát neuvedomujú. Šikanovanie v detstve môže znamenať veľkú traumu a problémy do budúcnosti. Dieťa je frustrované, trpí pocitom menejcennosti, cíti sa utláčané. Toto nemá priaznivý vplyv na jeho ďalší rozvoj a vývin. Ako je to so šikanovaním v školských zariadeniach? Naším cieľom je poukázať na nebezpečenstvo a existenciu tohto nežiaduceho javu. Navrhnuť rôzne formy pomoci pri existencii šikanovania a upozorniť na potrebu prevencie v školských zariadeniach, pretože je veľmi dôležitá pri predchádzaní tomuto negatívne javu.

Šikanovanie je teda nežiaduce rizikové správanie školákov a je závažným spoločenským problémom. Jedná sa o sociálno-patologický jav v našej spoločnosti. Bujdová (2015, s. 27) uvádza, že „dnes sa pod pojmom sociálna patológia všeobecne rozumie skúmanie negatívnych javov vyskytujúcich sa v spoločnosti. Najefektívnejším spôsobom boja proti týmto sociálno-patologickým javom je prevencia“. Formy a intenzita tohto správania sú veľmi rozmanité a dejú sa najčastejšie mimo dosahu dospelých. Jeho rozpoznanie a dôkladné zmapovanie je dôležité pre prípravu účinných preventívnych a intervenčných programov zameraných na vytváranie bezpečného prostredia v školách čo je predmetom nášho príspevku.

#### **AGRESIA A AGRESIVITA**

*„Agresívne správanie ľudí odlišuje od iných foriem sociálneho správania zámerné spôsobenie negatívnych dôsledkov nejakej osobe alebo skupine osôb. O agresii hovoríme, keď niekto úmyselne, naschvál ubližuje niekomu, alebo sa ho snaží poškodiť. Nie je pritom dôležité, či k ublíženiu skutočne dôjde alebo došlo, ale či je výsledkom zámerného,*

*cielavedomého správania. V prípade agresie teda musí ísť o ublíženie, spôsobené správaním nejakej osoby, ktoré bolo vykonané zámerné.“* (Lovaš, 2010, s.12).

Agresia je spätá na jednej strane s násilím a na strane druhej s donucovaním a mocenstvom. Agresia a agresívne správanie môže mať pestrú a rôznu podobu. Podľa nemeckého pedagóga Winkela (In Határ, 2004) poznáme päť perspektív detskej a mládežníckej agresie:

- *Agresia – ako forma hry*, pričom cieľom dieťaťa je len preveriť si svoje vlastné sily alebo preklenúť skrátka radosť víťazstva. Rodí sa tu však počiatok nebezpečenstva, že z jednoduchej detskej hry resp. zábavy to môže prerásť až k záverečnému prejavu agresie a agresivity.
- *Agresia – ako obranný mechanizmus*, ktorým sa obeť bráni voči útočníkovi. Riziko môže spočívať aj v tom, že obeť sa bude brániť až tak, že útočníkovi (ktorý inicioval agresiu) vážne ublíži.
- *Agresia ako reakcia frustrovaného jedinca*. Dieťa hľadá kompenzáciu za svoj neúspech a urážku či potupu práve na slabších jedincoch. Táto agresia prezentuje určitý komplex inferiority agresora.
- *Agresia – ako forma zvedavosti*, ktorou sa chcú deti dozvedieť, kde je rozmedzie, čo si môžu dovoliť a čo je zakázané. Riziko spočíva v tom, že táto forma agresie môže prerásť až k egoistickému presadzovaniu svojej vlastnej moci. U tohto faktu by bolo dobré preventívne a jednoducho priblížiť pravidlá školského správania.
- *Agresia – ako nevhodná forma túžby po láske*. Dieťa sa snaží získať záujem, pozornosť okolitého prostredia, predovšetkým záporným správaním a konaním. Riziko spočíva v masochistickom uspokojení svojich potrieb, pričom agresor si to svoje konanie nevedomuje.

Agresia je naučená, ako väčšina ľudského správania. Človek sa správa agresívne, pretože sa naučil, že sa mu to vypláca. Malé deti už chápu tento proces, napr. ak sa zmocnia silou nejakého predmetu, vedia, že to môžu zopakovať znova výsledok bude rovnaký. Tento naučený jav funguje ako aj u človeka tak aj u psa a opice. Pre deti je veľmi dobrou „skúsenosťou“ ak je doma trestané, prípadne bezdôvodne týrané a vidí pritom uspokojenie rodičov ako svoju moc presadzujú. (Janošová, Ríčan, 2010).



Janošová, Ríčan definujú (2010, s. 40) „*ak dopustíme, aby malo dieťa úspech so svojim agresívnym správaním, vytvorí si mnoho agresívnych scenárov. Ďalšie scenáre si vytvára podľa toho, čo vidí okolo seba, hlavne v rodine, ale rovnako tak aj v škole a v televízii, pred ktorou trávi aj niekoľko hodín denne. Svoje scenáre si dieťa stále precvičuje, jednak keď sa podľa nich riadi v praktickom živote, jednak v hre a vo fantáziách.*“

Agresiu chápeme ako prejav správania, ktorý má za cieľ ublížiť niekomu alebo mu uškodiť. Z behaviorálneho hľadiska sa dá za agresiu taktiež považovať vedomé zámerné násilné obmedzovanie slobody. Špurný (1996, s. 17) konkretizuje definíciu agresie ako „*deštruktívne správanie smerujúce k fyzickému, slovnému(urážka, ohováranie) alebo symbolickému (pomocou gest) útoku proti inému jedincovi(predmetu).*“

Matějček (1983) uvádza, že detská agresia je nahromadenie energií v detskom organizme, ktorá sa uvoľňuje nesocializovane. Ako druhý zdroj uvádza úzkosť dieťaťa, napätie a v neposlednej rade aj neistotu. Tretí najzávažnejší faktor agresívnych prejavov detí je citová deprivácia. Jednou z dôležitých úloh počas detstva je naučiť sa kedy a proti komu byť agresívny. Keď je dieťa väčšie, začne si uvedomovať potrebu spomaliť agresiu, aj keď nie je riziková, čo môžeme vnímať ako skrývanie agresívnych tendencií za určitých podmienok.

Veľmi zaujímavý pohľad na agresivitu vymedzil Ranschburg kde ju charakterizoval ako reaktívny pud, „*ktorý sa zameriava na uchovanie druhu. Tento pud isté podnety alebo súhrn podnetov dedične a zákonite vyvoláva a iné podnety, takisto dedične a zákonite zastavujú. Hnev nie je následkom frustrovaného agresívneho činu, ale jeho priamou príčinou a motívom. Hnev vzniká vtedy, ak je znemožnená otvorená agresívna činnosť.*“ (Ranschburg, 1982, s. 87-89).

Hunyadiová zdôrazňuje, že vplyv na agresivitu detí má predovšetkým vzťah medzi rodičmi a deťmi, ktoré sú dôležitým činiteľom vývoja celkovej sociálnej adaptability dieťaťa v školskom prostredí. Dnes sa už dokázalo, že negativizujúce momenty rodinného života nepriaznivo ovplyvňujú celkový vývin dieťaťa a premietajú sa do vzťahov s okolím. (Hunyadiová, 2013).

„Agresivita – útočnosť, postoj alebo vnútorná pohotovosť k agresii. V širšom slova zmysle sa takto označuje schopnosť organizmu mobilizovať sily k zápasu o dosiahnutie nejakého cieľa a schopnosť vzdorovať ťažkostiam.“(Martínek, 2009).

Lovaš (2010, s.12) poukazuje, že „*základný rozdiel medzi agresiou a agresivitou je teda v tom, že agresia je uskutočnený čin alebo prebieha-*

*júce správanie zjavne smerujúce k ublíženiu, zatiaľ čo agresivita sa v správaní nemusí prejaviť.“*

#### **KLASIFIKÁCIA AGRESIE A AGRESÍVNEHO SPRÁVANIA**

Z hľadiska smeru vonkajšieho prejavu:

- *Autoagresia*: človek si ju spôsobuje sám, najčastejšie ide o seba poškodzovanie a motívom býva upútať na seba pozornosť.
- *Heteroagresia*: je zameraná na iných ľudí resp. na iné veci, či už hmotné alebo nehmotné.

Z hľadiska spôsobu realizácie:

- *Verbálna agresia*: typické je posmievanie sa, vtípkovanie, vulgárne výrazy voči inej osobe, je tu výrazný útočný slovný prejav.
- *Brachiálna agresia*: prejavuje sa fyzicko-násilníckym správaním detského agresora.

Z hľadiska uskutočnenia cieľa:

- *Benígna agresia*: je charakteristická biologicko-adaptačným konaním, pri ktorom sa človek snaží zachovať si život. Najviac sa prejavuje pri ohrození života. V podstate sa jedná o formu obrannej agresie.
- *Malígna agresia*: jej znakmi sú krutosť, deštruktívne správanie, zloba atď. Agresor má neraz potešenie z toho, že vykonáva sociálne delikty.
- *Pseudoagresia*: v tomto prípade sa jedná o náhodnú a neúmyselnú agresiu.
- *Agresia bez motivácie*: agresor ubližuje bezdôvodne a to robí to pre svoju radosť, hlavnou príčinou tohto správania je najčastejšie zle organizovaný čas, ktorí vyústi do nudy a nuda do agresie. (Határ, 2007).

#### **AGRESOR A OBEŤ**

Účastníkmi šikanovania sú agresor a jeho obeť. Podľa Elliotta a Killpatricka (1994) poznáme dva typy agresorov:

- *príležitostný agresor* – tieto deti potrebujú striktné a pevné pravidlá a mali by poznať dôsledky svojho konania, či činov.
- *chronický agresor* – u týchto detí je veľmi zložitá zmeniť ich správanie. Bez intenzívnej pomoci sa budú dopúšťať trestnoprávnej činnosti a spôsobovať problémy svojmu okoliu.

Hroncová (In Dědová, 2010, s. 132) agresora definuje nasledovne: „Agresor je iniciátorom šikanovania, a tiež jeho aktívnym účastníkom. Je to človek, pre ktorého je typická túžba dominovať, ovládať druhých, bez-

*ohľadne sa presadzovať. Agresori obyčajne vedia svoj strach skrývať a zneužívať strach iných. Otvorené násilie považujú agresori za normálny prostriedok uspokojenia svojej silnej potreby dominovať.“*

Odborníci zaoberajúci sa šikanovaním sa zhodujú v názore, že agresivita sa vytvára už v prvých rokoch života. Určitú úlohu tu zastupuje temperament a to najmä popudlivosť a impulzivnosť. Jedinec svoje silné popudy ovláda veľmi nedostatočné a vedú tak k náhlemu a nepremyslenému jednaniu. Má menšiu citlivosť k možným dôsledkom svojho správania (Říčan, 1995).

Buda (2004) uvádza, že agresorom sa nestáva človek z hodiny na hodinu, jedná sa o dlhotrvajúci vývoj. Podľa názoru mnohých vzniká vízia, že agresori sú nepopulárne, hrubé, neotesané a násilnicke deti zle situovaných rodín, ktoré utláčajú ostatných. Tento rozšírený a všeobecne uznávaný názor však nepodporujú medzinárodné výskumy. Je pravdou, že agresori sú často impulzívni a ich sebaovládanie je slabšie než sebaovládanie priemerného človeka, hoci je to dosť nečakané a prekvapivé, často sú agresormi jedinci z dobre situovaných, ucelených a dobre postavených rodín. Z toho vyplýva, že deti z usporiadaných a dobre situovaných rodín sa tiež môžu stať šikanujúcimi útočníkmi. Tyranom sa môže stať človek v akomkoľvek veku.

Už spomínaný autor Buda (2005) dopĺňa, že dôležitou spoločnou vlastnosťou, či črtou agresorov je moc nad ostatnými a zaobchádzanie s nimi. Túžia a bažia po moci a môžeme povedať, že spoločenský život je pre nich ako bojové pole a oni musia byť stále v boji kvôli dominantnosti a moci. Dominovanie nad ostatnými spôsobuje pre agresorov určitý druh pôžitku, radosti a rozkoše, ale nesmú pri tom prísť o vážnosť, sebaistotu, nadvládu a dominanciu. Šikanujúci útočník je nezriedka egoistický, krutý, egocentrický, bezohľadne presadzuje svoje názory a má skúsenosti s telesnými trestami.

Pokiaľ sa jedná o fyzickú stránku agresora, ide prevažne o jedinca telesne zdatného ale nemusí to byť pravidlom. Mnoho krát sú to slabé, ale čo stojí za povšimnutie inteligentné deti. Ich inteligencia je prepojená s bezohľadnosťou a krutosťou, čím sa snažia vyvážiť nedostatok telesnej sily. Iniciátor šikanovania môže k svojmu zámeru získať skupinu, proti ktorej prevahe a početnosti je obeť bezmocná. Sú prípady keď agresor organizuje šikanovanie tak premyslene a bez samotného fyzického kontaktu so šikanovaným (Holeček, 1997).

Za agresora môžeme považovať aj takzvaného donášača. Je to jednotlivec, ktorý si „*kryje svoj chrbát*“. Teda nie je iniciátorom šikanovania, ale pripojí sa, aby sa sám nestal obeťou.

Podľa Koláča (2001) môžeme pomenovať výskyt troch typov agresorov:

1. *typ*- je hrubý, primitívny, impulzívny so silným energetickým pretlakom, s výchovnými problémami – narušeným vzťahom k autorite, niekedy zapojený do klanu páchajúceho trestnú činnosť.
2. *typ*- je často veľmi slušný, kultivovaný, narcisticky šľachtený, úzkostný, niekedy so sadistickými tendenciami v sexuálnom zmysle.
3. *typ*- „*Srandista*“, optimistický, dobrodružný, so značnou seba dôverou, výrečný, väčšinou obľúbený a vplyvný.

K porovnaniu môžeme uviesť pohľad Řičana a Jánošovej (2010), ktorí vymedzujú 3 hlavné typy agresorov:

1. „*hrubián*“ - hrubý, primitívny, impulzívny - narušený vzťah k autorite, osobná skúsenosť s domácim násilím a krutými telesnými trestami, zapojuje sa do skupín páchajúcich trestné činy.
2. „*slušňák*“ - slušný, kultivovaný, úzkostlivý - sadistické tendencie so sexuálnym tónom, prísna rodinná výchova bez prejavov lásky a záujmu (tzv. vojenský dril).
3. „*srandista*“ - optimistický, dobrodružný, obľúbený - šikanuje kvôli pobaveniu, absencia duchovných a mravných hodnôt, zábavný „*bavič*“.

Typické pre šikanujúci deti je túžba dominovať, manipulovať s druhými a bezohľadne sa presadzovanie samého seba. Majú sklony vidieť agresiu aj tam, kde žiadna nie je. Ublížovať druhým sa pre ne nestáva radosťou a uspokojením (Řičan, 1995).

Agresori bývajú ľudia v akomkoľvek veku, akejkolvek konštitúcie a výšky a akejkolvek národnosti. Môžu byť chudobní i bohatí, vzdelaní i zaostalí, môže to byť rovnako muž i žena. (Dědová, 2010).

Webster-Doyle (2002) poukazuje na štyri základné charakteristiky, ktoré napomáhajú k identifikácii agresorov. Patria k nim:

- výraz tváre – zlostní, panovační, zamračení, tvrdí, zlí, chladní,
- reč tela – prejavy sily alebo hrozby, hrubé gestá prstov, vypnutý hrudník, ruky vbok, sebaistá chôdza,
- slovný prejav – používanie slov, ktoré sú útočné, zlé, ktoré deštruisia, urážajú, uvádzajú do rozpakov,

- správanie – rezervovanosť, prejavy nepriateľstva, násilné činy, hrozby.

## OBEŤ

Ako uvádza Goldmanová (1996) byť obeťou šikanovania, to nie je len to, že obeť musí znášať fyzickú bolesť, trpieť nadávky a urážky a čo viac denne sa pri ceste do školy prežívať strach triasť, čo si na nás dneska zase vymyslí. Za následok to môže mať to, že vám klesne sebavedomie a vy sami o sebe začnete mať pochybnosti. Budete pociťovať, že robíte hanbu svojej rodine a jednou y možností je aj to, že začnete preklínať ostatných zato, že vám nie sú nápomocní.

Veľmi zaujímavý a hodnotný pohľad na obeť uvádza Lovasová (2006) kde poukazuje na rodinné zázemie, kde sa preukázalo, že väčšina obetí má rodičov, ktorí sú veľmi úzkostliví a majú prehnane starostlivú povahu. Do tejto skupiny môžeme začleniť mamičky, ktoré majú neustále strach o svoje dieťa, žijú v prehnaných obavách o svoje dieťa, príliš ich kontrolujú, obmedzujú a tým sa ďaleko viac prehlbuje ich nesamostatnosť a citová závislosť.

Ako ďalej dopĺňa Lovasová (2006) špeciálnym prípadom sú jedinci pochádzajúci z prostredia s tzv. „*spartánskou*“ výchovou, sú tu zjavné charakterové vlastnosti tyrana a týraného. Obeť celkom úmyselne, zámerne provokuje agresora a výsledné šikanovanie je jeho cieľom. „*Situace se však někdy stává nepřehlednou, zvlášt' pokud je oběť zároveň i agresorem (např. neoblíbený žák – sám často šikanován, se připojí k šikaně dalšího žáka, aby si získal popularitu).*“ (Lovasová, 2006, s. 13 - 14)

## TYPOLÓGIA OBEŤÍ

Kolár (2001, s. 89) charakterizuje niektoré typy pre praktické potreby:

1. obeť „*slabé*“ s telesným a psychickým handicapom,
2. obeť „*silné*“ a náhodné,
3. obeť „*deviantné*“ a nekonformní,
4. šikanovaní žiaci s životným scenárom obetí.

Pre lepšie pochopenie a dokreslenie je vhodné aby sme doplnili ďalší pohľad a to typológiou Bendla (2003), ktorý ich kategorizoval takto:

- *Pasívne obeť* - ide o deti bojzlivé, opatrné, uzavreté do seba, ktoré sú fyzicky slabé a nemajú dostatok zručností a sebadôvery, aby sa sami ubránili.

- *Provokujúce obeť* – provokujú naschvál a negatívne reakcie u ostatných detí podceňujú. ostatným sa vysmieávajú a keď im to druhí odplácajú, hneď sa sťažujú.
- *Účelové obeť* - tieto deti berú na seba rolu obeť pre uznanie a popularitu druhých. Často sa dostávajú do úlohy "triedneho šaša", aby nemali problémy s prijatím do skupiny.
- *Falošné obeť* - táto skupina detí sa prehnane sťažuje na ostatných a zvyčajne svoje správanie smerujú k získaniu pozornosti.

Charakterizovať dieťa, ktorá sa stáva obeťou agresora je veľmi ťažké. Každá skupina agresorov má iné podmienky výberu obeť. Niekedy je výber náhodný.

Sejčová (2010, s.152) dodáva k hore uvedenému, že rozpoznávame 2 typy obeť a to:

- *„Typická obeť – bojazlivá, neistá, s nedostatkom sebavedomia, citlivá až precitlivená. Jej reakciou je plač, ústup, uzatváranie sa do seba. Takýto jedinec sa často hodnotí ako neschopný, považuje sa za hlúpeho, trpí pocitom osamelosti, násilie je mu cudzie.*
- *Provokujúca obeť – skrýva v sebe kombináciu úzkostných i agresívnych vzorcov správania, ktoré vyvolávajú hnev alebo napätie okolia. Spoluziakov provokuje, vyvoláva negatívne reakcie v triede. Po prekročení istej hranice sa takýto jedinec stáva obeťou šikanovania.*“

## ŠIKANOVANIE

Mnohí z nás dospelých, ale i detí si pod pojmom šikanovanie predstavujú len rôzne formy fyzického násillia. No musíme si uvedomiť, že šikanovanie predstavuje i psychické násillie v slovnej forme, ako napr. nadávky a zosmiešňovanie i v nepriamej forme, ako napr. vylúčenie zo spoločnosti. Pre šikanovanie je charakteristické, že ide o asymetrickú agresiu, pri ktorej sa obeť nedokáže alebo nemôže účinne brániť. Ďalším typickým znakom je, že agresia tohto druhu býva samoučelná a jej jediným cieľom je nejakým spôsobom ublížiť obeť. Jedným z kľúčových prvkov kvalifikovania nejakého správania ako šikanovania je akt zámerného, fyzického i psychického ublíženia, poškodenia, ako i opakovanie šikanujúceho správania. Podstatným nie je samotné správanie, ale úmysel, s akým bolo správanie vykonané.

*„Šikanovanie môžeme definovať ako ponižujúce správanie jednotlivca alebo skupiny voči slabšiemu jedincovi, ktorý sa nemôže tejto situácii vyhnúť a nie je schopný sa jej účinne brániť. Ide o závažnú agresívnu poruchu správania, pri ktorej dochádza k porušovaniu sociálnych noriem*

*spojených s násilným obmedzovaním základných ľudských práv. Toto agresívne správanie môžeme vysvetliť ako prostriedok na uspokojenie potreby, v ktorého ceste stoja nejaké prekážky, napr. sebakpresadenie, získanie niečoho žiaduceho.*“ (Střelec, 2004).

Z dôvodu vymedzenia rozdielu, čo je a čo nie je šikanovanie, je potrebné venovať dostatočnú pozornosť jej definícii. Slovo pochádza z francúzskeho „chicane“. Šturma (2001) sa vyjadruje o tomto pomenovaní ako „*škaredo sa vysmievať aj podvádzať pri hre – snád' vzniklo prepojením dvoch výrazov - chic a ricaneur.*“ (Šturma, 2001, s. 5) Niektoré pomenovania sa v rôznych jazykoch mierne odlišujú, ako napríklad z anglického jazyka „chicane, chicanery“ alebo „bullying“, nemecky sa píše „die Schikane“, ale v podstate sa jedná o ten istý jav.

Kolář (2005) ako najuznávanejších odborník súčasnosti vníma na šikanovanie takto: „*Jeden alebo viac žiakovi úmyselne, väčšinou opakovane týra a zotročuje spolužiaka či spolužiakmi a používa k tomu agresiu a manipuláciu.*“ (Kolář, 2005, s. 27).

Etymologický pôvod pojmu šikanovanie definuje tiež jeden z najuznávanejších odborníkov Řičan a Janošová takto: „*Šikanovanie je ubližovanie niekomu, kto sa nemôže a nedokáže brániť. Zvyčajne rozprávame o šikanovaní vtedy, keď ide o opakované jednanie. Vo veľmi závažných prípadoch označujeme za šikanovanie i jednorazové konanie s hrozbou opakovania.*“ (Řičan, Janošová, 2010, s. 21).

„*Pod pojmom šikanovanie medzi deťmi rozumieme široký okruh chovania dieťaťa alebo skupiny detí s cieľom ohroziť, zastrašiť, ponižiť alebo inak ublížiť inému dieťaťu alebo skupine detí. Šikanovanie zahrňuje slovné ponižovanie, nadávanie a neustále kritizovanie, výsmech, hrubé vtípkovanie, vydieranie, obmedzovanie slobody, pohrdanie, poškodzovanie odevu a osobných vecí, tesné napadanie.*“ (Pöthe, 1999, s. 140).

Fieldová (2007) definuje šikanovanie ako „*psychické, citové, spoločenské alebo fyzické zneužívanie. Kľúčovým rysom do popredia vystupuje vnímanie situácie, čo pre obeť znamená, že sa v tej chvíli cíti bezmocná a bezradná bez možnosti úniku.*“ (Fieldová, 2007, s. 24)

Aktéri šikanovania tak znižujú sebaúctu a tým aj sebahodnotu dieťaťa, ktorá výrazne zasahuje do jeho integrity. (Hunyadiová, 1012)

Bendl (2003) vidí v súčasnosti trochu posunutý zmysel slova šikanovanie. Často je spojovaný s armádnym prostredím, internátni súžitím, prácou ale čo je najsmutnejšie práve so základnými školami. Radí ho medzi patologické formy medziľudského súžitia. „*Predstavujeme formu*

*agresívneho násillia a tzv. psychotraumatizáciu v skupine, je jednou z foriem syndrómu CAN(Child Abuse and Neglect), chovaním, ktoré môže charakterizovať ako asociálne. Jedná sa o agresívne jednanie, pomocou ktorého si šikanujúci spôsobovaním fyzických alebo psychických útrap zjednáva či udržuje prevahu nad svojou obeťou. Cieľom agresora je získať nad druhými osobami pocit prevahy, moci, určitej výhody.“ (Bendl, 2003, s. 26).*

## **DRUHY, PRÍZNAKY A FORMY ŠIKANOVANIA**

### **Druhy šikanovania**

#### *Krátkodobé šikanovanie*

Medzi situácie, ktoré môžu priviesť dieťa k snahe a odreagovaniu sa od nepríjemnej reality práve k šikanovaniu ostatných patrí rozvod rodičov, nový prírastok do rodiny, úmrtie príbuzného, priateľa, či obľúbeného zvieratka, nuda, frustrácia to všetko patrí medzi krátkodobé formy šikanovania. Šikanovať môže aj žiak, ktorý už bol niekedy šikanovaný a týmto spôsobom sa chce pomstiť. (Eliottová, 2000, s. 85)

#### *Dlhodobé šikanovanie*

Žiaci, ktorí dlhodobo šikanujú majú spoločnú potrebu vyniknúť nad ostatnými. Deti, ktoré sú vychovávané v atmosfére lásky v sebe necítia potrebu ponížovať ostatných, avšak deti, ktoré nie sú takto vychovávané sa nedokážu vyrovnáť s prejavmi jemnosti a známky slabosti a zraniteľnosti znamenajú niečo, čo sa v ich rodinách nikdy netolerovalo.

### **Príznačky šikanovania**

Je nutné aby sme si pri riešení problematiky šikanovania všimli rôzne varovné signály - priame alebo nepriame znaky na rôzne typy, formy a prejavy šikanovania. Najčastejšími miestami pre realizáciu šikanovania sú uzavreté priestory, kedy obeť nemá kam uniknúť, alebo miesta kde obeť ho nie je vidno a v prípade žiadania o pomoc by ju nikto nepočul. Opakovanými miestami šikanovania sa stávajú napríklad šatne, toalety, skrine, skryté zákutia chodby, jedáleň, školské dvory a pozemky alebo často krát aj cesty zo školy a neďaleké parky. ([www.prevensiasikanovania.sk](http://www.prevensiasikanovania.sk))

Príznačky šikanovania sa prejavujú rôznym spôsobom. Jedná sa o:

- úmyselné psychické, či fyzické ublíženie druhému,
- opakovanú agresiu jedného žiaka alebo skupiny žiakov,
- pomer síl medzi agresorom a obeťou je značne nevyrovnaný.

Šikanovanie sa prejavuje v priamej podobe: fyzickými útokmi, urážlivými prezývkami, nadávkami, posmechom, tvrdými príkazmi agresora



vykonať určitú vec proti vôli obeť, odcudzením vecí a pod. Šikanovanie sa môže prejavovať i v nepriamej podobe, napr. prehliadaním a ignorovaním obeť. (Metodické usmernenie č.7/2006-R)

### Formy a signály šikanovania

Vašutová (2008) a Kolár (2001) uvádzajú, že v praxi sa stretávame s týmito tromi skupinami šikanovania:

- *Priama a nepriama,*
- *fyzická a verbálna agresia,*
- *aktívny a pasívny nátlak.*

Kombináciou týchto skupín vzniká 8 typov šikanovania:

1. *Šikanovanie fyzické, priame, aktívne:* štípanie, fackovanie, bitie, škrtenie, kopanie, ťahanie za vlasy, pľuvanie, sexuálne obťažovanie a pod.,
2. *Šikanovanie fyzické, priame, pasívne:* aktívne bránenie obeť v uspokojovaní potrieb či dosahovaní cieľov. Napríklad: agresor drží obeť, aby nemohla ísť na záchod, jesť, piť, spať, napísať si domácu úlohu, učiť sa, čítať si časopis či knihu.,
3. *Šikanovanie fyzické, nepriame, aktívne:* útoky sú smerované mimo osobu obeť, napr. na ich osobné veci. Patrí sem zapalovanie oblečenia, popísanie či roztrhanie zošita, lámanie písacích potrieb, vkladanie nejedlých predmetov do desiaty a pod.,
4. *Šikanovanie fyzické, nepriame pasívne:* agresor predstavuje prekážku, kvôli ktorej nemôže obeť uspokojiť svoju potrebu, alebo dosiahnuť svoj cieľ. Postaví sa do dverí tak, aby obeť nemohla prejsť (do jedálne, na záchod, do izby),,
5. *Šikanovanie verbálne, priame, aktívny:* ponižovanie, nadávanie, vyhrážanie, zosmiešňovanie, poskytnutie zámerne mylných informácií a pod.,
6. *Šikanovanie verbálne, priame, pasívne:* neodpovedať na otázku, pozdrav a pod.,
7. *Šikanovanie verbálne, nepriame, aktívne:* ohováranie, písanie ponižujúcich alebo zosmiešňujúce nápisov na verejné miesta, kreslenie zosmiešňujúcich či výhražných kresieb so sexuálnou tematikou.,
8. *Šikanovania verbálne, nepriame, pasívne:* obeť sa nikto slovné nezastane, je na ňu pred autoritami zvaľovaná vina za niečo, čo urobil agresor a pod.

Bendl (2003) sa o členení prejavov šikanovaním vyjadril na základe rôznych kritérií. Podľa jeho definície môžeme klasifikovať delenie podľa "Viditeľnosť", Miera nutnej aktivity obete a "zdroja", respektíve formy útoku. (Bendl, 2003, s. 27)

Kolář (2005) uvádza prejavy, ktoré môžu mať vzťah k šikanovanie a signalizovať skryté volanie o pomoc:

#### *Podozrivé prejavy*

- dieťa nenavštevuje doma žiaden spolužiak, vyzerá to tak, že nemá žiadnych kamarátov,
- dieťa je vystrašené, smutné miestami až depresívne, nehovorí o tom, čo sa deje v škole,
- zle zaspáva, má poruchy spánku, snívajú sa mu hrôzostrašné sny,
- dôjde k výraznému zhoršeniu prospechu, je nesústredené, bez záujmu niečo vykonávať,
- často ho pred odchodom do školy alebo po príchode pobolieva hlava, brucho a pod.,
- dieťa často navštevuje lekárov, znenazdajky sa objaví neospravedlnená absencia,
- dieťa chodí do školy alebo zo školy okľukami,
- prichádza domu s potrhaným oblečením, poškodenými školskými pomôckami alebo bez nich,
- často mu nevychádza vreckové, stráca ho, pýta si ďalšie peniaze,
- dieťa prichádza domu vyhladované, aj keď dostáva desiaty a obedy,
- nedokáže vysvetliť svoje zranenia - "monokel", odreniny, modriny, ľahký otras mozgu, narazenú alebo zlomenú kosť, popáleniny a pod,
- vyhráža samovraždou, alebo sa o ňu dokonca pokúšalo.

Na dokreslenie Kolář (2005, s. 165) píše „*keď som sa opýtal jedného uplakaného chlapčeka, prečo o svojom trápení nepovedal rodičom, odpovedal: „Ja neviem. Keď prídem domov, tak sa na to snažím zabudnúť. A dúfam, že to bude lepšie. Snažím sa na to nemyslieť.“*

Vonkajší pohľad šikanovania nám umožňuje zachytiť alarmujúce alebo nepriamo varujúce signály k rýchlemu posúdeniu situácie. Podsta-

tu je oprieť sa o najnápadnejšie zreteľné prejavy násilia a posúdiť, či sú prítomné významné znaky šikanovania: nepomer síl, opakovanie, zámernosť. (Kolář, 2001).

### PREVENCIA ŠIKANOVANIA

Najúčinnejším a najefektívnejším spôsobom boja proti šikanovaniu predstavuje zapojenie celej školy do preventívneho programu, ktorý je „šitý“ na mieru. Pomocou podpory inštitúcií a pedagogicko-psychologických poradní si dokáže škola vytvoriť svoj vlastný program, ktorý jej najviac vyhovuje. Uskutočňuje sa pomocou konferencií, pravidelných diskusií medzi jednotlivými triedami, stretnutí s rodičmi, atď. Napriek poskytnutej pomoci sa niektoré školy stále nepriznávajú k šikanovaniu. Väčšinou je to z obáv o dobré meno školy, ale niekedy o šikanovaní skutočne nevedia. „*Prvým krokom k riešeniu šikanovania v školách je pripustenie si možnosti jej existencie.*“ (Bendl, 2003, s. 87).

Stejskal (2009) definuje prevenciu proti šikanovaniu ako súboj s negatívnym javom, ktorý je dlhodobou záležitosťou a zahŕňa sústavnú spoluprácu nielen učiteľov ale aj rodičov. Najrelevantnejším faktorom pri prevencii šikanovania sa považuje výchovné klíma školy a klíma triedy. Za školské klíma nepovažujeme len pekne vymaľované steny, vybavené učebne a vyzdobené triedy ale aj sociálne prostredie a atmosféru v triedach. Osobnosť učiteľa je do nemalej miery odrazom klímy v triede. Ak sa žiaci na učiteľa tešia a chodia radi do školy, tak sa im aj lepšie učí a vzniká menej konfliktov. Správny pedagóg by mal dbať na individuálne vlastnosti každého žiaka, vedieť ich aj rozoznávať, nikdy nezosmiešňovať a neponižovať žiakov. Učiteľ by si mal dávať pozor na svoje gestá, mimiku, slová správanie a prejavy, lebo on je práve ten, ktorý dáva žiakom vzor a oni ho buď prijímajú alebo odmietajú. Dá sa predpokladať, že autoritatívna osobnosť učiteľov dokáže vykázať násilie a nepriateľstvo zo škôl a neposkytne miesto pre šikanovanie a agresivitu.

Bendl (2003) delí typy prevencií nasledovne:

#### 1. Primárna prevencia

Uplatňuje sa v prípadoch ak ešte k šikanovaniu nedošlo. Je dôležité informovať deti, rodičov ale aj verejnosť o šikanovaní, o rôznych preventívnych aktivitách a akciách. Najlepšou prevenciou je budovanie kamarátskych a otvorených vzťahov medzi žiakmi v školskom prostredí. Výrazne tomu môže pomôcť školská rada/parlament/senát, ktorý sa bude venovať tejto problematike.

## 2. Sekundárna prevencia

Nasleduje vtedy ak už k šikanovaniu došlo a kde sa musia uplatniť také nástroje, ktoré vedú k náprave aby sa tento problém už neopakoval. Nachádza sa tu diagnostika, pedagogické opatrenia, výchovná práca s agresormi a pod.

## 3. Terciárna prevencia

Neexistujú nejaké osvedčené praktiky ohľadom terciárnej prevencie šikanovania. Školy na to nie sú pripravené, v prípadoch obetí je neraz potrebná dlhodobejšia odborná starostlivosť pri pokročilom štádiu šikanovania.

Kolář (2011, s. 263) pre ucelený pohľad na prevenciu dopĺňa schému prevencie šikanovania.

- Pedagogická komunita, ktorá posilňuje imunitu školských skupín a celých škôl proti šikanovaniu.
- Špecifický program proti šikanovaniu ako čiastková súčasť školskej komunity, ktorý dokáže prípadnú chorobu skoro rozpoznať a účinne liečiť.
- Odborné služby rezortu školstva tvorené pedagogicko-psychologickými poradňami, diagnostickými ústavmi a pod. Ich úlohou je riešiť pokročilé štádia šikanovania a poskytovať prevenciu.
- Spolupráca škôl s odborníkmi z iných rezortov a s neštátnymi organizáciami, ktoré sa zaoberajú prevenciou šikanovania. Jedná sa o detských psychiatrov, kurátorov a pod.
- Podpora ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu a VUC pri vytváraní prevencie šikanovania.
  - Kontrola škôl zo strany Slovenskej školskej inšpekcie, MŠVVŠ a VUC ako sú školy pripravené ochrániť žiakov pred šikanovaním. Monitorovanie situácie a zabezpečovanie ochrany práv detí nevládnymi organizáciami.

## **POSTUP PRI ODHALOVANÍ ŠIKANOVANIA**

Gajdošová a Herenyiová (2006) uvádzajú 5 krokov k odhaleniu šikanovania:

1. krok – Rozhovory s informátormi, svedkami, obeťami a agresormi. Samozrejme s každým oddelene, aby nikto z nich nevedel, čo kto povedal.
2. krok – Rozhovor so svedkami, ktorí boli ochotní pravdivo odpovedať.
3. krok - Individuálne konfrontačné rozhovory so svedkami.

4. krok – Zaisťovanie ochrany obeť, v pokročilejších štádiách šikanovania je potrebný dlhší pobyt doma prípadne zmena školy.
5. krok – Rozhovory s agresormi a ich konfrontácia. Agresorov je potrebné upozorniť čoho sa dopúšťali, aké to má následky, čo to môže spôsobiť. Neraz je potrebné použiť psychologický nátlak, pretože agresori majú tendenciu zapierať a klamať. Niekedy sa využívajú aj praktiky z kriminalistiky.

Pri rozhovore je dôležité zistiť fakty, ktoré poukazujú na šikanovanie. Ide o to hlavne zistiť závažnosť agresie a brutality medzi žiakmi. V prípade vážnej formy agresie už prebehla miernejšia forma šikanovania. Ak zistíme, že obeť trpí rôznymi úzkostnými poruchami, jedná sa o pokročilé šikanovanie. Veľmi dôležité je pri rozhovore zistiť ako dlho šikanovanie prebiehalo, všetko nad tri mesiace je považované za pokročilé štádium šikanovania. Neraz sa pri rozhovore zistí, že obeť je viac ako agresorov, čím viac je agresorov tým viac je skupina pod ich mocou. Významným poznatkom môžu byť postoje žiakov voči šikanovaniu, niektorí s ním sympatizujú príp. majú súhlasný postoj. V takýchto prípadoch ide o pokročilé štádium. (Kolář, 2011).

## ZÁVER

Zavádzanie opatrení, ktoré zamedzia šikanovanie, sa môžu nazývať preventívne opatrenia. Mnoho autorov a orgánov sa zaoberalo už touto problematikou a všetci súhlasili s tým, že zavedením prevencie sa dá eliminovať šikanovanie. Šikanovanie sa môže vyskytovať v rôznych podobách, na rôznych miestach a v rôznych kolektívoch.

Spoločnosť tejto doby, zlá formulácia medziľudských vzťahov sú všetko nepriamymi faktormi vzniku šikanovania. Školská klíma, v ktorej žiak trávi väčšinu svojho detstva, často krát dopĺňa alebo z časti nahradzuje rodinné prostredie. Šikanovanie je bolestným problémom nielen v školstve, ale aj v spoločnosti všeobecne. Nikdy nevieme, kedy sa s ním stretne ani v akej úlohe sa budeme nachádzať. Môžeme sa stať obeťou, ktorá bude potrebovať pomôcť, môžeme byť pomocnou rukou alebo len pozorovateľom.

Väčší záujem o problematiku šikanovania sa u nás objavil až počas minulých rokov. Predtým sa o šikanovaní nesmelo verejne hovoriť, rovnako ako o iných problémoch a javoch v spoločnosti. Dnes majú pedagógovia a ostatní výchovní pracovníci k dispozícii rôzne semináre, prednášky a iné akcie, ktoré ich naučia ako zvládať šikanovanie a ako ho riešiť. Je tu ale potrebné, aby si školy pripustili vážnosť tohto problému a snažili sa s tým niečo robiť. Nestačí si len problém pripustiť, aj keď to je začia-

tok, ale hlavne sa o neho zaujímať a pokúsiť sa ho riešiť. Existuje rad odborných publikácií, ktoré by sa mali stať neoddeliteľnou súčasťou teoretického vzdelávania každého učiteľa a výchovného pracovníka. Je pravda, že teória nie je všetko, dôležitejšia je prax. Je dôležité, aby sa pedagógovia, ale aj žiaci pozerali okolo seba, nezatvárali oči pred problémom šikanovania a šikanovaniu sa bránili. Len tak môžeme šikanovanie značne obmedziť. Každé dieťa má právo žiť v bezpečí a slobode, a nie ísť do školy s pocitom strachu a hrôzy. Keď pedagóg bude vedieť, ako šikanovanie odhaliť, čoho sa vyvarovať a ako postupovať pri riešení šikanovania, bude pre neho jednoduchšie všetko v praxi ľahšie riešiť, ako keď o probléme nebude vedieť nič. V takom prípade by mohol napáchať viac škody ako úžitku.

Šikanovanie ako vážna sociálno-patologická porucha vzťahov medzi rovesníkmi má mnoho rôznych podôb, a to od neustáleho verbálneho ponižovania, cez fyzické napadanie, bitky, strkanie až po ohováranie, odvrhovanie a iné psychologické formy tyranie. V dnešnej dobe sa čoraz viac stáva pravidlom, že bitky, ktoré boli kedysi výhradou chlapcov, sa dne objavujú už aj u dievčat. Najhoršou a taktiež aj zákonom postihnutelnou formou šikanovania je vydieranie, ktoré sa taktiež objavuje u čoraz mladších žiakov, je však ale postihnutelné ako trestný čin.

Prevenia šikanovania neznamená len šikanovaniu predchádzať, ale ho aj riešiť. Ak pomôžeme dieťaťu, aby sa vyrovnalo samo so sebou, získa potrebný pocit istoty a prestane zaujímať obranné postoje, ako sú únik alebo agresia. Väčšina z nás sme rodičmi, a preto nám musí ísť minimálne o naše deti. Preto je našou povinnosťou vystríhať ich pred konaním spoločensky negatívnych javov, ale zároveň ich chrániť, aby sa nestali ich obeťou. Dieťa musíme nasmerovať k tomu, aby dokázalo svoj život vidieť objektívne, vedelo sa vyrovnáť s prípadnými rozporuplnými pocitmi a zažilo úspech aj neúspech v prostredí konkurencie a vstúpilo do života s určitou sebadôverou. Len šťastné dieťa, ktoré žije v pohode a rado chodí do školy, sa môže dobre učiť.

## ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- BENDL, S. *Prevenca a řešení šikany ve škole*. Praha: ISV, 2003. 197 s. ISBN 80-86642-08-9.
- BUDA, M. 2004. Iskolai erőszak, iskolai zaklatás. *Fordulópont*. PONT, 2004, Zv. 41, 25 s. ISSN:1585-2474.
- BUDA, M. 2005. *Tehetünk ellene? A gyermeki agresszió*. Budapest: Dinasztia Tankönyvkiadó, 2005. 152 s. ISBN: 9636574000.

- BUJDOVÁ, N. 2015. ALTERNATIVE CARE IN SLOVAKIA. Lira print Ukraji-  
na. 2015. 156 s. ISBN 978-617-596-214-5.
- DĚDOVÁ, M. 2010. Hodnoty a prežívania zmyslu života u agresorov šikanova-  
nia. 1. vyd. Trnava: Filozofická fakulta Trnavskej univerzity, 2010. 185 s.  
ISBN 978-80-8082- 358-0.
- ELLIOTTOVÁ, Michele: Jak ochránit své dítě. Praha: PORTÁL, 2000. 153 s.  
ISBN 80-7178-419-2
- ELLIOT, M., KILLPATRICK, J.: How to stop bullying: A Kidscape training  
guide. London : Kidscape, 1994.
- FIELDOVÁ, E. M. 2009. *Jak se bránit šikaně*. Praha: Ikar, 2009. 306 s. ISBN 97-  
80-249-1176-2.
- GAJDOŠOVÁ, E., HERENYIOVÁ, G.: *Rozvíjení emoční inteligence žák*. Praha:  
Portál, 2006, 325 s. ISBN 80-7367-115-8.
- GOLDMANOVÁ, J. *Jak si nenechat ublížit*. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-  
090-1.
- HATÁR, C. 2004. *Terminologické poznatky k agresii a agresívnemu správaniu  
detí*. In: *Mládež a spoločnosť*, Bratislava, 2004. č. 1/2004, s.13-20.
- HATÁR, C.: *Agresia žiakov očami sociálneho pedagóga*. Nitra: Vydavateľstvo  
Michala Vaška, 2007, 99 s. ISBN 978-80-8094-103-1.
- HELMUT H. Erb. *Násilí ve škole a jak mu celit*. Praha: Amulet, 2000. 126 s.
- HOLECEK, V. *Agresivita a šikana mezi detmi*. Plzen: Pedagogické centrum,  
1997. 50s. ISBN 80-7020-004-9.
- HUNYADIOVÁ, S. 2014. Socioprávne zabezpečenie dieťaťa. Vydavníctvo Za-  
karpatska, Gagarina 42, Užgorod, Zakarpatska oblast', Ukrajin. 2014. s.283  
ISBN 978-80-971913-0-6
- HUNYADIOVÁ, S. 2012. Krízová intervencia v pomáhajúcich profesiách. Ústav  
sociálnych vied a zdravotníctva bl, P.P.Gojdiča Prešov. ISBN 978-80-8132-  
060-6
- SPURNÝ, J. 1996. *Psychologie násilí*. Praha: EUROUNION, s.r.o., 1996. 134 s.  
ISBN 80- 85858-30-4.
- RANSCHBURG, J. 1982. *Strach hnev agresivita*. Bratislava: SPN, 1982. 143 s.  
ISBN 67-313-82.
- ŘÍČAN, P., JANOŠOVÁ, P. 2010. *Jak na šikanu*. Praha: Grada Publishing, a.s.,  
2010. 155 s. ISBN 978-80-247-2991-6.
- ROSOVÁ, D. Prevencia šikanovania [online]. 13. 4. 2011 [cit. 2011-04-13].  
Šikanovanie v základných školách – možnosti prevencie. Dostupné z:  
<[http://www.prevenciasikanovania.sk/?mod=pedagogovia--teoria-sk--  
sikanovanie-v-zs- %E2%80%93-moznosti-prevencie](http://www.prevenciasikanovania.sk/?mod=pedagogovia--teoria-sk--sikanovanie-v-zs- %E2%80%93-moznosti-prevencie)>.
- SEJČOVÁ, L.: *Dieta ako obeť násilia*. Bratislava: Album, 2010, 210 s. ISBN  
978-80-969908-3-2.

- STEJSKAL, B. 2009. Šikana jako pedagogický a celospolečenský problém. In *Šikana jako etický, psychologický a pedagogický problém: Sborník příspěvků z konference Praha, 19. března 2009*. Philippová, Lenka; Janošová, Pavlína. Vydanie 1. Brno: Tribun EU, 2009. 270 strán. ISBN 978-80-7399-857-8.
- STŘELEČEK, S.: *Studie z teorie a metodiky výchovy*. Katedra pedagogiky pedagogické fakulty MU, Brno, 2004, 155 s. ISBN 80-86633-21-7.
- ŠTURMA, J. 2001. *Šikanování a šikanování jako pedagogický problém*. Hradec Králové: LÍP, 2001. 24 s. ISBN 80-902289-5-X.
- KOLÁŘ, M. *Bolest šikanování*. Praha: Portál, 2001. 256 s. ISBN 80-7178-513-X.
- KOLÁŘ, M. *Bolest šikanování*. Praha: Portál, 2005. 255 s. ISBN 80-7376-014-3.
- KOLÁŘ, M.: *Nová cesta k léčbě šikany*. Praha: Portál, 2011, 336 s. ISBN 978-80-7367-871-5.
- LOVAŠ, L.: *Agresia a Násilie*. Bratislava: IKAR, 2010, 197 s. ISBN 978-80-551-1752-2.
- LOVASOVÁ, L. *Šikana*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí v roce 2006. 28 s. ISBN 80-86991-65-2.
- MARTÍNEK, Z.: *Agresivita a kriminalita školní mládež*. Praha: Grada Publishing, 2009, 120 s. ISBN 978-80-247-2310-5.
- MATĚJČEK, C. 1983. *Řešení nebývá snadné*. Učitel'ské noviny, 1983. č. 21, s. 3.
- METODICKÉ USMERNENIE č.7/2006-R z 28.marca 2006 k prevencii a riešeniu šikanovania žiakov v školách a školských zariadeniach.
- VAŠUTOVÁ, M. *Agrese, agresivní chování, šikana*. Ostrava, 2008. 278 s. ISBN 978-80-7368-525-6.
- WEBSTER-DOYLE, T. 2002. Proč mě pořád někdo šikanuje? Praha: Pragma, 2002. 144 s. ISBN 80-7205-804-5.



**EDUKÁCIA A SOCIÁLNE PORADENSTVO  
PRE DIABETIKOV****EDUCATION AND SOCIAL COUNSELLING  
FOR DIABETICS**

*<sup>1</sup>Barkasi Daniela - <sup>2</sup>Štefanová Daniela*

<sup>1</sup> Detašované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku

<sup>2</sup> Neurologické oddelenie, SVET Zdravia Michalovce

**ABSTRAKT**

*Úvod:* V minulosti boli diabetici informovaní o svojom ochorení v ambulanciách svojich lekárov či už zo strany sestry alebo lekára. V súčasnej dobe je možné ľuďom s ochorením diabetes mellitus poskytnúť edukáciu a sociálne poradenstvo v centrách sociálneho poradenstva a edukácie pre diabetikov a tým zvýšiť kvalitu ich života. Prečo je dôležité zamerať pozornosť sociálnych pracovníkov na edukáciu a sociálne poradenstvo u diabetikov? Čo je predmetom edukácie a sociálneho poradenstva u diabetikov? Aké kompetencie by mal mať sociálny pracovník pracujúci s ľuďmi s ochorením diabetes mellitus a s akými znalosťami by mal disponovať? Na tieto otázky dávame odpoveď v našom príspevku.

*Jadro práce:* Sociálny pracovník edukátor poskytuje súbežne edukáciu a sociálne poradenstvo a tak zastáva i rolu tzv. zdravotného kouča, ktorý nelieči ale pomocou teoretických vedomostí a praktických skúseností vedie k aktívnemu mysleniu, citovej rovnováhe, dosahovaniu duševnej a telesnej vyrovnanosti, realizácií fyzickej aktivity a realizácií selfmonitingu. Edukačný proces je v diabetológii reprezentovaný štyrmi krokmi: posudzovanie, plánovanie, implementácia a vyhodnotenie. Medzi najčastejšie a najefektívnejšie používané a realizované druhy edukácie diabetikov zaraďujeme základnú, komplexnú, špecializovanú, reedukačnú, cieľenú a špeciálnu edukáciu. Základné i špecializované sociálne poradenstvo pre diabetikov vykonáva sociálny pracovník, ktorý pôsobí najmä pri aktívnej integrácii do spoločnosti, predchádzaní vzniku sociálneho vylúčenia z dôvodu choroby a ťažkého zdravotného postihnutia a nepriaznivej sociálnej situácie. Aktívne pôsobí pri komplexnom riešení ďalších sociálnych problémov, vplyva na dosiahnutie sociálnej spravodlivosti, vychováva k schopnosti pomôcť si sám a k zodpovednosti za svoje konanie zlepšením sociálnych vzťahov v sociálnom prostredí.

*Záver:* Diabetes mellitus je ochorenie, ktoré do značnej miery ovplyvňuje život klienta, hlavne jeho kvalitu. Edukácia a sociálne poradenstvo by malo byť celoživotnou záležitosťou každého diabetika, pretože len včasná edukácia a sociálne poradenstvo môže minimalizovať možné komplikácie spojené s týmto ochorením a tým zvýšiť kvalitu života diabetika. Najpodstatnejšie je naučiť človeka s týmto ochorením žiť a prispieť k tomu, aby došlo k zmene správania diabetikov a slovo musím sa zmenilo na slovo chcem.

**KLÚČOVÉ SLOVÁ:** Diabetes mellitus. Edukácia. Sociálne poradenstvo. Kvalita života.

### **ABSTRACT**

*Introduction:* In the past, diabetics were informed about their disease from their general practitioner or the nurse. At the present, it is possible to provide education and social counselling to people with diabetes mellitus and improve the quality of life. Why is the education and counselling for diabetics important? What is the purpose of education and counselling for diabetics? What competencies should the social worker working with people with diabetes mellitus have? What knowledge should the social worker have? The answers for these questions are in this article.

*Gist:* Social worker – educator provides education together with social counselling so that way he covers the role of health coach, who doesn't cure, but through the theory, knowledge and experience, leads to positive thinking, emotional stability and achievement of mental and physical balance, realization of physical activity and realization of self-monitoring. Education process in diabetology presented in four steps: assessment, planning, implementation and evaluation. The most common and effective types of education of diabetics are: basic, complex, specialized, re-educated and focused. Basic and specialized social counselling for diabetics is provided by social worker, who operates in active integration into the society, prevents the formation of exclusions from society due to illness, severe disability and unfavourable social situation. Social worker also actively participates on complex solutions other social problems, influences the social care and leads to ability of independence and responsibility for their actions for better social relationships in social environment.

*Conclusion:* Diabetes mellitus is a disease which deeply effects the quality of life of the client. Education and social counselling should be included in lifestyle of every diabetic, as it could minimize the possible complications that may occur with this disease it could increase the quality of

living. The most important thing is to teach the person how to live with this disease and help the person to change the behaviour to succeed so that the word must changes to want.

**KEY WORDS:** Diabetes mellitus. Education. Social counselling. Quality on life.

## ÚVOD

Diabetes mellitus je chronické ochorenie, ktoré predstavuje v súčasnosti globálny problém. Čím máme na mysli nie len problém zdravotný ale aj ekonomický, psychický a sociálny, ktorý zasahuje do každodenného života samotného diabetika, jeho rodiny a systému spoločnosti. Preto edukácia a sociálne poradenstvo je neodmysliteľnou a žiadanou súčasťou personalizovanej liečby tohto ochorenia. Cieľom príspevku je poukázať na ďalšie možnosti uplatnenia sociálnych pracovníkov v centrách sociálneho poradenstva a edukácie diabetikov ako i v zdravotných poisťovniach, ktorých úlohou je edukovať a poskytovať sociálne poradenstvo v oblasti ochorenia diabetes mellitus. Edukácia diabetika je z viacerých dôvodov veľmi potrebná, pretože správne edukovaní diabetici v porovnaní s needukovanými žijú dlhšie, kvalitnejšie, trpia menším množstvom komplikácií ako i menšími finančnými nákladmi z čoho vyplýva i to, že tak nezaťažujú zdravotný a sociálny systém (Bukovská, Galajda, Mokáň, 2014).

## EDUKÁCIA DIABETIKOV

Existuje viacero definícií pojmu edukácia. Najstručnejšie ho vystihujú pojmy výchova a vzdelávanie. Z pohľadu edukácie chronického ochorenia Magurová, Majerníková (2009) uvádzajú, že edukácia je celoživotné rozvíjanie osobnosti človeka pôsobením formálnych inštitúcií i neformálneho prostredia ako napr. rodina, nemocnica a priatelia. Cieľom edukácie je osvojenie si nových poznatkov, získanie nových vedomostí, nadobudnutie zručností, vytváranie nových hodnotových, citových a vôľových štruktúr osobnosti a dosiahnutie zmeny správania. Edukáciu diabetikov považuje Krall a Beaser (1989) za kameň liečby ochorenia diabetes mellitus a nevyhnutný predpoklad integrácie diabetikov do spoločnosti. Je to výchova k samostatnému zvládnutiu diabetu (Rybka et al., 2006). Uličiansky (2009) ďalej uvádza, že edukácia diabetikov je celoživotná činnosť zameraná na zvýšenie úrovne vedomostí o ochorení ako i získanie potrebných zručností, neustálym pokračujúcim edukačným procesom pri liečbe diabetika dosahujeme posilňovanie motivácie, čo vedie v konečnom dôsledku k zníženiu celkových nákladov diabetikov.

Edukácia zameraná na samostatnú účasť diabetikov pri liečbe sa dnes v celom svete uznáva za základ liečby cukrovky. Edukáciu je potrebné dopredu naplánovať. Najprv treba vypracovať študijný plán – curriculum, ktorý je základom optimálnej prípravy, realizácie i hodnotenia edukačného procesu. Musí vychádzať zo stanovených cieľov, ktoré určujú obsah a metódy edukácie (Wiczmandyová, Murgová, 2012). Cieľom edukácie je dosiahnutie takej úrovne vzdelania a takej pozitívnej modifikácie chovania chorého, ktorá dovoľí preniesť na diabetika spoluúčasť v liečbe jeho choroby (Kvapil, 2012).

Bukovská, Galajda, Mokáň (2014) uvádzajú, že sociálny pracovník edukátor poskytuje súbežne edukáciu a sociálne poradenstvo a tak zastáva i rolu tzv. zdravotného kouča, ktorý nelieči ale pomocou teoretických vedomostí a praktických skúseností vedie k:

- aktívnemu mysleniu,
- citovej rovnováhe,
- dosahovaniu duševnej a telesnej vyrovnanosti,
- realizácií fyzickej aktivity,
- realizácií selfmonitoringu glykémie, ketonémie, glykozúrie, ketonúrie, krvného tlaku,
- zhodnoteniu výsledkov selfmonitoringu,
- úprave aktuálnej liečby,
- správnym stravovacím návykom.

Edukačný proces je v diabetológii reprezentovaný štyrmi krokmi: *posudzovanie, plánovanie, implementácia a vyhodnotenie.*

**Posudzovanie** je časovo veľmi náročné a kladieme pri ňom dôraz na zber údajov nie len o diabetikoch ale aj o ich rodine, skupine alebo komunite. Pred každou edukáciou je potrebné zistiť vedomostnú úroveň edukanta a správnosť zručností v oblasti danej problematiky (Magurová, Majerníková, 2009). Posudzujeme fyzické obmedzenia, možnosti a schopnosti realizácie fyzickej aktivity a režimových opatrení, životný štýl diabetikov, ekonomickú a sociálnu situáciu, spoločenské postavenie a ochotu učiť sa. Na základe získaných informácií stanovujeme edukačnú diagnózu, konkrétne potreby diabetikov a určujeme, ktoré informácie a zručnosti si diabetici potrebujú osvojiť (Bukovská, Galajda, Mokáň, 2014).

**Plánovanie** je druhou fázou edukačného procesu, kedy ide o stanovenie konkrétnych cieľov metabolickej kompenzácie diabetes mellitus, ktoré umožnia dosiahnutie primeranej kvality života vplyvom edukácie.

**Implementáciu** ako tretiu fázu edukačného procesu realizujeme individuálnou, skupinovú, kolektívnu, hromadnou alebo individualizovanou edukáciou. Najčastejšie používaná je individuálna edukácia, ktorá začína už pri diagnostike diabetes mellitus v zdravotníckych zariadeniach a zohráva kľúčovú úlohu pri vyrovnaní sa s tvrdosťou moderného života s diabetes mellitus. Skupinová edukácia sa realizuje v päť až dvanásť členných skupinách, kde výhodou je nie len výmena informácií ale i skúsenosti medzi diabetikmi. Kolektívna edukácia sa realizuje v skupine s počtom diabetikov do trinásť a nad trinásť členov je to edukácia hromadná. Za veľmi obľúbenú je považovaná individualizovaná edukácia, keď edukátor pripraví pre diabetikov cieľný edukačný, informačný, pracovný materiál. Kvalita ale i efektívnosť celej edukácie je ovplyvnená i základným technickým vybavením a samotným prostredím (Bukovská, Galajda, Mokáň, 2014).

Edukáciu diabetikov **hodnotíme** počas celého edukačného procesu v trojmesačných alebo šesťmesačných intervaloch, kde hodnotiacim výsledkom sú biomedicínske ukazovatele, frekvencia akútnych komplikácií diabetes mellitus, hodnota glykémie, glykovaného hemoglobínu, krvných lipidov, krvného tlaku a telesnej hmotnosti. Ako uvádzajú Bukovská, Galajda a Mokáň (2014) komplexná realizácia edukačného procesu si okrem jednotlivých fáz vyžaduje aplikáciu jednotlivých druhov edukácie. Kde medzi najčastejšie a najefektívnejšie používaným a realizovaným druhom edukácie diabetikov zaradíme *základnú, komplexnú, špecializovanú, reedukačnú, cieľenú a špeciálnu edukáciu* (Bukovská, Galajda, Mokáň, 2014).

**Základnou edukáciou** poskytujeme základné informácie o ochorení a realizuje sa najmä v prvom problematickom období života s týmto ochorením individuálnou formou. Súčasťou základnej edukácie diabetikov je i dôkladný rozbor chýb, nesprávneho pochopenia získaných informácií či už z internetu alebo prostredníctvom okolia, keďže novo diagnostikovaní diabetici majú snahu o samoštúdium z rôznych zdrojov, ktoré vedú často krát i k dezinformáciám. Náplňou základnej edukácie je podľa Bukovskej, Galajdu a Mokáňa (2014):

- pomoc pri vyrovnaní sa s celoživotnou chronickou chorobou,
- poskytnutie základných teoretických vedomostí a potrebných manuálnych zručností,
- usmernenie intelektuálnych návykov,
- vysvetlenie techniky aplikácie inzulínu a selfmonitoringu,
- vysvetlenie cieľov celoživotnej liečby diabetes mellitus,

- vysvetlenie príznakov a liečby akútnych komplikácií diabetes mellitus.

**Komplexná špecializovaná edukácia** umožňuje dôkladné porozumenie problematiky a rozširuje teoretické vedomosti, praktické zručnosti a intelektuálne návyky. Je teoreticky zameraná na diagnostiku, klasifikáciu, príznaky a patofyziológiu diabetes mellitus ale aj na psychosociálne zmeny, duševné zdravie a celkovú kvalitu života diabetika. Ďalšou súčasťou komplexnej edukácie je edukovať klientov teoreticky a prakticky o selfmanažmente diabetes mellitus, liečbe inzulínom, fyzickej aktivite, diabetickej diéte, akútnych, chronických a orgánovo špecifických komplikáciách diabetes mellitus.

Osobitnú komplexnú **špecializovanú edukáciu** predstavuje problematika diabetických detí, mladých dospelých a seniorov, gestačného diabetes mellitus, gravidity a diabetes mellitus. Súčasťou každej komplexnej špecializovanej edukácie diabetikov je poskytnutie sociálneho poradenstva a operatívna pomoc pri riešení ekonomických, sociálnych a spoločenských dopadov tohto ochorenia na kvalitu ich života. Tento druh edukácie sa realizuje nie len individuálnou ale aj skupinovú alebo kolektívnou formou hlavne v edukačných centrách (Bukovská, Galajda, Mokáň, 2014).

**Reedukačná edukácia** ma za úlohu nadväzovať na predchádzajúce vedomosti, ktoré prehľbujeme a poskytujeme nové informácie, vedomosti, zručnosti vzhľadom k zmene v zdravotnom stave diabetikov. Súčasťou je i poskytovanie emocionálnej a sociálnej opory, psychickej podpory, ktorá prispieva k zlepšeniu celkovej kvality života diabetikov. Realizuje sa nie len v zdravotníckych zariadeniach ale aj diabetických mimovládnych organizáciách tretieho sektora. Môže sa realizovať individuálnou formou, kedy je cielene zameraná na konkrétny problém alebo opakovane skupinovú či kolektívnou formou, kedy plní najmä motivačnú funkciu.

**Cielená edukácia** sa realizuje pri dlhšej dekompenzácie diabetes mellitus, pri nedržiavaní pokynov diabetologického tímu, opakovaných problémov, plánovaní gravidity a pri prevencii rizika vzniku komplikácií diabetes mellitus.

V cielej edukácii využívame špecializované poradenstvo zamerané na oblasti charakteristické pre chápanie jedinca a jeho prežívanie zložitej životnej situácie. (Hunyadiová, 2012)

**Špeciálna edukácia** sa uplatňuje v prípade vzniku chronických a orgánovo špecifických komplikácií ochorenia ale aj počas špeciálnej situácie ako je napríklad liečba integrovaným inzulínovým systémom pomocou inzulínovej pumpy, ďalej pri potrebe hemodialyzačnej alebo

transplantačnej liečby, diabetickej nohy s nutnosťou amputácie končatiny, stavoch po infarkte myokardu, náhlej cievnej mozgovej príhode a v období počas gravidity a po pôrode.

Edukácia diabetikov je celoživotnou a nevyhnutnou súčasťou liečby diabetes mellitus a keďže využíva profesionálny, psychologický, sociálny a zdravotnícky prístup voči diabetikom súhrne ju môžeme nazývať i pojmom terapeutická edukácia, k čomu sa prikláňa i WHO. Neoddeliteľnou súčasťou edukácie diabetikov je poskytovanie sociálneho poradenstva v edukačných a poradenských centrách.

### **SOCIÁLNE PORADENSTVO**

Sociálne poradenstvo je podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov a noviel zaradené medzi odborné činnosti, pričom rozlišujeme základné a špecializované sociálne poradenstvo. Kvalifikačné predpoklady pre výkon základného a špecializovaného sociálneho poradenstva vychádzajú už z uvedenej právnej normy. Podľa Oláha, Igiarovej a Bujdovej základné a špecializované sociálne poradenstvo je doménou sociálnych pracovníkov, ktorí spĺňajú kvalifikačné predpoklady pre výkon tejto odbornej činnosti.

Pre diabetikov sa pri poskytovaní základného sociálneho poradenstva využíva zorientovanie sa v aktuálnej problematike, porozumenie právnym a sociálnym aspektom problémov a nachádzanie vhodného personalizovaného riešenia. Ďalej je základné sociálne poradenstvo zamerané na odstránenie pocitu diskriminácie, ignorácie, napätia, nepochopenia, strachu a jej zosmiešňovania. Základné sociálne poradenstvo plní informačnú funkciu, kde po jeho absolvovaní sociálny pracovník distribuuje diabetika k ďalším špecialistom. Špecializované sociálne poradenstvo pre diabetikov je orientované na špecifické potreby a problémy, ktoré si vyžadujú komplexnejší a špecifickejší prístup. Pre diabetikov je to najefektívnejší spôsob poskytnutie priamej pomoci diabetikom, ktorí sú v dôsledku nepriaznivého zdravotného stavu a ťažkého zdravotného postihnutia denne konfrontovaní so sociálnymi problémami (Bukovská, Galajda, Mokáň, 2014). Špecializované sociálne poradenstvo je zamerané na zvládanie celkových zdravotných problémov v oblasti emocionálnej, sociálnej opory a psychickej podpory. Usmernenie v legislatíve a nárokoch na peňažný príspevok na kompenzáciu ŤZP podľa zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ŤZP a na riešenie sociálnych dôsledkov ŤZP v oblasti mobility, komunikácie, orientácie, sebaobsluhy a zvýšených výdavkov ako i poskytovanie sociálnych služieb. Významným obsahom sociálneho poradenstva je i informovanie

diabetikov o sociálnej službe s použitím telekomunikačných technológií ako krízová pomoc a monitorovanie a signalizácia potreby pomoci, ktorá je legislatívne vymedzená v zákone č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov a noviel. Sociálny pracovník, ktorý poskytuje špecializované sociálne poradenstvo pre diabetikov by mal disponovať komplexnými vedomosťami z oblasti diabetológie, edukácie, manažmentu, ochrany zdravia, porúch látkovej premeny a výživy, práva, prevencie, sociálnej práce a mal by si neustále prehľbovať kvalifikácie prostredníctvom ďalšieho vzdelávania, ktoré sú legislatívne vymedzené v zákone č. 448/2008 Z. Z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov a noviel a to prostredníctvom kurzov, sociálno-psychologických výcvikov, stáží, školiacich akcií a špecializačného vzdelávania.

Základné i špecializované sociálne poradenstvo pre diabetikov vykonáva sociálny pracovník, ktorý pôsobí najmä pri aktívnej integrácii do spoločnosti, predchádzaní vzniku sociálneho vylúčenia z dôvodu choroby a ťažkého zdravotného postihnutia a nepriaznivej sociálnej situácie. Aktívne pôsobí pri komplexnom riešení ďalších sociálnych problémov, vplýva na dosiahnutie sociálnej spravodlivosti, vychováva k schopnosti pomôcť si sám a k zodpovednosti za svoje konanie zlepšením sociálnych vzťahov v sociálnom prostredí.

Edukácia a sociálne poradenstvo sa uskutočňuje na intermitentnom, limitovanom a extenzívnom stupni. Intermitentné sociálne poradenstvo predstavuje jednorazovú funkciu v čase akútnej potreby, ktorého rozsah a dosah závisí od intenzity a bezodkladnosti sociálneho alebo zdravotného problému napríklad v prípade nezamestnanosti z dôvodu vzniku choroby alebo nového zdravotného problému. Tento typ sociálneho poradenstva sa využíva najmä pri diagnostike diabetes mellitus, pri objavení sa komplikácií, pri riešení akútnych problémov v pracovnej činnosti, v rodine či škole. Limitované sociálne poradenstvo sa zameriava na riešenie konkrétnej situácie v konkrétnom vymedzenom čase a jeho rozsah a dosah zaniká vyriešením tohto problému a konkrétnej nepriaznivej sociálnej situácie. U diabetikov je poskytovanie limitovaného sociálneho poradenstva využívané hlavne pri riešení zabezpečenia aplikácie inzulínu, diabetickej diéty, dodržiavania režimových opatrení, prvej pomoci pri akútnej hypoglykémii, realizácie selfmonitoringu glykémie a krvného tlaku s hodnotením výsledkov a úpravou liečby pri integrácii do zamestnania, škôl či riešení možných sociálno-patologických javov. Extenzívne sociálne poradenstvo je orientované na sociálne problémy ŤZP v rodine, škole, zamestnávateľa a ďalších spolupracujúcich pri aktívnej integrácii do spoločnosti. Riešia sa možnosti kompenzácie sociálnych dôsledkov poskyto-



vaním peňažných príspevkov ŤZP alebo sociálnych služieb (Bukovská, Galajda, Mokáň, 2014).

## ZÁVER

Diabetes mellitus je ochorenie, ktoré do značnej miery ovplyvňuje život klienta, hlavne jeho kvalitu. Edukácia a sociálne poradenstvo by malo byť celoživotnou záležitosťou každého diabetika, pretože len včasná edukácia a sociálne poradenstvo môže minimalizovať možné komplikácie spojené s týmto ochorením a tým zvýšiť kvalitu života diabetika. Najpodstatnejšie je naučiť človeka s týmto ochorením žiť a prispieť k tomu, aby došlo k zmene správania diabetikov a slovo musím sa zmenilo na slovo chcem.

## ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- BUKOVSKÁ, A. – GALAJDA, P. – MOKÁŇ, M. 2014. *Edukácia a sociálne poradenstvo v diabetológii*. Turany: Vydavateľ P+M, 2014. 122 s. ISBN 978-80-89694-04-4.
- HUNYADIOVÁ, S. 2014. Socioprávne zabezpečenie dieťaťa. Vydavníctvo Zakarpaťja, Gagarina 42, Užgorod, Zakarpatska oblasť, Ukrajina. 2014. s.283 ISBN 978-80-971913-0-6
- HUNYADIOVÁ, S. 2012. Krízová intervencia v pomáhajúcich profesiách. Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P.P. Gajdiča Prešov. ISBN 978-80-8132-060-6
- KRALL, L., P. – BEASER, R., S. 1989. *Joslin Diabetes Manual*. 12th edition. Philadelphia : Lea and Febiger, 1989. 406 p. ISBN 0-8121-1120-6.
- KVAPIL, M. 2012. *Nová diabetologie*. Praha: Medical Tribune CZ, 2012. 183 s. ISBN 978-80-87135-34-1.
- MAGUROVÁ, D. – MAJERNÍKOVÁ, E. 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta, 2009. 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
- OLÁH, M., IGLIAROVÁ? B., BUJDOVÁ, N. 2013. Sociálne služby. VŠZ a SP sv. Alžbety, Bratislava, 2013. s.146. ISBN 978-80-89238-97-2.
- RYBKA, J. et al. 2006. *Diabetologie pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. 283 s. ISBN 80-247-1612-7.
- WICZMÁNDYOVÁ, D. – MURGOVÁ, A. 2012. *Život s cukrovkou*. Michalovce: Renoma s.r.o. 2012. s.67. ISBN 978-80-971162-5-5.

# LÁSKA AKO LIEK V POVOLANÍ LEKÁRA

## LOVE AS MEDICINE IN PROFESSION OF PHYSICIAN

<sup>1, 2, 3</sup> Belovičová Mária - <sup>3</sup> Belovičová Liliana

<sup>1</sup> Bardejovské Kúpele a.s.

<sup>2</sup> Interná ambulancia so zameraním na diagnostiku a liečbu chorôb pečene,  
Remedium s.r.o.

<sup>3</sup> Ústav Kráľovnej Pokoja z Medžugorja Bardejov a Detašované pracovisko  
Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku

*„Sila lekára - v jeho srdci,  
jeho práca musí byť riadená Bohom  
a osvetľovať sa prirodzeným svetlom a skúsenosťou;  
najdôležitejší základ lieku - láska.“ (Paracelsus)*

*„Lekár - Samaritán, človek,  
ktorý je pripravený pomôcť druhému v nešťastí.“ (Hippokrates)*

*„Tam, kde je láska k ľuďom,  
je aj láska k svojmu umeniu.“ (Hippokrates)*

*„Služba lekára je služba lásky a súcitu.  
Musíme mať radi našich pacientov.“ (Prof. Il'jin)*

### ÚVOD

Hodnoty lásky a súcitu k chorému človeku majú už 20 storočí absolútne uznanie v európskej kultúre a v profesionálnej lekárskej praxi.

Základný princíp liečenia spočíva v ochrane života. V knihe Sirach je napísané, že „Boh stvoril aj lieky, aj lekárov, a niekedy je aj v ich rukách naše uzdravenie; lebo aj oni sa modlia Bohu, aby im pomohol uľahčiť stav chorého a uzdraviť chorého“ (Sir. 38, 6-10, 12-14).

Najlepší predstavitelia starej medicíny sú vyhlásení za svätých, keďže sa preslávili osobitým druhom svätosti - boli nenámezdnými lekármi (napr. svätí Kozma a Damián, Kir a Ján, sv. veľkomočeník Panteleimon, svätý mučeník Trifon, Julián, Falalej, Sampson, Jermolaj, sv. apoštol a evanjelista Lukáš, atď). Uzdravovali chorých prostredníctvom modlitieb, vďaka Božej pomoci a svojich lekárskeho znalostí. Boli kanonizovaní nielen preto, že často svoj život končili mučeníckou smrťou, ale aj za prijatie lekárskeho poslania ako svojej kresťanskej povinnosti milosrdenstva. Ich lekárske vzdelanie a svetská autorita im neprekážali v tom, aby mali pevnú a hlbokú vieru. Neexistoval pre nich rozpor medzi vedou

a náboženstvom, vierou a skúsenosťami. Ich životný príklad by mal poslúžiť ako vzor slúženia Bohu a ľuďom pre súčasných lekárov (Filimonov, 2009, str. 5).

„Svätiteľ Feofan Zatvornik svedčí: *„Aj lekára, aj lieky Boh stvoril nie kvôli tomu, aby existovali len tak, ale preto, aby ich služby využívali chorí. Boh nás obklopil rôznymi spôsobmi liečenia. Uzdravovanie však pochádza od Boha. Podľa tejto viery ľudské prechádza do Božského alebo Božské prichádza skrze ľudské“*.

## JADRO

Vzťah lekára k chorému nemôže byť čisto vedecký. Tento vzťah musí vždy zahrňovať súcit, úctu k človeku, pripravenosť zmenšiť jeho utrpenie, predĺžiť jeho život, ale aj „pripravenosť k tomu, aby sme dali človekovi možnosť zomrieť (v prípade nevyliciteľnej choroby)“. Strata dvoch úloh: ochrana života a pripravenosť umožniť človeku zomrieť povedie k strate dôstojnosti, slobody a milosrdenstva v medicíne, ktorá tradične spolu s náboženstvom odpočítava pulz života a smrti. *„Bez súcitu, pocitu solidarity, úcty pred ľudským životom môže byť lekárska činnosť síce mimoriadne vedeckou, ale stratí svoju podstatu“* - hovoril metropolit Antonij Surožský, ktorý bol taktiež lekárom (Antonij, mitropolit Surožský, 2002, str. 27-28).

*„Lekár a pacient sú duchovné bytosti, ktoré musia spoločne nasmerovať osud trpiaceho duchovného človeka. Len pri takom chápaní nájdú správnu cestu“* (Il'jin, [http://ruskolokol.narod.ru/biblio/iljin/put\\_k\\_ochvednosti/12.html](http://ruskolokol.narod.ru/biblio/iljin/put_k_ochvednosti/12.html))

Doktor medicíny, profesor, arcibiskup - vyznávač Lukáš Krymský (Vojno-Jasenecký) píše: *„Je všeobecne známy silný vplyv psychiky chorého na priebeh choroby. Stav ducha pacienta, jeho dôvera alebo nedôvera k lekárovi, hĺbka jeho viery a nádeje na uzdravenie alebo naopak, depresia, ktorá je vyvolaná neopatrnými výrokmi lekárov v prítomnosti pacienta o závažnosti jeho choroby, výrazne určujú priebeh choroby. Psychoterapia, ktorá spočíva v slovnom, ale správnejšie, v duchovnom vplyve lekára na chorého - je všeobecne uznávaná metodika, ktorá prináša krásne výsledky pri liečbe mnohých chorôb“* (Vojno-Jaseneckij, 2006, str. 91)

## AKÉ SÚ NAJČASTEJŠIE HRIECHY LEKÁROV VO VZŤAHU K PACIENTOM ?

1. *Neznanosť* - keď kvôli nedostatočnej kompetencii spôsobujeme pacientom utrpenie. Pacienti by sa mohli tomuto utrpeniu vyhnúť keby lekári boli viac vzdelaní. Potrebné je neustále sebavzdelávanie, boj so

svojou lenivosťou, ľahostajnosťou ku svojmu povolaniu. Nestále sa menia lieky, technické vybavenie, situácie. Lekár nie je stroj. Je to človek, ktorý celý svoj život prežíva spoločne s pacientmi, ktorý analyzuje všetky fakty okolo seba a adaptuje ich k danej situácii.

2. *Fyzické neduhy alebo slabosť* - keď kvôli únave, zlej nálade alebo nesústredenosti alebo kvôli vlastnej chorobe prehliadame symptómy choroby a nie je správe postavená diagnóza alebo je stanovená neskoro. Tieto neduhy môžeme prekonávať prostredníctvom pokorného obrátenia sa k Bohu.
3. *Láska k peniazom* - keď sme v srdci pocítili, že človeku pomáhame kvôli tomu, že môžeme mať v budúcnosti z neho výhody a že nás nevidla snaha poslážiť v podobe chorého samotnému Christovi. Musíme sa pokúsiť prijať každého pacienta ako Božieho posla alebo ako Božie požehnanie. „*Arcibiskup Lukáš liečil chorých z lásky k Christovi, na slávu Božiu. Často pomáhal chudobným a utešoval nešťastných. Za konzultácie nikdy neprijímal peňažnú odmenu. Svoju vedeckú činnosť, publikácie článkov, kníh, získanie štátnej prémie arcibiskup Lukáš považoval za prostriedok pre pozdvihnutie autority pravoslávnej Cirkvi v bezbožnom sovietskom štáte. Niet pochyb, že jeho činnosť nenechávala ľudí ľahostajnými a nútila, aby sa zamysleli nad otázkami večnosti*“ (Vojno-Jaseneckij, 2006, str. 146-147).
4. *Veľké sebavedomie* – keď naše racionálne vedomosti a presvedčenie o svojich schopnostiach zatieňujú Christa. Nie je dobré, keď je lekár neistý, ale rovnako zle je vtedy, keď je lekár príliš sebaistý. Mali by sme si vždy uvedomovať, že bez pomoci Christa nezmôžeme nič v našom povolaní (Filimonov, [www.azbyka.ru/zdorovie/duxovnyj-oblik-vracha](http://www.azbyka.ru/zdorovie/duxovnyj-oblik-vracha)).

Hippokrates hovoril, že „lekár musí byť spravodlivý v každej situácii“. Musí zostať verný svojej profesionálnej povinnosti pred pacientom nezávisle od jeho ekonomického postavenia, pohlavia, rasy, sociálneho postavenia, druhu ochorenia, náboženských a politických názorov, osobnej antipatie k nemu. Staval do priamej súvislosti ľudský prístup k pacientovi a výsledky profesionálnej činnosti lekára. „*Kde vládne láska k ľudom, tam je aj láska k svojmu umeniu*“ (Silujanova, 2008, str. 18).

Zameranie medicíny sa dramaticky zmenilo v priebehu 20. storočia, čo viedlo k významnému narušeniu vzťahu lekár - pacient (Schooyans, 2010, str. 113). Existuje na to niekoľko dôvodov:

- a) premena medicíny na vedecko-technickú výrobu, ktorej hlavná úloha spočíva v „obslužení“ množstva ľudí, uskutočnení vyšetrení s využitím najnovších technických vymožeností, stanovení diagnózy a realizácii liečby;

- b) charakter medicínskeho vzdelania, ktoré nezahŕňa osvojenie si etických vedomostí v plnej miere;
- c) sekularizácia kultúry spojená s vedomým a systematickým znehodnocovaním kresťanských hodnôt, medzi ktorými má najväčšiu hodnotu láska.

Súčasnú vzdelávanie študentov medicíny mení medicínu na rozporciovanú na špecializácie súbor metodík, postupov, pravidiel, prostriedkov, návykov, medzi ktorými sa etické uvažovanie a vedomosti považujú za zbytočné.

Uskutočňujúci sa prechod medicíny do priestoru trhu (poskytovanie služieb) sa stáva reálnym rizikovým faktorom znehodnotenia života. Obzvlášť tragická a vyhrotená je situácia vtedy, keď cena boja za život je určená nie prostredníctvom morálneho zákona, ale platobnými možnosťami klienta.

Vzťah k životu a smrti sa nedá vtesnať do katalógu cien a služieb. Pochopenie smrti - oblasť lásky k človeku, morálneho vzťahu medzi lekárom a pacientom. To ako sa lekár správa pri posteli zomierajúceho, je jedným z kritérií jeho profesionality. Morálna kultúra lekára - nie je len prejavom psychologických sklonov jedinca, ale aj výsledkom starostlivého spoznávania dejín morálky a medicíny, logiky súčasných etických a právnych teórií. Je to individuálne osobnostný racionálny výber hodnôt, duchovnej opory ako pre svoj život tak aj pre svoje povolanie. Lekár musí vedieť, že jeho povolanie sa formuje na morálnych základoch, má morálny význam a je naplnené hlbokým morálnym zmyslom (Silujanova, 2001, 113-116) .

„Medicína sa stáva rizikovým faktorom pre život“; „nezodpovedné používanie najnovších liečebných metód mení súčasnú modernú terapiu na činnosť, ktorá je nebezpečnejšia než chirurgia“ - výroky z Celoruskej vedeckej konferencie „Etický dozor nad biomedicínskym výskumom“ (Silujanova, 2011, str. 201).

„Neexistuje nič silnejšie než je staroba“ - presviedča nás sv. Gregor Teológ (sv. Gregor Bohoslov, 1994).

Svetová zdravotnícka organizácia konštatuje, že čoraz častejšie sa stretávame so zlým zaobchádzaním so starými ľuďmi. K pojmom fyzického, psychologického a materiálneho ponížovania starších ľudí sa pridalo v súčasnosti aj zdravotnícke ponížovanie. Pacienti začínajú byť lekárom klasifikovaní podľa ich „sociálnej významnosti“. Pacienti s chronickými chorobami, starí ľudia, ľudia s nezvratným telesným alebo psychickým ochorením sa zaraďujú medzi „neperspektívnych“. Proces stanove-

nia diagnózy sa stáva len čisto formálny, chýba empatia zo strany lekára ku geriatrickým pacientom, stávajú sa prípady obmedzovania práv starších ľudí pri predpise liekov, atď.

Starostlivosť o bezdetných starších ľudí v podmienkach našej civilizácie, pre ktorú je efektívnosť činnosti človeka najvyššou mierou hodnoty človeka, hrozí rizikom vzniku izolácie starších ľudí - dokonca aj tých, ktorí majú úspešné dospelé deti. Samota - osobitý problém súčasnej staroby. V kresťanskej antropológii (je blízka medicínskej etike) je samota, t.j. chýbanie prežívania lásky k sebe a druhým, jedným z posledných a najsilnejších pokušení človeka na konci jeho života.

Liečenie ľudí je uvedomelé, sociálne organizované uskutočňovanie dobra a zároveň aj jedna z unikátnych ľudských profesií, ktorej zmysel a zameranie je mimoriadne blízky kresťanským hodnotám lásky k blížnemu, milosrdenstvu. Prehĺbenie vedomostí lekárov a iných pracovníkov v zdravotníctve vo vzťahu k starobe a chorobe v ponímaní kresťanskej antropológie - prvý krok k upevneniu kresťanských hodnôt v spoločnosti (Silujanova, 2011, str. 197).

## **ZÁVER**

Pri lôžku chorého sa stretávajú Boh a zdravotník. Chorý lekára vníma ako záchranu a očakáva od neho pomoc. Ak lekár popri liečbe pacientovi pripomenie uzdravujúcu Božiu blízkosť, má to na chorého blahodarné účinky a posilní sa aj jeho dôvera k lekárovi. Humánna medicína musí ostať otvorená pravde o človeku a aj horizontu Boha. Dokonca aj medicína môže vo chvíľach bezmocnosti a bezradnosti nájsť v Bohu oporu. Ak lekár prosí Boha o pomoc, určite ju pocíti. Nič tým nestratí, ale môže veľa získať (Holec).

Na záver chcem podotknúť, že lekár-kresťan si musí uvedomiť, že vyznávanie viery v Spasiteľa je zároveň aj osobitou cestou služby Bohu pre spásu svojej duše. Domnievam sa, že odkaz svätého vyznávača Sergija Srebrjanského, duchovného učiteľa sestier kláštora svätých Marty a Márie v Moskve, platia nielen pre sestry milosrdenstva zo začiatku 20. storočia, ale že môžu poslúžiť ako duchovný odkaz pre súčasných lekárov: *„Pamätaj vždy na cieľ, kvôli ktorému si začal vykonávať svoju prácu. Tento cieľ - ukázať spoločnosti Christa tak ako ho kedysi pohanskej spoločnosti ukázali prví kresťania“* (Filimonov, [www.azbyka.ru/zdorovie/duxovnyj-oblik-vracha](http://www.azbyka.ru/zdorovie/duxovnyj-oblik-vracha)).

**ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY**

- ANTONIJ, Mitropolit Surožskij 2002: *Trudy*. 1. vydanie, Moskva: Praktika, 1080 str. ISBN 5-89816-033-7.
- FILIMONOV, Sergij: *Duchovnyj oblik vrača*.  
<http://azbyka.ru/zdorovie/duxovnyj-oblik-vracha> 21.11.2015
- FILIMONOV, Sergij 2009. *Svjatyje celiteli*. 1. vydanie, Sankt Peterburg: Dialog, Obščestvo pravoslavnych vračej Sankt-Peterburga, 64 str.
- HOLEC, Peter 2015. Božia pomoc pri práci zdravotníkov. In: *Monitor medicíny SLS*, č.3-4/2015, str. 27-28. ISSN 1338-2551
- ILJIN, Ivan, *O prizvaniji vrača*.  
[http://ruskolokol.narod.ru/biblio/iljin/put\\_k\\_ochevidnosti/12.html](http://ruskolokol.narod.ru/biblio/iljin/put_k_ochevidnosti/12.html)  
20.11.2015
- SILUJANOVA, Irina 2008. *Sovremennaja medicina i Pravoslavije*. 1.vydanie, Moskva: Izdatel'stvo Sretenskogo monastyra, 202 str. ISBN 5-7789-0029-5.
- SILUJANOVA, Irina 2011. *Antropologija bolezni*. 2. vydanie, Moskva: Izdatel'stvo Sretenskogo monastyra, 304 str. ISBN 978-5-7533-0608-1.
- SVJATITEL' GRIGORIJ BOGOSLOV, 1994. *Sobranije Tvorenij - v 2 tomach*. Moskva: Izdatel'stvo Svjato-Trojickoj Sergijevoj Lavry. Tom 1. str. 192
- SCHOOYANS, Michel, 2010. *Evanjelium. Ako čeliť svetu v rozvrate ?* Bratislava: Inštitút Leva XIII. 265 str.
- VOJNO-JASENECKIJ, Luka 2006. *Duch, duša i telo*. 1. vydanie, Moskva: Artos-Medija, str. 91, 146-147.

# JUVENILNÁ SOCIÁLNA PATOLÓGIA – ŠIKANOVANIE

---

## JUVENILE SOCIAL PATHOLOGY - BULLYING

*Bernátová Jana*

Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča

### **ABSTRAKT**

Dôvody a faktory ovplyvňujúce výskyt sociálnej patológie spočívajú aj v globalizačnom procese. Autori skúmajúci tento problém sa zameriavajú hlavne na oblasť prevencie a eliminácie. Najmarkantnejší prejav sociálnej patológie v juvenilnom veku je progresia rizikového správania v školskom prostredí - šikanovanie.

**KLÚČOVÉ SLOVÁ:** Agresia. Sociálna práca. Šikanovanie. Škola. Školský sociálny pracovník.

### **ABSTRACT**

The reasons and factors affecting the incidence of social pathology is also in the globalization process. Authors examining this problem, mainly focus on the area of prevention and elimination. The most notable manifestation of social pathology, in the juvenile age, is progression of risk behaviour in the school environment – bullying.

**KEYWORDS:** Aggression. Social work. Bullying. School. School social worker.

### **ÚVOD**

Globalizačný proces priniesol a prináša množstvo inovácií, ktoré na jednej strane prispievajú k upevňovaniu a uľahčovaniu života jedincov v spoločnosti, a to z viacerých pohľadov. Na jednej strane prináša pozitíva v oblasti politiky, hospodárstva, ekonomiky, medicíny, techniky, rozvíjajú sa sociálne kontakty a parciálnosť vystriedala celistvosť. Informácie prekračujú územné hranice a šíria sa v priebehu pár sekúnd. Na takejto báze, ktorá vytvára priestor pre dostupnosť informácií sa vytvára aj základ pre šírenie sociálno- patologických javov. Najviac ohrozenou skupinou sú deti a mládež, keďže ich prístup k informáciám, videám, hrám /prostredníctvom internetu/ je neobmedzený. Výrazne stúpa agresia a jej prvotným prejavom v školskom prostredí je práve šikanovanie.



## AGRESIA

Vývojom spoločnosti, technológií a dôrazom na matériu sa postupne dostávame do štádia ľahostajnosti k potrebám iného človeka a ku diskriminácii na základe viacerých faktorov.

Pojem agresia je latinského pôvodu a je odvodená od slova „*agere*“. Ani odborná literatúra v popise tohto pojmu neprináša uspokojivé definície a ani zhodu. Kým niektoré štúdie interpretujú agresiu ako útočnosť, výbojnosť, iné vnášajú ďalšie termíny ako hostilita, čiže nepriateľstvo, deštrukcia – sklon ničiť. V tomto prípade, ak sa orientujeme na šikanovanie, tak práve vo vývinovej etape osobnosti dieťaťa sa ešte o hostilitu v rámci agresie hovoriť nemôže. Rác (2011) predstavuje agresiu ako určitú formu útoku cez správanie, predstavuje to ako reakciu na reálne, alebo iba zdanlivé ohrozenie vlastnej moci, poväčšine sa agresia popisuje ako prejav hnevu.

Nemecký pedagóg Winkel (In: Birknerová, 2010) vymedzil päť perspektív v zóne detskej a mládežníckej agresie:

- Agresia ako hra – dieťa si chce vyskúšať svoje vlastné hranice sily;
- Agresia ako obranný mechanizmus – dieťa sa chráni proti útočníkovi;
- Agresia ako reakcia na vlastnú frustráciu – dieťa si svoje vlastné zlyhanie „vybíja“ na slabšom jedincovi;
- Agresia ako paradigma zvedavosti – dieťa si testuje hranice svojich možností;
- Agresia ako nevhodná forma túžby po láske – dieťa na základe negatívneho správania sa strháva na seba pozornosť.

Aby sme boli kompletnejší v rovine agresie doplníme aj stanovisko Bourceta a Gravillonovej (2006), ktorí ju vysvetľujú ako brutálny a náhly útok na osobu bez toho, aby došlo k provokovaniu.

Nemusíme v tomto prípade hovoriť už o priamom fyzickom útoku, ale pri agresii sa zameriavame aj na útoky slovné, kde dominujú nadávky, zastrašovanie, vyhrážanie sa. Tu nastupuje psychický teror, ktorý je vo väčšine situácii horšie zvládnuteľný ako teror fyzický, ktorého prejavy sa dajú aj vizuálne identifikovať.

Dieťa má sklon k agresívnemu správaniu už v prvých rokoch života (Winkel In: Birknerová, 2010). Koreňmi agresie môžu byť: impulzívny temperament /cholerik, neurotik/, nevhodne zvolený spôsob rodičovskej

výchovy, kde dominuje nezáujem, ľahostajnosť, citový chlad, ponižovanie, ale aj fyzické tresty.

Mnoho autorov sa zhoduje na diferenciácii agresie, a to z pohľadu sociálneho. Vo všeobecnosti môžeme hovoriť o agresii:

- fyzickej a verbálnej,
- ofenzívnej (útočnej) a defenzívnej (obrannej),
- priamej a nepriamej,
- adresovanej smerom von k pôvodcovi neprijemnosti – alloagresia a smerom dnu (k sebe samému – autoagresia).

Podľa stupňa spoločenskej závažnosti rozlišujeme:

- agresiu navonok potlačenú, alebo fiktívnu,
- slovnú agresiu,
- agresiu voči veciam,
- agresiu voči zvieratám a ľuďom. (Heretik, 2000)

O názory a teórie viacerých sociálnych psychológov sa opiera Rác (2011). Odborníci v tejto oblasti považujú za najpodstatnejšie práve diferenciáciu afektívnej a inštrumentálnej agresie. Afektívnu agresiu vnímajú ako prejav hostilnej, zlostnej, impulzívnej, emocionálnej, či expresívnej reakcie človeka na istý podnet vyvolávajúci v ňom silný negatívny emocionálny stav. Inštrumentálnu agresiu považujú za medzistupeň na ceste za niečím iným. V závislosti ich tvrdení osoba inštrumentálne agresívna nekoná pod vplyvom zlosti, ani pod vplyvom nevhodne vyprovokovaného správania budúcej obeť.

V súvislosti s agresiou uvedení autori sa zmieňujú, že v mnohých prípadoch sa dieťa stane obeťou agresie obyčajnou náhodou. Skrátka sa v nesprávnom čase ocitlo na nesprávnom mieste. Jedným z pomerne častých javov objavujúcich sa v školskom prostredí je výskyt šikanovania.

### **ŠIKANOVANIE V ŠKOLSKOM PROSTREDÍ**

K pomerne závažným formám agresie patrí šikanovanie. Slovo šikanovanie pochádza z francúzskeho slova „*chicane*“, čo znamená zlomyseľné obťažovanie, týranie, prenasledovanie. V šikanovaní ide o opakovanú agresiu jednotlivca, alebo skupiny agresorov zameranú proti jednotlivcovi, alebo malej skupine obetí. Šikanovanie je zámerné, opakované, nevyprovokované použitie sily agresorom alebo skupiny agresorov s cieľom spôsobiť fyzické alebo psychické ublíženie obeť, resp. skupine obetí, pričom je tu zjavný nepomer medzi útočníkom a obeťou.

*„Odborníci zdôrazňujú, že o šikanovaní hovoríme vtedy, keď jedinec alebo skupina úmyselne, väčšinou opakovane zotročuje spolužiaka alebo spolužiačkov, používa k tomu agresiu a manipuláciu. Ako šikanovanie*

*môžu byť označené tiež opakované posmešky alebo nepekne poznámky o rodine.*“ (Rosová, 2011, s.165)

„Smrteľná choroba demokracie“ – to je definícia šikanovania podľa Koláča (2011), či v inej jeho odbornej monografii status „šikanovanie v školách – nebezpečná epidémia.“

#### **AKTÉR ŠIKANOVANIA - AGRESOR**

Účastníkmi šikanovania sú agresor a jeho obeť. Elliott, Killpatrick (1994) predstavujú dva typy agresorov, u ktorých sa objavujú nasledovné prejavy správania:

1. príležitostný agresor,
2. chronický agresor.

Príležitostným agresorom sú deti, ktoré nevyhnutne potrebujú stanoviť jasné a pevné pravidlá a mali by spoznať sankcie za svoje správanie a vedieť prevziať zodpovednosť V tomto type sa dieťa:

- uchýli sa k šikanovaniu, len keď sa mu to hodí,
- agresívne správa k rovesníkom, k učiteľom, ale aj k súrodencom,
- prejaví impulzívne, ale neskôr to oľutuje,
- stáva presvedčivým, manipulatívnym,
- má radosť – má vypestovanú primeranú úroveň sebaúcty,
- pretvaruje a rodičia nechápu ako môže šikanovať druhých, keď doma je perfektné.

Chronickým agresorom sú deti, u ktorých je veľmi ťažké zmeniť správanie. Ak nenastúpi vhodná a primeraná intervencia, tak je vysoko pravdepodobné, že sa postupne stanú páchatelmi dissociaľneho, antisociaľneho, delikventného alebo aj kriminálného správania. Pri tomto type sa dieťa:

- správa agresívne vo väčšine situácií,
- nevie kontrolovať,
- cíti byť ponižované,
- bráni prevzatiu zodpovednosti za svoje činy,
- nespráva súcitne k svojim obetiam,
- samé stáva obeťou šikanovania, týrania,
- nevie vymaniť spod tlaku okolia, ktoré ho núti byť úspešným,
- cíti odlišne, hlúpo,
- nesnaží doťahovať predkladané úlohy do konca, nemá zmysel pre dokončenie úloh.

Je potrebné si uvedomiť, že šikanovanie je závažným spoločenským problémom. Sejčová (2010) ho pokladá za stav ovplyvnený médiami. Podľa názoru autorky deti to, čo vidia v médiách sa snažia uplatňovať v reálnom živote. Podstatu šikanovania vidí v dlhodobom, opakovanom a úmyselnom ubližovaní s metou nadobudnúť prevahu. Typickým znakom je nepomer síl. Vyššie predstavený autor vo svojej publikácii šikanovanie opisuje ako všadeprítomný jav začínajúci v rodinách medzi súrodencami, pokračujúci v školách, v skupinách, v zamestnaní, v partnerských spoložiatiach končiaci týraním. Považuje ho za nebezpečnú sociálnu nemoc spoločnosti s dôsledkom poškodzovania zdravia jedinca.

### **OBJEKT ŠIKANOVANIA - OBEŤ**

Presný opis dieťaťa, ktoré sa stáva objektom – obeťou šikanovania je veľmi náročné. Nie je presne definované, akým kľúčom si agresor vyberá svoje obeť. Ak by presný popis obeť šikanovania existoval bolo by jednoduchšie eliminovať jednotlivé prejavy tohto sociálno-patologického správania sa. Každá skupina agresorov má iné kritéria výberu svojej obeť. Niekedy sa stáva, že obeť bola vybraná iba na základe náhody, bola „v nesprávnom čase na nesprávnom mieste.“

Existuje sumár podnetov, prejavov, znakov, ktoré sa podieľajú na „výbere“ obeť šikanovania. Obeť:

- sa necíti sama sebou, má zlý pocit zo seba a nízku sebaúctu,
- často hovorí, že ju nikto nemá rád,
- je precitlivená, plachá, uhýba pohľadmi,
- reaguje na šikanovanie plačom alebo odťahovaním sa,
- má nedostatočnú fyzickú silu a je menej zdatná ako agresor,
- je osamelá, izolovaná od vrstovníkov,
- /aj keď si to neuvedomuje/ môže provokovať svojim správaním,
- je nesamostatná, nadmerne ochraňovaná rodičmi,
- sa diferencuje od svojich vrstovníkov /má talent, nosí okuliare, trpí určitou chorobou/,
- sa stáva obeťou na základe príslušnosti k inej rase, náboženstva, jazyka, kultúry, pohlavia,
- je vybraná náhodne. (Elliott, Killpatrick, 1994)

Nepriamo alarmujúcimi signálmi, ak je dieťa v školskom prostredí vystavené šikanovaniu sú:

- odreniny, modriny, škrabance alebo rezné rany, ktoré dieťa z nepochopiteľných dôvodov nechce a nevie vysvetliť,
- dieťa je osamotené, nikto oň nemá záujem, nemá kamarátov,

- vchádza do triedy zároveň s pedagógom, cez prestávky nenápadne postáva pred kabinetom,
- pôsobí smutne až depresívne, nešťastne a stiesnene,
- ak má prehovoriť pred triedou, je neisté, vystrašené,
- nechodí na hodiny telesnej výchovy, zostáva v triede,
- má nadmernú absenciu - ospravedlnenú aj neospravedlnenú,
- je nesústredený, náhle sa mu zhorší prospech,
- má poškodené, znečistené, rozhádzané veci alebo odev. (Smiková, Kopányiová, 2013) Existujú aj priame signály, ktoré by si mal pedagóg už všimnúť v triede, počas vyučovania.

Pri šikanovaní sa stáva, že obeťou je dieťa, ktoré nevie, alebo odmieta s veľkou silou žiť a byť. Bývajú to deti, u ktorých aktér nepredpokladá schopnosť odolávať agresivite okolia. Pováčšine sú to typy submisívne, podriaďujúce sa, tichšie, neschopné odporu a agresivity. Keďže vieme, že obeť zvyčajne má nízke sebavedomie, nevedia sa sami vhodne ohodnotiť, tak je dôležité ich podporovať v aktivitách, v ktorých sú dobré a učiť ich, aby dokázali povedať svoj názor a stáť si za ním. Dieťa by malo už v prvých rokoch výchovy zo strany rodičov počuť, že najdôležitejšia je vlastná existencia, a že práve odlišnosť /v konkrétnych prípadoch, ak sa tam prejavuje/ je prejavom výnimočnosti.

### PRÍČINY ŠIKANOVANIA

Šikanovanie charakterizujeme ako sociálno-patologický jav, ktorý poukazuje na stav dysfunkcie tak v školskom ako aj v rodinnom prostredí. Príčiny jeho prejavov môžu byť viaceré. Smiková, Kopányiová (2013) uvádzajú, že ak hovoríme o usporiadaní, filozofii školy tak k tomuto javu prispieva aj samotná atmosféra a klíma v škole ako výchovno-vzdelávacej inštitúcii:

- toalety, kde sa bežne dozor nevykonáva a výskyt miestností a miest v areáli školy nikdy nechodia učitelia,
- školské budovy sú poväčšine staršie a majú tmavé zákutia,
- učiteľský zbor a personál školy /v čase prestávok/ sa zdržiava len vo svojich miestnostiach,
- pedagógovia sú príliš zaneprázdnení, aby registrovali incidenty,
- ranejšie príchody sú hromadné a taktiež aj odchody žiakov z tried po vyučovaní,
- meškajúci pedagógovia,
- chaos v triede,

- pedagógovia, ktorí používajú sarkazmus, zosmiešňovanie niekoho,
- netolerantný prístup k odlišnostiam /farba pleti, fyzický handicap/,
- žiadna podpora nových žiakov, skôr sa zameriavajú na "iniciačné" obrady pre nových žiakov,
- slabý pedagogický dozor a nedostačujúce dodržiavanie disciplíny,
- spoliehanie sa na to, že sa veci vyriešia samé, keď sa budú ignorovať.

To bol pohľad cez prizmu školského prostredia. Na šikanovaní sa však podieľa aj temperament dieťaťa/žiaka. Deti, ktoré šikanujú bývajú vo väčšine prípadov živé, majú nekončiacu energiu, ľahko podliehajú nude alebo sú závislé vo vzťahoch k iným ľuďom a sú neisté. Napr. môžu žiarliť na úspech iných v škole či športe, ale aj na nového súrodenca, môžu mať poruchy učenia, čo ich hnevá, alebo môžu byť ubité tým, že sú samé týrané iným agresorom, alebo aj v kruhu rodiny.

Posledným, ale nie menej dôležitým prvkom – príčinou šikanovania je aj vplyv rodiny:

- Zanedbávané dieťa. Ak je dieťa zanedbávané, alebo priveľmi trestané, môže si o sebe vytvoriť negatívny obraz. Dieťa sa môže cítiť frustrované, neisté. Takéto deti môžu začať druhých šikanovať, aby si dokázali, že sú hodné toho, aby si ich všímali.
- Agresívna rodina. Dieťa, ktoré vyrastá v rodine s prevahou hlasných argumentácií, kriku, násilia, má sklon používať tento druh agresívneho správania aj keď je s deťmi. Ak sú rodičia sami agresormi, často podporujú alebo obraňujú agresivitu u svojich detí a nechcú pripustiť ich vinu na incidente šikanovania.
- Rodina, v ktorej sa všetko toleruje. Dieťa môže mať v rodine značnú voľnosť, takže môže mať problémy s tým, ako rozpoznať, čo je prijateľné, keď je s inými ľuďmi. Takéto dieťa zle reaguje na disciplínu. Môže byť rozmazané a doma býva centrom pozornosti. Hoci príčin, ktoré vedú k šikanovaniu je veľa a každé dieťa, ktoré šikanuje je jedinečné, mali by sme poznať príčiny, ktoré vedú k takémuto správaniu. Ak budeme poznať príčiny alebo faktory, ktoré vplývajú na vytvorenie takéhoto správania u dieťaťa, pomôže nám to pri rozhodovaní, ako s ním čo najlepšie pracovať. (Tholtová, Smiková, 2006)

## PREVENCIA A ELIMINÁCIA ŠIKANOVANIA

Prevenca v sociálnej práci, ktorá sa zaoberá sociálno-patologickými javmi je v našom prostredí vykonávaná profesionálmi, ktorí sú vysoko kvalifikovaní. Ich prístup musí byť erudovaný, a to hlavne vtedy, keď ich klientmi sú práve deti a mládež.

Skúsenosti z praxe ukazujú, že sociálny pracovník je expertom na sociálne prostredie a jeho ústrednou profesionálnou kompetenciou je sociálny rozmer problémov, konfliktov, adaptácie, zlyhania. Pri riešení problémových situácií spolupracuje s inými odborníkmi. (Rosová, 2013)

Prevenca školského šikanovania zahŕňa škálu opatrení na rôznych úrovniach. Skladba efektívnej prevencie na školách by mala byť kombináciou účinnej výchovno-vzdelávacej činnosti a aplikácii overených preventívnych a výchovných programov. Je potrebné zdôrazniť, že prevencia nespočíva iba v predchádzaní agresie, násilia, šikanovania, kyberšikanovania, ale jej úlohou je aj ich riešenie, a to na všetkých úrovniach ich vývoja. Z tohto dôvodu je nevyhnutné vybudovať systém ucelenej ochrany žiakov pred týraním zo strany spolužiakov. Bendl (2003) hovorí, že medzi možnosťami čelenia i riešenia šikanovania patrí celá paleta opatrení, prístupov, zásad, metód a prostriedkov.

Slovenský model, ktorého autorom je Lencz spolu s Krížovou (2004) rešpektuje 10 premenných Olivara. (Roberto Rochelle Olivar v rokoch 1980-90 prevádzal v Európe výskumné programy, ktorých výsledok bol, že ak si dieťa osvojí prosociálne postoje a správanie sa, pravdepodobne z neho vyrastie zdravá sociálna osobnosť. Ak si ich neosvojí, výsledkom bude problematická výchova). Týchto 10 okruhov nazývame základné témy spôsobilosti, ktoré máme deti/žiakov naučiť. Tieto témy sa premietajú do školských osnov a sú podľa Krížovej (2006) veľmi prospešné aj pri eliminácii šikanovania:

1. Otvorená komunikácia – naučiť otvorene komunikovať, čo predstavuje jeden z kľúčov kvalitného života. Komunikáciu chápeme ako odovzdávanie a prijímanie významov s cieľom lepšie sa navzájom chápať. Poukazuje na dôležitosť sociálnej komunikácie, vytvára prostredníctvom cvičení príležitosť, ako ju zefektívňovať a kultivovať.
2. Dôstojnosť ľudskej osoby – prvotnou podmienkou pre pozitívne hodnotenie seba samého je uvedomiť si, že každý má svoju dôstojnosť. Jej uvedomenie je nevyhnutným predpokladom k akceptácii inakosti inej osoby.

3. Pozitívne hodnotenie druhých – prijímanie iného, jeho osobnosti je základom prosociálnosti. Kľúčovým aspektom je pochvala, objavovanie toho, čo je na tom druhom dobré.
4. Kreativita a iniciatíva – kreativitu je potrebné rozvíjať. Ak je niekto chválený za svoj úspech, tak sa zvyšuje jeho vlastná hodnota sebaúcty. Pri kreativite vstupuje nutne do akcie i sebaovládanie, i to je dôležité v koncepte sebahodnotenia.
5. Vyjadrovanie citov – jedinci, ktorí dokážu primeraným spôsobom prejaviť svoje city sa málokedy stávajú agresormi a nevyhľadávajú konflikty. Dôležité je, aby mládež dokázala presne identifikovať, pomenovať svoje pocity – negatívne aj pozitívne, ale aj ich prítomné citové rozporenie.
6. Empatia – znamená vcítenie sa do situácie, toho druhého. Ak sa tento jav pestuje u detí, je to predpoklad eliminácie agresie. („*Ne-rob to, čo nechceš, aby iní robili tebe.*“). Nemôžeme druhému robiť dobro podľa našich predstáv, ale podľa jeho potrieb. S istou dávkou empatie sa rodí každý z nás, avšak môže byť zanedbávaná nevhodne stanovenou výchovou a zlým priebehom socializácie.
7. Asertivita – znamená vlastné presadenie sa. Prosociálny človek vie, že má svoje práva – povedať „nie“, ak je to potrebné. Dôležitým je v tomto prípade kompromis. Pri presadzovaní svojich práv je slušný, avšak vytrvalý. Nemal by byť manipulovaný okolím.
8. Reálne a zobrazené vzory – preberanie vzorov je základom učenie sa a socializácie u detí a mládeže. V neskoršom veku sa na správaní jednotlivcov, alebo skupín podieľajú aj vrstovnícke a kamarátske skupiny. Aj v tomto prípade je však podmienka prevzatia zodpovednosti za svoje správanie sa, prijať sankcie, ak je správanie asociálne.
9. Prosociálne správanie v konkrétnej forme. Základom je nezištnosť a spolu s priateľstvom, pomocou, darovaním sa a delením sa vzniká zákonitosť prosociálnosti.
10. Komplexná prosociálnosť. Tento pojem je orientovaný na širšiu societu. Teda už nielen od človeka k človeku, ale prosociálne správanie od jednotlivca ku skupine a medzi skupinami. Téma poskytuje možnosť uvažovania nad tým, čo vedie ľudí k angažovaniu sa za spoločenské dobro.

Na základe skúsenosti riešenia predkladanej problematiky Rosová (2013) konštatuje, že čím intenzívnejšie sa do stratégie školy v prevencii



a eliminácii šikanovania zainteresujú všetci pedagógovia, žiaci, ich rodiny a ostatní zamestnanci školy, tým sa zvyšuje pravdepodobnosť dosiahnutia priaznivejších výsledkov. Pozornosť sa v tomto prípade sústreďuje na nevyhnutnosť celoškolského prístupu v predchádzaní a zvládaní prejavov agresivity a šikanovania na pôde školy.

Koscurová (2011) uvádza, že zmena v oblasti spoločenských pomerov a globalizácia uvoľnili mravy dospelávajúcej generácie, a tá si po svojom vysvetľuje pojem demokracia. Z tohto dôvodu je preto žiaduce zľahka usmerniť, vzdelávať, vychovávať deti, pretože oni raz na seba preberú hlavné bremeno spoločnosti.

### ŠKOLA VERZUS ŠKOLSKÁ SOCIÁLNA PRÁCA

Etablovanie školskej sociálnej práce ako základného a nevyhnutného prostriedku na odstraňovanie juvenilnej sociálnej patológie je často predkladanou a diskutovanou témou. Pri definovaní školskej sociálnej práce, kde v oblasti šikanovania by zohrávala nenahraditeľnú funkciu, sme narazili na problém, ktorý je markantný. V našej legislatíve a ani v osnovách Školského vzdelávacieho programu sa profesia školského sociálneho pracovníka nevyskytuje. Ak si to porovnáme so zahraničím, je neodkladné danú situáciu riešiť.

Po rodine je škola druhým miestom, kde dieťa trávi najviac svojho času. Neustále meniace sa sociálne, ekonomické, spoločenské podmienky, ako uviedla Ciuttiová (2008), kladú stále vyššie nároky na oblasť vzdelávania, kvalifikácie, odbornosti, ale i na osobnostné kvality ľudí vstupujúcich do života, neraz s negatívnym efektom na celé rodiny. Škola by mimo vzdelávania a výchovy mala vedieť poskytnúť aj sociálnu pomoc žiakom, ich rodinám, pedagógom a ďalším zamestnancom.

Kľúčovým krokom je ukotvenie tejto profesie v školskom prostredí cez legislatívny rámec. Školský zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní sa zameriava iba na funkciu výchovného poradcu, ktorý supluje školského sociálneho pracovníka, ale bez potrebnej kvalifikácie. Školská sociálna práca má vo viacerých západných krajinách dlhodobú tradíciu. Sociálna práca v atmosfére škôl v slovenských pomeroch žiaľ nemá vytvorené podmienky pre jej adekvátne fungovanie, aj keď dopyt po profesii neustále narastá. Slovenská legislatíva zatiaľ neupravuje povinnosť školám zaviesť školského sociálneho pracovníka.

V porovnaní so školským psychológom a výchovným poradcom sa tak sociálny pracovník dostáva do opozície, stáva sa znevýhodneným. Bolo by ideálne a zároveň účinné presadiť potrebu sociálneho pracovníka v školách.

Jarábek, Koštrnová (2014) predstavujú v posudzovacej škále predpoklady a kompetencie výchovného poradcu. Pre danú problematiku šikanovania sme predložili vybrané kompetencie a zručnosti výchovného poradcu.

- A. Osobnostné predpoklady, kompetencie výchovného poradcu - vie efektívne komunikovať so žiakmi, vie efektívne komunikovať s dospelými ľuďmi (s učiteľmi, rodičmi, poradcami, zamestnávateľmi ap.), pozitívne pôsobí na myslenie a správanie žiakov, vie spolupracovať s inými, má organizačné schopnosti, vie sa vcítiť do iných (empatia), je taktný a diskretný, ovláda svoje emócie, sebaovládanie, má vysokú frustračnú toleranciu, dokáže zvládať záťažové situácie, každému ochotne pomôže a poradí, má dobré pozorovacie schopnosti, vie racionálne riešiť problémy, je dobre informovaný o spoločenskom dianí, zdokonaľuje sa vo svojom odbore, má prehľad o novinách, vzbudzuje dôveru a má prirodzený rešpekt, dokáže motivovať, aktivizovať žiakov, je optimista s dostatkom sebavedomia.
- B. Odborné vedomosti a zručnosti výchovného poradcu – základné, kľúčové vedomosti a zručnosti: pozná zákonitosti psychického a fyzického vývinu žiakov, pozná vývinové úlohy a potreby žiakov príslušného vývinového štádia, vie uplatňovať metódy optimalizácie osobnostného vývinu žiakov, pozná a podporuje realizáciu programov duševného zdravia, optimálne využíva a rozvíja svoje komunikačné, sociálne zručnosti, ovláda metodológiu výchovného ovplyvňovania správania žiakov, spolupracuje s učiteľmi, rodičmi, s poradcami, s inými sociálnymi partnermi, ovláda a využíva pedagogickú diagnostiku, pozná a vie využívať techniky individuálneho poradenstva, pozná a vie využívať techniky skupinového poradenstva, flexibilne reaguje na zmeny vo vývinovej dynamike jednotlivca, chápe význam celoživotného vzdelávania, inovácie poznatkov, princípy aplikuje do výchovnej praxe, vie sa dobre orientovať v rôznych informačných zdrojoch, využíva IKT, osobitne internet, pozná právne predpisy upravujúce organizáciu a riadenie systému výchovného poradenstva, pozná a propaguje ďalšie špecializované poradenské služby, poskytuje žiakom kontakt, vie organizovať besedy, prednášky, diskusné kluby pre žiakov v rámci hromadného poradenstva.
- C. Špeciálne kompetencie - zladuje sociálne vzťahy medzi žiakmi a dospelými (učiteľmi, rodičmi), harmonizuje vzťahy medzi jednotlivcom a skupinou, rieši interpersonálne problémy, pomáha prekonávať sociálnu izoláciu jednotlivcov, rozvíja prosociálne správanie žiakov, poskytuje poradenskú pomoc pri hľadaní zmyslu života, životnom plánovaní, stimuluje sociálnu integráciu žiakov so špeciálnymi vý-

chovno-vzdelávacími potrebám, spolupracuje pri riešení sociálno-patologických javov (záškoláctvo, delikvencia, toxikománia, gamblerstvo, agresivita, šikanovanie a iné.), zapája sa do prevencie, rozvíja sebahodnotenie žiakov, podporuje zdravé sebavedomie, koriguje komplexy menejcnosti, spolupracuje so školským psychológom a lekárom, sprostredkuje odbornú pomoc žiakom so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, diagnostikuje a poradensky pôsobí na znižovanie agresivity žiakov, učí žiakov primerane komunikovať.

Podčiarknuté kompetencie predstavujú oblasti, kde je nevyhnutné aj vzdelanie v oblasti sociálnej práce. Predložené kompetencie by mal podľa legislatívnych stanov konzultovať s lekárom a psychológom. Z analýzy vyplýva, že viaceré kompetencie je nutné podchytiť aj cez sociálnu prácu. V tomto prípade absentuje aj profilácia sociálneho pracovníka v oblasti vysokoškolského vzdelávania, kde chýba špecializácia pre výkon tejto profesie.

Z dôvodu prevencie a včasnej intervencie si sociálno-patologické javy vyžadujú poskytovanie odbornej pomoci a intervencie.

V školskom prostredí by sociálny pracovník mal vykonávať viacero pozícií. Tie by mali byť nápomocné vo viacerých oblastiach riešenie konfliktov. V tejto súvislosti Bakošová (2006) rozširuje pôsobnosť jeho kompetencií v škole o prevenciu, čím zdôrazňuje prevenciu sociálnej patológie. Sociálny pracovník je nápomocný, chráni práva, pôsobí pri sociálnych a mravných poruchách i pri emocionálnom napätí a monitoruje aj činnosť pedagógov. Prvoradou úlohou a cieľom školskej sociálnej práce je budovanie zdravej školy ako systému.

Pôsobnosť školského sociálneho pracovníka Laca a Schavel (2011) vidia v našich podmienkach v týchto oblastiach:

- v prevencii sociálno-patologických javov;
- intervencii voči sociálno-patologickým javom;
- vytváraní pozitívnej školskej sociálnej klímy v škole;
- žiaci vyžadujúci sa osobitnú pozornosť;
- komunikácii s pedagogickým zborom a zamestnancami školy;
- komunikácii so žiakmi a ich zákonnými zástupcami;
- komunikácii s inštitúciami, s odborníkmi sociálno-právnej ochrany a kurately, lekármi, psychológmi, pedagógmi (špeciálny aj liečebný), sociálnymi pedagógmi, políciou.

Schmidtová a Juhásová (2013) zrekapitulovali služby školského sociálneho pracovníka, ktoré členia na:

- **spojené služby** (related services) - participácia na pedagogických a vzdelávacích poradách; poskytovanie poradenstva individuálneho aj skupinového; snaha o mobilizovanie rodiny a školy, kooperácia na výchove dieťaťa; asistovanie pri rozvoji intervencií orientovaných na pozitívne správanie sa žiaka.
- **služby žiakom/študentom** (services to students) - poskytovanie krízovej intervencie; riešenie konfliktov žiaka na základe mediácie, podpora dieťaťa pri rozvíjaní vhodných sociálnych zručností, pomoc dieťaťu porozumieť a akceptovať seba aj druhých.
- **služby rodičom/rodine** (services to parents/families) - rozhovor s rodinou zameraný na demaskovanie problémov, ktoré u dieťaťa predstavujú bariéru prispôbiť sa podmienkam v škole; zmiernovanie stresu rodiny, ktorý u dieťaťa zapríčiňuje jeho neschopnosť začlenenia sa do školského kolektívu; pomoc dieťaťu efektívne fungovať v rámci školskej komunity; pomoc rodičom, aby mali prístup k dostupným programom pre žiakov so špeciálnymi potrebami.
- **služby školským zamestnancom** (services to school personnel) - poskytovanie pedagogickým i nepedagogickým zamestnancom informácie ohľadom akceptácie kultúrnych, sociálnych, ekonomických, rodinných a ďalších faktorov vplývajúcich na výkon a správanie sa žiaka; odhalenie žiakov s poruchami učenia a inými problémami; poskytovanie podpory zamestnancov.
- **školská - komunitná spolupráca** (school – community liaison) - získavanie a koordinovanie komunitných zdrojov potrebných pre žiakov; poskytovanie pomoci škole, podpora zariadení zaoberajúcich sa duševným a sociálnym zdravím klientov.
- **služby okresu** (services districts) - pomoc pri rozvoji a implementovaní vzdelávacích programov žiakov, pre výnimočných/nadaných žiakov; vývoj alternatívnych programov pre problémových žiakov, záškolákov a delikventných jedincov; identifikovanie a upovedomovanie kompetentných na problémy týrania zanedbávania dieťaťa; poskytovanie konzultácií nadväzujúcich na školské právo a politiku; poskytovanie žiakom a rodinám krízovú intervenciu. (Shmidtová, Juhásová, 2013)

## ZÁVER

Problematika šikanovania na školách je nepochybne závažnou témou. Eliminácia daného prejavu agresie – sociálno-patologického javu je v kompetencii rodiny, školy /pedagógov, výchovných poradcov/, ale v neposlednom rade by mala byť aj kompetenciou školského sociálneho pracovníka. Je nevyhnutné neustále upozorňovať na tento problém

a taktiež k nemu pristupovať s opatrnosťou a citlivosťou. Aj jemné prejavy agresora, alebo prejavy obete by mali byť zachytené v rannom štádiu a zvolením vhodnej intervencie by sa mal daný problém riešiť a eliminovať, aby sa nerozšíril a neovládol celý školský priestor.

Pedagóg je zaneprázdnený vzdelávacím procesom a v určitých situáciách nemá možnosť intervenovať pri vzniku sociálnej patológie. V takýchto prípadoch by vhodným riešením bola práve legislatívna úprava, ktorá by umožňovala výkon profesie sociálneho pracovníka na školách.

### ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- BAKOŠOVÁ, Z. 2006. Sociálny pedagóg a jeho kompetencie. In *Sociálny pedagóg Zborník referátov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou*. Bratislava: UK, 2006, ISBN 80-223-2205-9.
- BENDL, S. 2003. *Prevenca a riešenie šikany ve škole*. Praha: ISV nakladateľství, 2003, 197 s. ISBN 80-86642-08-9.
- BIRKNEROVÁ, Z. 2010. *Eliminácia agresivity a šikanovania prostredníctvom prosociálnosti*. [online]. [citované 2010-10-24]. Dostupné na internete <http://www.prohuman.sk/pedagogika/eliminacia-agresivity-a-sikanovania-prostrednictvom-prosociálnosti>.
- BOURCET, S. – GRAVILLONOVÁ, I. 2006. *Šikana ve škole, na ulici, doma. Jak bránit své dítě*. Praha: Albatros nakladateľství, 2006, 71 s. ISBN 80-00-01552-8.
- CIUTTIOVÁ, B. 2008. Školská sociálna práca – prepojenie medzi školou a rodinou In *Zborník konferencie poskytovateľov sociálnych služieb rodinám s deťmi*. [online]. [citované 2008]. Dostupné na internete: <http://www.trnava.sk/userfiles/download/attachmet/zborniksoc.pdf> s. 29 - 32.
- ELLIOT, M, KILLPATRIK, J. 1994. *How to stop bullying: A Kidscape training guide*. Kidscape, London. 1994. ISBN 1-87257-201-4.
- HERETIK, A. 2004. *Forenzná psychológia*, Bratislava: Vydavateľstvo SPN, 2004, 376 s. ISBN 80-10-00341-7.
- JARÁBEK, K., KOŠTRNOVÁ, D. 2014. *Výchovný poradca*, Bratislava : MPC Bratislava, 2014, 64 s. ISBN 978-80-565-0185-6.
- KOLÁŘ, M. 2011. *Nová cesta k léčbě šikany*. Praha: Portál, 2011, 336 s. ISBN 978-80-7367-871-5.
- KOSCUROVÁ, Z. 2011. Rizikové správanie u žiakov základných škôl z pohľadu sociálneho pracovníka. In *Sociálna patológia a intervencia sociálnej práce*. Bratislava : VŠZ a SP sv. Alžbety, 2011. ISBN 978-80-8132-018-7, s. 380 – 390.

- KRÍŽOVÁ, O. 2006. Výchova k prosociálnym postojom ako cesta pre mladistvých k nájdeniu zmyslu života. In : *Adolescencia*. Bratislava: Slovenská spoločnosť pre rodinu a zodpovedné rodičovstvo, 2006, s. 128-137. ISBN80-968891-5-X.
- LACA,S. – SCHAVEL, M. 2011. Opodstatnenosť sociálnej práce v školskom prostredí v prevencii sociálno-patologických javov. In *Aplikovaná sociálna patológia v sociálnej práci*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2011. ISBN 978-80-8132-018-7, s. 366 – 379.
- LENCZ, L. a kol. 2002. *Metodický materiál II k predmetu etická výchova*. Bratislava: MPC, 2002, s. 5. ISBN 80-8052-144-1.
- RÁC, I. 2011. *Sociálna patológia a prevencia sociálno-patologických javov*. Nitra: Univerzita Konštatína Filozofa v Nitre fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 2011, 141 s. ISBN 978-80-8094-913-6.
- ROSOVÁ, D. 2013, Prevencia školského násillia. Možnosti sociálneho pracovníka – účinné stratégie pri riešení šikanovania v školách. In *Násillie v sociálnej práci*. Košice: Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty Univerzity Pavla Jozefa Šafárika, 2013. ISBN 978-80-8152-063-1, s. 165 – 173.
- SEJČOVÁ, E. 2010. *Dieťa ako obeť násillia*. Bratislava: Tlačiareň REPRO PRINT, 2010, 210 s. ISBN 978-80-969908-3-2.
- SCHMIDTOVÁ, M. – JUHÁSOVÁ, A. 2013. Miesto sociálneho pracovníka v prostredí základnej školy. In *Študentská vedecká a odborná činnosť v študijnom odbore 3.1.14 Sociálna práca*. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie konanej dňa 25.4.2013 konanej v Košiciach. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, 2013. ISBN 978-80-8152-013-6, s. 129 – 163.
- SMIKOVÁ, E., KOPÁNYIOVÁ, A. 2013. *Pedagogické možnosti znižovania agresivity detí v školskom veku*. Bratislava: Metodicko-pedagogické centrum v Bratislave, 2013, 70s. 978-80-8052-478-4
- THOLTOVÁ, J., SMIKOVÁ, E. 2006. *Prevencia a eliminácia agresivity a šikanovania v školskom prostredí. Zážitkové aktivity pre deti a mládež*. Bratislava: Ministerstvo školstva Slovenskej republiky v rámci projektu pod názvom: „Prevencia a eliminácia šikanovania na ZŠ“, 2006, 56 s.
- Zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon)

**POTREBA POSKYTOVANIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB  
PRE ĽUDÍ V POPRODUKTÍVNO M VEKU****THE NEED OF PROVIDING SOCIAL SERVICES  
FOR THE WORKING AGE POPULATION**

<sup>1</sup> Bobovnik Matej - <sup>2</sup> Bobovniková Marta

<sup>1,2</sup> Detašované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku

**ABSTRAKT**

Pre seniora a pre spoločnosť je dôležité, aby sa pripravili na dôsledky, ktoré so sebou starnutie a staroba prináša. Najčastejšie ide o ekonomické, sociálno-zdravotné a psycho-sociálne dôsledky, ktorých dopady je potrebné správnym spôsobom eliminovať. Na jednej strane tu vzniká široká možnosť uplatnenia rôznych subjektov zabezpečovania služieb pre seniorov, či už od štátneho, súkromného sektora alebo aj tretieho sektora. Na druhej strane je potrebné uvažovať nad efektívnosťou, adresnosťou a formou štátom garantovaných a poskytovaných zdravotníckych a sociálnych výhod a služieb. Na relatívne malej, no svojou mentalitou a spôsobom života zaujímavej vzorke obyvateľov Dolného Zemplína sme poukázali na špecifiká, ktoré vplývajú na život staršieho človeka. Výsledky nášho výskumu nás vedú k odporúčaniam, aby komunitné plánovanie bolo skutočným nástrojom strategického riadenia sociálnych služieb a zároveň je potrebné zabezpečiť koordinované poskytovanie sociálneho a zdravotného poradenstva, ošetrovateľskej starostlivosti a sociálnych služieb, príspevkov na sociálne služby, príspevkov na kompenzačné pomôcky a dávok na úhradu zvýšených výdavkov na živobytie, príp. ďalších nástrojov, ktoré posilnia ich sociálnu a spoločenskú integráciu.

**KLÚČOVÉ SLOVÁ:** Sociálna služba, Senior, Kvalita života, Poskytovatelia sociálnych služieb.

**ABSTRACT**

It is important to prepare seniors and whole society for the consequences that come with aging and which are connected with the old age. There are economic, socio-medical and psycho-social consequences whose impact usually needs to be correctly eliminated. On the one hand, there is the broad scope for various entities providing services for seniors, whether from government, the private sector and the third sector. On the other

hand, it is necessary to consider the efficiency, targeting and mean of health and social benefits and services that are guaranteed and delivered by state. By using a relatively small but interesting sample of the population of the region “Dolný Zemplín”, within the context of their mentality and way of life, we point out specifics that affect the life of an elderly person. Our research leads us to a recommendation that it would be very useful to use the community planning as a real tool for strategic management of social services. Within this context, it is necessary to ensure the coordinated delivery of social and health counseling, nursing care and social services, contributions for social services, mobility aids and benefits to cover their increased living expenses. Possibly, we can use additional tools to strengthen their social and society integration.

**KEYWORDS:** Social service, Senior, Quality of Life, Social services providers.

## ÚVOD

Starnutie a staroba patria medzi významné etapy ontogenetického vývinu človeka a sú prirodzenou súčasťou jeho životného cyklu. Najdôležitejším fenoménom demografického vývoja v súčasnom svete je bezprecedentná intenzita starnutia populácie. Tento vývoj výrazne podčiarkuje potrebu zvýšenia miery medzigeneračnej solidarity a potrebu integrácie starších ľudí do spoločnosti.

### **Súbor a metodika výskumu.**

Výskumnú vzorku tvorili obyvatelia Dolného Zemplína. Výskum sme realizovali v zariadeniach pre seniorov, v denných centrách a v domácnostiach, v troch mestách a v troch obciach. Zistovali sme podmienenosť spokojnosti seniora so zdravotným stavom staršieho človeka, spokojnosť a súvislosť kvality života seniora s medzigeneračnými vzťahmi v rodine a spokojnosť a závislosť seniora s poskytovaním sociálnych služieb.

Uskutočnili sme viacstupňový zámerný výber respondentov a bola vybraná charakteristická vzorka pre región Dolného Zemplína. Na získanie relevantných údajov sme použili metódu dotazníka. Výskumnú vzorku tvorilo 323 respondentov vo vekovej kategórii 55+ rokov. K štatistickému vyhodnoteniu dotazníka sme spracovali samostatné súbory. Štatistický súbor obsahoval 171 riadkov a 323 stĺpcov. Na vyhodnotenie a tvorbu frekvenčných tabuliek sme použili program EXCEL s nadstavbou KUTOOLS. Vypočítali sme priemerné hodnoty, štandardné odchýlky a hodnoty mediánu pre jednotlivé položky a na základe zistených údajov sme vyhodnotili jednotlivé odpovede respondentov. Pearso-



nov Chi-kvadrát test nezávislosti. Chi-kvadrát testom bolo možné zistiť, či sú početnosti v jednotlivých kategóriách rozdelené prirodzene, náhodne alebo či na ne vplýval určitý podnet. Testované a porovnávané teda boli priemery, ale i početnosti výskumu.

Analýzou výsledkov výskumu sme zistili, že z celkového počtu respondentov s kvalitou svojho života je spokojných 37,77%, čiastočne spokojných 47,98% a nespokojných 14,25% respondentov. Subjektívny pohľad na kvalitu života respondentov sme následne porovnávali na výsledky ich odpovedí na otázky týkajúce sa ekonomického i sociálneho statusu.

**Podmienenosť spokojnosti seniora so zdravotným stavom staršieho človeka** bola overená na základe štatistického porovnania a alternatívneho výberu odpovedí respondentov. Medzi hodnotením zdravia a spokojnosti respondentov je z pohľadu celku, rozdiel. Zároveň môžeme konštatovať, že cca 20%-tný rozdiel v porovnávaní zdravia a spokojnosti je úmerný v celej výskumnej vzorke. Kým subjektívnu spokojnosť vyjadrilo 37,77% respondentov, zdravie v rozsahu výborné, celkom dobré a dostatočné vyhodnotilo spolu 58,20% respondentov. V porovnaní hodnotenia vzťahu spokojnosti s kvalitou života respondentov v domácom prostredí (DS) a respondentov žijúcich v zariadení pre seniorov (ZpS) pri vlastnom hodnotení zdravia je v priemere 25%-tný rozdiel v prospech domácich seniorov. Zaujímavé zistenie je v porovnaní s hodnotením zdravia a spokojnosti v členení výskumnej vzorky na mestá a dediny. U respondentov z dedín je hodnotená viac o 5,75% spokojnosť s kvalitou života. V mestách je výsledok opačný a interval medzi spokojnosťou a zdravím je 30,09%. Svedčí to o nízkej spokojnosti zdravých respondentov žijúcich v mestách. V členení podľa okresov, najväčší rozptyl sme zaznamenali v okrese Michalovce 32,57%. V alternatíve, ktorú sme uplatňovali pri vyhodnocovaní hypotéz pri porovnaní spokojných a čiastočne spokojných respondentov spolu 85,75% výskumnej vzorky, je 27,55%-tný rozdiel v porovnaní s hodnotením zdravia.

S ohľadom na nepriaznivý demografický vývoj, ktorý zaznamenáva rýchly nárast staršej populácie, je potrebné zdravotnú starostlivosť vnímať ako dlhodobý proces a starostlivosť o zdravie ako jeden zo základných atribútov kvality života. Sústavné starnutie obyvateľstva má už dnes za následok zvyšujúci sa dopyt po službách dlhodobej starostlivosti.

Dlhodobú starostlivosť chápeme ako komplexné poskytovanie zdravotných, sociálnych a osobných služieb osobe s chronickými telesnými alebo duševnými poruchami. Z tohto dôvodu postupne narastá záujem koordinovať sociálne a zdravotné služby s cieľom vybalansovať systém

dlhodobej starostlivosti z jeho sociálneho a zdravotného aspektu tak, aby bol jednak efektívny v zmysle cieľa najvyššieho potenciálu zdravia a aj dlhodobo udržateľný z pohľadu financovania. Existujúci systém dlhodobej starostlivosti sa dá hodnotiť ako málo efektívny, nakoľko chronické ochorenia spotrebovávajú dlhodobo veľkú časť alokovaných finančných prostriedkov na zdravotnú starostlivosť, pričom relatívne málo pozornosti sa venuje prevencii, diagnóze a liečbe akútnych ochorení, chronických ochorení a domácej ošetrovateľskej a opatrovateľskej starostlivosti.

Podľa súčasnej platnej právnej úpravy sú sociálna pomoc a zdravotná starostlivosť o osoby, ktorým sa má podľa novo navrhovanej právnej úpravy poskytovať dlhodobá starostlivosť a podpora integrácie, upravené samostatne v rôznych právnych predpisoch. Ako ďalej prof. Hegyi uvádza, súčasný systém dlhodobej starostlivosti na Slovensku sa dostal na rázcestie, nezodpovedá dnešnej situácii najmä v zdravotníctve a vyvoláva otázky ďalšieho vývoja. Je teda zrejmé, že zdravotníctvo za súčasných podmienok neposkytuje seniorom dlhodobú starostlivosť. V zariadeniach sociálnej starostlivosti je situácia o niečo priaznivejšia avšak, ako uvádza prof. Hegyi, s výhradou, že by bola želateľná optimalizácia poskytovania zdravotníckej, ale najmä lekárskej starostlivosti. Akokoľvek vzaté, dlhodobá starostlivosť je predovšetkým otázkou finančného krytia, pričom je potrebné konštatovať, že súčasný spôsob poskytovania dlhodobej starostlivosti seniorom najmä v rezorte zdravotníctva si vyžaduje neodkladné komplexné riešenie.

Základom komplexného riešenia by malo byť vytvorenie takého systému služieb a ďalších nástrojov dlhodobej starostlivosti a podpory integrácie, ktorý bude spĺňať požiadavky na riadenie kvality služieb, čím by sa od začiatku zabezpečila aj ochrana základných ľudských práv osôb, vstupujúcich do systému. Týmto by bolo možné predísť zhoršovaniu kvality života u starších osôb s oslabeným zdravím a so zdravotným postihnutím. Navyše, využitím aktivačnej povahy zdravotných a sociálnych služieb ako aj ďalších nástrojov dlhodobej starostlivosti pre tieto osoby, sa môže zvýšiť miera ich nezávislosti a sebaobslužnosti, čím sa posilní účasť starších ľudí na spoločenskom živote. Podstatným prvkom a predpokladom zvýšenia spoločenskej participácie starších ľudí vo väzbe na vyššie uvedené je predovšetkým koordinované poskytovanie sociálneho a zdravotného poradenstva, ošetrovateľskej starostlivosti a sociálnych služieb, príspevkov na sociálne služby, príspevkov na kompenzačné pomôcky a dávok na úhradu zvýšených výdavkov na živobytie, príp. ďalších nástrojov, ktoré posilnia ich sociálnu a spoločenskú integráciu.

**Spokojnosť a súvislosť kvality života seniora s medzigeneračnými vzťahmi v rodine** sme v rámci dotazníkového

skúmania overovali cez 7 položiek. Zisťovali sme poradie životných cieľov respondentov. Výsledkom je, že za najdôležitejší životný cieľ 149 respondentov považuje zabezpečenie a výchovu detí, 96 respondentov dobre fungujúcu rodinu, 35 respondentov zabezpečenie vlastného bývania, 24 respondentov zaujímavú a zmysluplnú prácu a pre 16 respondentov je najdôležitejším životným cieľom cestovanie a spoznávanie nových ľudí. Na otázku, kto im poskytuje sociálnu oporu 74% ženatých (vydaté) respondentov odpovedalo, že manžel (manželka) a 88% respondentov (mimo slobodných, bezdetných a tých, čo uviedli oporu v životnom partnerovi) uviedlo, že deti. Z 208 respondentov žijúcich v domácom prostredí, 88 respondentov žije vo viacgeneračných rodinách. V rámci štatistického výberu sme zistili, že všetci seniori žijúci vo viacgeneračných rodinách sú spokojní s kvalitou svojho života. Pred testovaním hypotézy – Seniori žijúci vo viacgeneračných rodinách vykazujú vyššiu životnú spokojnosť, ako seniori žijúci osamote – sme zisťovali vzťah ich ekonomickej závislosti a zdravia. Na základe výsledkov štatistického výberu je možné potvrdiť vyššiu životnú spokojnosť seniorov žijúcich vo viacgeneračných rodinách, oproti seniorom žijúcim osamote.

Ondrejkovič a Majerčíková (2006, s. 22) uvádzajú, že spôsob rodinného života zahŕňa čoraz častejšie viac generácií, ale s menším počtom členov tej istej generácie. V súčasnosti viacgeneračné spolužitie možno pozorovať nie ako dôsledok tradície, ale ako vynútenú skutočnosť, ktorá je podmienená zlou bytovou a materiálnou situáciou mladých rodín (Hartár, 2008). Viacgeneračné spolužitie je tmelom rodinných vzťahov, ale i zdrojom medzigeneračných konfliktov. V súčasnosti však silnejú tendencie izolácie mladšej generácie od staršej. Výhodou tejto izolácie je nerušené rešpektovanie potrieb a odlišných záujmov generácií. Nevýhodou je však pretrhnutie nevyhnutných sociálnych väzieb medzi rodičmi, prarodičmi a deťmi. Je nepochybné, že osamelosť starších ľudí je možné riešiť práve medzigeneračným súžitím. Transgeneračné citové vzťahy sú dôležitým obohatením nielen pre deti, ale i pre rodičov a prarodičov. Na základe vedeckých poznatkov a výsledkov nášho výskumu zastávame názor, že viacgeneračné spolužitie má pozitívny vplyv na vzájomné vzťahy medzi príslušníkmi mladšej a staršej generácie.

**Spokojnosť a závislosť seniora s poskytovaním sociálnych služieb** bola v rámci dotazníka zisťovaná na základe troch otázok členených na využívanie benefitov pre seniorov poskytovaných samosprávou miest a obcí, využívanie sociálnych služieb poskytovaných samosprávou miest a obcí pre prijímateľov sociálnych služieb odkázaných na sociálnu službu a dotazovali sme sa i na poberanie peňažného príspevku na osobnú asis-

tenciu, či na opatrovanie. V rámci vyhodnotenia odpovedí na zdravotný stav respondentov, súbor nesebestačných prijímateľov sociálnych služieb tvorí 115 respondentov, z ktorých 58 je žijúcich v ZpS a 57 je žijúcich v domácom prostredí. Štatistickým overovaním bolo zistené, že domáca opatrovateľská služba je poskytovaná 19 respondentom zaradeným do súboru nesebestačných prijímateľov. 33% nesebestačných respondentov nie je prijímateľom sociálnej služby. 19,23% zo štatisticky významnej vzorky respondentov nevie o možnosti pomoci formou sociálnych služieb. Pri posudzovaní sebestačnosti a pri posudzovaní zdravia je 27,4% respondentov štatisticky významných pre posudzovanie poberania sociálnych služieb (opatrovanie, osobná asistencia) z pohľadu sebestačnosti a 33,65% respondentov štatisticky významných pre posudzovanie poberania sociálnych služieb (opatrovanie, osobná asistencia) z pohľadu zdravia. Z výskumnej vzorky je 19 respondentov prijímateľom opatrovateľskej služby, 23 respondentov je poberateľom príspevku na osobnú asistenciu a 8 respondentov je poberateľom príspevku na opatrovanie, čo tvorí spolu 24%. Na základe zistených štatistických hodnôt vyplýva, že z pohľadu sebestačnosti nepoberá sociálne služby 3,4% respondentov a z pohľadu zdravia 9,65% respondentov, ktorí hodnotili svoje zdravie „skôr zlé“ a „zlé“. Na otázku č. 21 týkajúcu sa benefitov poskytovaných verejnou správou respondenti mali vybrať jednu alebo viac zo 7-mich možností. Percentuálne štatistické výsledky odzrkadľujú skutočnosť, že benefity pre seniorov nie sú na dedinách poskytované a v mestách Dolného Zemplína sú málo využívané. 165 respondentov odpovedalo, že benefity nevyužíva a 59 respondentov uviedlo, že nevie o benefitoch pre seniorov. Výsledky za mestá v odpovedi 6 zahŕňajú respondentov bývajúcich v zariadeniach pre seniorov. Takto redukované výsledky spresňujú nevyužívanie benefitov respondentmi z miest na 15,48%. Benefity nevyužíva 44,83% a o benefitoch nevie 27,59% respondentov bývajúcich na dedine. Najviac preferovaný a využívaný benefit uvádzaný respondentmi sú spoločné posedenia pre seniorov v denných centrách.

Jedným z verejných poskytovateľov sociálnych služieb je obec. Zákon o obecnom zriadení č. 369/1990 Z. z. v §1 uvádza, že základnou úlohou obce pri výkone samosprávy je starostlivosť o všestranný rozvoj jej územia a o potreby jej obyvateľov. V §4 zákona je uvedené, že obec pri výkone samosprávy plní úlohy na úseku sociálnej pomoci v rozsahu podľa osobitného predpisu. Jedným z osobitných predpisov je i zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov, ktorý upravuje právne vzťahy pri poskytovaní sociálnych služieb, financovanie sociálnych služieb a dohľad nad poskyto-

vaním sociálnych služieb. V §8 je uvedené, že obec v rozsahu svojej pôsobnosti zabezpečuje dostupnosť sociálnej služby pre fyzickú osobu, ktorá je odkázaná na sociálnu službu, a právo výberu sociálnej služby za podmienok ustanovených týmto zákonom. V zákone je stanovené, že obec vypracúva a schvaľuje komunitný plán sociálnych služieb na základe národných priorít rozvoja sociálnych služieb, v ktorom zohľadňuje miestne špecifiká a potreby fyzických osôb v oblasti sociálnych služieb poskytovaných v jej územnom obvode, určuje potreby rozvoja sociálnych služieb a určuje personálne podmienky, finančné podmienky, prevádzkové podmienky a organizačné podmienky na ich zabezpečenie. Medzi zákonné povinnosti a možnosti obce je vydávať na svojom území všeobecne záväzné nariadenie o rozsahu poskytovania sociálnych služieb a o spôsobe a výške úhrady za sociálne služby. Je treba poznamenať, že mnohé obce si zákonné povinnosti plnia formálne. Skutočné poskytovanie benefitov ako i rozsahu sociálnych služieb je závislé od verejných zdrojov. V rámci prenesených kompetencií sa jedná o zdroje poskytnuté cez rozpočet obce verejným poskytovateľom sociálnych služieb. V rámci originálnych kompetencií, z ktorých sú financované benefity sa jedná o prerozdelenie zdrojov v rámci programového rozpočtu obce na program sociálne služby, ktorého rozsah a finančné krytie je schvaľované obecným zastupiteľstvom.

Na základe analýzy získaných výsledkov výskumu navrhujeme:

- Podnecovať interakciu medzi mladšou generáciou a seniormi, v záujme zvýšenia tvorby viacgeneračných domácností, ktorá sa javí ako efektívny nástroj pri znižovaní vekovo diskriminačných predsudkov voči starším ľuďom.
- Programovo zvyšovať kvalitu života starších ľudí, formou tvorby, efektívneho využívania a naplňania komunitných plánov obcí a miest tak, aby komunitné plánovanie bolo skutočným nástrojom strategického riadenia sociálnych služieb.
- Koordinovať sociálne a zdravotné služby s cieľom vybalansovať systém dlhodobej starostlivosti z jeho sociálneho a zdravotného aspektu tak, aby bol efektívny jednak v zmysle cieľa najvyššieho potenciálu zdravia a aj dlhodobo udržateľný z pohľadu financovania.

## ZÁVER

Kvalita života a sociálny rozvoj sú bezprostredne prepojené. Východiskom sociálneho rozvoja je uspokojovanie základných potrieb a zabezpečenie štandardu už dosiahnutej kvality života. Ani jedna spoločnosť nie je schopná zabezpečiť rovnosť kvality života všetkým svojim členom. Nerovnosti sú súčasťou života, ale ide o mieru nerovnosti. V 21. storočí nadobúda kvalita života hlbší sociálny rozmer, ako protiváha sociálnych nerovností limitujúcich dôstojný život človeka.

## ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- HATÁR, C. 2008. *Edukácia seniorov v sociálnych zariadeniach*. 1.vyd. Nitra: EFFETA Stredisko sv. Františka Saleského, 2008. 125 s. ISBN 978-80-89245-08-6.
- HEGYI, L. 2001 *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí*. 1. vydanie, Trnava: Slovak Academic Press, 2001. 127 s. ISBN 80-88908-80-9.
- HETTEŠ, M. 2011. *Starnutie spoločnosti*. 1. vydanie, Bratislava, 2011. 192 s. ISBN 978-80-8132-031-6.
- KINLEY, DAVID: *Civilising globalisation; human rights and the global economy*; Cambridge University Press, 2009; xiv, 256 s. ; 23 cm; ISBN 978-0-521-71624-6
- ONDREJKOVIČ, P.; MAJERČÍKOVÁ, J. 2006. Zmeny v spoločnosti a zmeny v rodine – kontinuita a zmena. Príspevok k diskusií o charaktere rodiny na Slovensku. In *Sociológia – Slovak Sociological Review*. ISSN 0049 – 1225, vol. 38, no. 1, s. 5 – 30.

**ELDERSPEAK V INŠTITUCIONÁLNEJ  
STAROSTLIVOSTI O SENIOROV****ELDERSPEAK IN INSTITUTIONAL CARE***Boroňová Jana*

Katedra ošetrovateľstva Fakulty zdravotníctva a sociálne práce TU v Trnave

**ABSTRAKT**

Elderspeak je štýl komunikácie bežne používaný mladšími dospelými vo vzťahu so staršími dospelými v spoločnosti. Ide o blahosklonnú formu jazyka s ľuďmi, ktorí sú považovaní za ťažšie chápaných priamu komunikáciu, medzi ktorých viacerí radia aj seniorov. Starší ľudia sú vo všeobecnej rovine považovaní za menej „pružných“, často krát dlhšie reagujúcich na podnet, takže mladšie osoby v komunikácii s nimi využívajú jednoduchší komunikačný štýl so zmenou emocionálneho tónu reči a zmenou ďalších paralingvistických a neverbálnych prvkov komunikácie. Tieto negatívne stereotypy, výrazne ovplyvňujúce intergeneračnú komunikáciu, sú hlboko zakorenené v spoločnosti.

**KEÚČOVÉ SLOVÁ:** Elderspeak. Senior. Inštitucionálna starostlivosť. Komunikácia.

**ABSTRACT**

Elderspeak is a form of communication commonly used by younger adults in relationships with older adults in society. It is a condescending form of communication with people who are considered to be unable to communicate directly (a lot of people believe older people belong to this group). Older people are generally considered to be less flexible, many times their response to stimulus takes longer time than is usual, so younger people use simplified communication style with changed emotional tone and other paralinguistic elements of communication. These negative stereotypes markedly influence intergenerational communication and they are deeply rooted in our society.

**KEYWORDS:** Elderspeak. Senior. Institutional care. Communication.

Elderspeak – nevhodný štýl komunikácie so seniormi - sa nazýva aj „secondary baby talk“, či „bábätkovská reč“, keďže ho charakterizujú zjednodušená slovná zásoba a gramatika, prehnaná intonácia, či zvýšená hlasitosť. Pre tento štýl komunikácie sú typické kratšie vety a opakovanie.

Ide o inhibujúcu komunikačnú techniku, ktorá vychádza zo stereotypov nereálneho hodnotenia seniorov a ich schopností (Pokorná, 2010).

Komunikácia so seniormi v zdravotníckych i sociálnych zariadeniach je „kriticky“ dôležitá a to jednak v udržiavaní kontaktu s inými ľuďmi, tak ako aj vo vzťahu k sebe samým. „Úspešné starnutie“ je definované nielen ako fyzické a funkčné zdravie, ale aj ako fungovanie a zapojenie do sociálnych vzťahov (Backhaus, 2011). Aktívne prepojenie s inými ľuďmi cez interpersonálne vzťahy a produktívnu aktivitu je nevyhnutné na zrealizovanie funkčných kapacít a dosiahnutie úspešného starnutia.

Využívanie elderspeaku je popisované častejšie v zariadeniach poskytujúcich sociálnu starostlivosť než v zdravotníckych zariadeniach, kde je poskytovaná akútna zdravotná starostlivosť, prípadne v komunitnej sfére napr. prostredníctvom agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (Pokorná, 2010).

V rámci skúmania *verbálnej komunikácie* bola identifikovaná menšia rýchlosť reči, častejšie opakovanie slov, či viet, jednoduchšia slovná zásoba a redukovaná gramatická zložitosť – všetko typické v komunikácii so seniormi. Charakteristické črty elderspeaku zahŕňajú stratégie prílišného zjednodušovania a vyjasňovania a zmeny emočného tónu – to všetko naznačuje „neschopnosť“ poslucháča. Zjednodušovanie syntaxu obsahuje redukciu gramatickej zložitosti, dĺžky viet a odráža sa aj v slovnej zásobe používanej zdravotníkom alebo sociálnym pracovníkom, či v objeme myšlienok odkomunikovaných seniorovi. Opakovanie a zmenená rytmická stránka reči sú pokusy o zjednodušenie rozprávania. To zahŕňa parafrazovanie alebo doslovné opakovanie obsahu komunikácie, takisto ako aj vysoké stúpanie hlasu a intonácia charakteristická pre „baby talk“. Ostatné charakteristické črty elderspeaku sú používanie zdobenín, či otázok na konci vety (napr.: „že?“, „však?“). Zdobneniny pozostávajú napr. z prejavov lásky – typu „zlatý chlapček“, „miláčik“, „zlatinko“ a naznačujú dynamiku rozhovoru „dieťa – rodič“. Nevhodné využívanie pojmov z detského jazyka („papať“, „hačať“, „hajkať“...). Oslovovanie prezývkou či neakceptovanie požiadaviek na oslovovanie preferované seniorom. Používanie plurálu tam, kde by malo byť použité jednotné číslo (hovoríme s jednou osobou), naznačuje, že senior nevie jednať sám, napr.: „*Chceme ísť teraz pozerat' televíziu?*“. Frekventované sú aj príviesné otázky na konci vety, napr.: „*Chcete vajíčka na olovrant, však?*“, ktoré sa používajú na dovolávanie sa súhlasu, namiesto priamej otázky: „*Čo by ste si dali na olovrant?*“. Akokoľvek – implikácia je, že ten, kto takto hovorí, navádza poslucháča vybrať vhodnú odpoveď. Ide o navádzanie



k odpovedi. Všetky charakteristické črty elderspeaku nepriamo naznačujú, že senior je neschopný, nekompetentný a závislý.

Ďalšími významnými črtami elderspeaku sú úpravy v *neverbálnej komunikácii* – používanie nadmernej mimiky (veľmi často bez zhody s obsahom slov), neudržanie očného kontaktu, nedodržiavanie proxemickej vzdialenosti aj v prípade neinštrumentálnych činností, gestá, ktoré príliš významne menia základné emočné alebo citové odkazy v komunikácii v rámci starostlivosti, rešpektu a kontroly. Obmedzený je haptický kontakt. V podstate ošetrojúci či opatrujúci personál môže pridať zdrobneniny a iné verbálne a neverbálne črty elderspeaku na zjemnenie základných príkazov; napr. „*Musíte ísť do izby*“ môže byť zjemnený na: „*Tak ide-me, zlatko*“. Príliš starostlivý tón zjemňuje príkaz, no akokoľvek – výsledok je infantilné podanie príkazu. „Normálna“ reč dospelých indikuje, že senior je schopný pochopiť príkaz a zrealizovať ho samostatne (ak mu v tom nebránia iné ochorenia, resp. postihnutia).

V rámci paralingvistických prejavov ide o zvýšený tón hlasu či spomalené rečové tempo. Elderspeak veľmi ľahko preniká do konverzácie, človek si to ani nemusí uvedomovať.

Senior s bez narušených kognitívnych funkcií ihneď rozpozná elderspeak a podá negatívne reakcie na takýto spôsob komunikácie. V Kemperovej a Hardenovej štúdii (Backhaus, 2011) seniormu, ktorému bola zadaná úloha od mladších ľudí formou elderspeaku, ju vyhodnotili ako „blahosklonnú“, detinskú a ponížujúcu. Preukázaný bol vyšší stupeň náročnosti pri splnení zadanej úlohy ako pri senioroch, ktorým bola úloha zadaná bez elderspeaku. Možno konštatovať, že sémantické spracovanie, zahrňujúce opakovania, parafrázovanie či limitované spájanie slov do viet, poskytli aj benefity pri pochopení. Hoci elderspeak môže byť propagovaný ako efektívny spôsob komunikácie a vykazuje starostlivosť, výskum demonštruje, že tieto ciele nedosahuje. V dôsledku depresie či prevzatia správania stereotypov starších ľudí sa možno u nich objavuje pokles aktivít spojených so starostlivosťou o seba. Redukcia týchto aktivít, vyžadujúcich pohybové zručnosti (napr. obliecť sa), môže viesť k rapidnému úpadku svalovej hmoty, flexibility, čo môže prispievať k celkovému úpadku a permanentnej závislosti na iných. Naopak, praktizovanie týchto aktivít môže daný proces spomaliť.

Kognitívna funkcia funguje na princípe – „použi alebo o to prídeš“. Teoretici prehlasujú, že mentálne cvičenie podporuje optimálne fungovanie kognitívnych činností v staršom veku a dôkazom toho je, že nedostatok kognitívnych výziev predurčuje ich pokles. Kognitívny pokles sa môže objaviť, keď starší ľudia prijímajú zjednodušenú komunikáciu,

charakteristickú pre elderspeak, ako protiklad stimulujúcej komunikácie stretnutia dospelých jedincov. Dôvera v to, že seniori ľudia sú schopní vykonávať samostatne činnosti, sa takisto spája s udržiavaním kognitívnych schopností v staršom veku. Detinská, pre dospelých dehonestujúca komunikácia nabáda seniorov, aby boli závislí na ošetrovateľskom i opatrovateľskom personály a redukuje ich samostatnosť. Nedostatok schopnosti správne komunikovať zo strany personálu vedie k zlyhaniu podporovania seniorov byť samostatnými a neudržiavaniu ich kognitívnych zručností. Nevhodne prispôbená reč môže vyústiť v to, že senior sa naučí bezmocnosti. Odkazy takejto komunikácie, podporujúce neschopnosť a závislosť spolu s evidentnou stratou osobnej kontroly nad okolím, môžu viesť k pasivite seniora. Ten síce prijíma poskytovanú starostlivosť, ale motiváciu ani vieru vo vlastné schopnosti myslieť a konať nezávisle nemá. Tento postoj získanej bezmocnosti môže viesť k ďalšiemu úpadku a poklesu kognitívnych a funkčných kapacít. Vzniká tak akýsi začarovaný kruh. Výskum preukázal, že labilní a krehkí seniori môžu vyhodnotiť podporu a pomoc ponúkanú prostredníctvom „detinskej“ reči a poňať ju pozitívne. Akokoľvek, elderspeak je vnímaný väčšinou starších ľudí negatívne. Ošetrovateľský a opatrovateľský personál, ktorý používa elderspeak v komunikácii so seniormi, verí, že to zlepšuje komunikáciu a demonštruje starostlivosť (Backhaus, 2011). Personál má síce dobrý zámer, ale dopad je negatívny. Avšak výskum dokazuje, že seniori, ktorí nemajú pokles kognitívnych funkcií, rozpoznávajú elderspeak, pripadá im detinský a nenachádzajú pre neho pochopenie.

Elderspeak nie je efektívnou komunikáciou, pretože môže ľahko zapríčiniť nedorozumenie, nespokojnosť geriatrického pacienta a slabú až nedostatočnú výmenu informácií. Takáto chabá komunikácia môže viesť k medicínskym problémom a celkovo nedostatočnej zdravotnej starostlivosti. Rovnako platí, že seniori, s ktorými sa komunikuje formou elderspeaku, môžu reagovať závislým správaním, zníženým sebedomím, frustráciou a nedostatkom rešpektu voči zdravotnému personálu, taktiež - zdravotníkovi môžu poskytnúť odpovede, o ktorých si myslia, že sa od nich očakávajú, pričom nemusia byť pravdivé (Hart, 2010). Týmto dochádza k odklonu správneho zamerania ošetrovateľskej, lekárskej či sociálnej starostlivosti, hoci aj v domnienke, že táto ide správnym smerom.

Dobrý vzťah s pacientom či klientom je kľúčom k udržaniu kvalitnej zdravotnej i sociálnej starostlivosti a kvality života seniora. Efektívna komunikácia s ním dáva signál k tomu, že zdravotník si váži pacienta (klienta) ako človeka. Rovnako tak sa komunikácia stáva spojením emočným. Ako každý, aj starší človek uprednostňuje komunikáciu, ktorá zahŕňa emočný tón dokazujúci starostlivosť a kontrolu a vypovedajúci to, že

poslucháč je považovaný za rovnocenného komunikátora, schopného pochopiť odkaz a správať sa samostatne.

#### **ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY**

- BACKHAUS, P. 2011. *Communication in Elderly care*. Milton Keynes UK. 2011. 226 p. ISBN 978-1-4411-1254-5.
- HART, V. A. 2010. *Patient – Provider Communications. Caring to Listen*. Jones and Bartlett Publisher, USA, 2010. 318 p. ISBN 978-0-7637-6169-1.
- POKORNÁ, A. 2010. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO, 2010. 104 s. ISBN 978-80-7013-524-2.

# CESTA KU KVALITNÝM SOCIÁLNYM SLUŽBÁM DEINŠTITUCIONALIZÁCIA ZARIADENIA LIDWINA – DOMOV SOCIÁLNYCH SLUŽIEB STRÁŽSKE

---

## THE ROAD TO QUALITY SOCIAL SERVICES DEINSTITUTIONALIZATION OF LADWINA- HOME OF SOCIAL SERVICES STRÁŽSKE

*Bušaničová Lýdia*

Detašované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku

### **ABSTRAKT**

Slovenskej republiky z členstva v EÚ vyplýva povinnosť dodržiavať, rešpektovať a podporovať obsah a plnenie platných medzinárodných dokumentov v súvislosti s ochranou ľudských práv a práv osôb s postihnutím. Každý občan s postihnutím v našej spoločnosti má právo na kvalitný a plnohodnotný život. Národné priority rozvoja sociálnych služieb v SR na roky 2015-2020 preferujú zmeny v systéme poskytovania sociálnych služieb, prechod z inštitucionálnej formy poskytovania sociálnych služieb na komunitnú – deinštitucionalizáciu so zameraním na individuálnu podporu občana v prirodzenom prostredí. Hlavným cieľom je poskytnúť občanovi novú možnosť riešenia jeho sociálnej situácie, ktorá rešpektuje jeho práva, zabezpečuje naplnenie individuálnych potrieb a možností jeho osobnostného rozvoja. Deinštitucionalizácia je dlhodobým procesom zásadných zmien v systéme poskytovania sociálnych služieb. Nevyhnutnou potrebou v oblasti vzdelávania sociálnej práce je príprava kvalifikovaných sociálnych pracovníkov na prechod od klasických sociálnych služieb na komunitné. V príspevku dokumentujeme pilotný projekt deinštitucionalizácie v konkrétnom zariadení LIDWINA – DSS Strážske.

**Kľúčové slová:** Ľudské práva. Deinštitucionalizácia. Sociálne služby. Prijímateľ.

### **LEGISLATÍVNE VÝCHODISKÁ**

Osoby so zdravotným postihnutím majú rovnaké ľudské práva ako všetci ostatní, ktorých podpora, ochrana a uplatňovanie si vyžadujú špeciálny prístup zodpovedajúci potrebám, možnostiach a schopnostiam osôb so zdravotným postihnutím (MPSVR, 2011).

Ochrana ľudských práv je dôležitá pre každého človeka, osobitne pre takého, ktorý z akýchkoľvek dôvodov potrebuje pomoc a ochranu pri ich uplatňovaní. Potreba zabezpečiť osobám so zdravotným postihnutím osobitnú starostlivosť je zakotvená a zvýraznená v rôznych významných medzinárodných dokumentoch.

Slovenská republika sa zaviazala ako člen Európskej únie a ďalších medzinárodných organizácií dodržiavať, rešpektovať a podporovať obsah a plnenie platných medzinárodných dokumentov. Medzi najvýznamnejšie dokumenty o ľudských právach patrí:

- Všeobecná deklarácia ľudských práv,
- Medzinárodný pakt o občianskych a politických právach,
- Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach,
- Dohovor o právach dieťaťa,
- Európska sociálna charta,
- Madridský medzinárodný akčný plán pre problematiku starnutia,
- Princípy OSN vo vzťahu k starším osobám,
- Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím.

Dohovor predstavuje základný východiskový dokument pre všetky ostatné medzinárodné dokumenty, ktoré boli prijaté na európskom alebo širšom medzinárodnom fóre a ktoré sa týkajú ochrany práv osôb so zdravotným postihnutím. NR SR Dohovor ratifikovala 26.05.2010. Článok 19 Dohovoru zaväzuje zmluvné strany k uznaniu rovnakých práv pre všetky osoby so zdravotným postihnutím žiť v spoločenstve s rovnakými možnosťami voľby na rovnoprávnom základe s ostatnými, prijať účinné a primerané opatrenia, ktoré umožnia plné využívanie tohto práva s osobami so zdravotným postihnutím a ich plné začlenenie a zapojenie so spoločnosti. Dohovor považuje za osoby so zdravotným postihnutím najmä osoby so zdravotným postihnutím, s dlhodobými telesnými, mentálnymi, intelektuálnymi alebo zmyslovými postihnutiami, ktoré v súčasnosti s rôznymi prekážkami môžu brániť ich plnému a účinnému zapojeniu do života spoločnosti. Zmluvné strany Dohovoru majú zabezpečiť osobám so zdravotným postihnutím možnosť voľby miesta pobytu, ako aj to, kde a s kým budú žiť a to, aby neboli nútené žiť v určitom konkrétnom prostredí, aby mali prístup k celému spektru podporných služieb, ktoré sú nevyhnutné pre nezávislý život v spoločnosti a pre začlenenie sa do nej, a zabráňujú izolácii a segregácii v spoločnosti. Ďalej majú zabezpečiť to, aby boli komunitné služby a zariadenia pre širokú verejnosť dostupné za

rovnakých podmienok aj osobám so zdravotným postihnutím a aby zohľadňovali ich potreby. Medzi najdôležitejšie práva považujeme:

- Ochrana integrity osobnosti,
- Rešpektovanie súkromia,
- Vzdelávanie,
- Habilitácia a rehabilitácia,
- Práca a zamestnanie.

## **DEINŠTITUCIONALIZÁCIA V SR**

Na národnej úrovni boli prijaté základné dokumenty ako nástroj štátnej politiky na smerovanie a prezentovanie východiskových systémových záujmov, úloh a podporných opatrení pre oblasť sociálnych služieb. Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015-2020 reflektujú na aktuálnu situáciu v SR, predovšetkým na nedostatok kapacity sociálnych služieb poskytovaných v prirodzenom, domácom či komunitnom prostredí, potrebu zabezpečenia udržateľnosti financovania sociálnych služieb a rozvoja ich kvality (MPSVR, 2014). Národné priority majú ambíciu zachytiť všetky kľúčové trendy v rozvoji sociálnych služieb 21. storočia pre ľudí v nepriaznivej sociálnej situácii odkázaných na pomoc a podporu inej osoby, či pre jednotlivcov a rodiny, ktoré sa náhle ocitli v nepriaznivej životnej situácii a potrebujú pomoc. Tento dokument rieši základné otázky v plánovaní a štruktúrovaní ponuky služieb pre obyvateľov a akým spôsobom sa majú realizovať. Ako zabezpečiť jednotlivé územia potrebnými službami a ako účelne a hospodárne ich sieťovať v záujme dosiahnutia čo najkomplexnejších a najefektívnejších ponúk pre uspokojenie potrieb ľudí.

Ďalším dôležitým dokumentom orientujúcim sa na zmenu v systéme sociálnych služieb je Stratégia deinštitucionalizácie (DEI) systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike, kde prevláda inštitucionálny charakter poskytovania sociálnych služieb. I napriek všetkým snahám o humanizáciu služieb sa nepodarilo dosiahnuť výraznejšie úspechy k napĺňaniu práv občanov s postihnutím so zreteľom na ich individuálne potreby a vytváranie predpokladov pre nezávislý život v integrovanom prostredí. Tu nastáva výrazná potreba zmeniť systém inštitucionálnej starostlivosti prevládajúci v našich podmienkach a transformovať a deinštitucionalizovať na systém poskytovania sociálnych služieb v prirodzenom prostredí. Mnoho občanov žije v zariadeniach sociálnych služieb, ktoré ich väčšinou oddeľujú od spoločnosti. Nemajú dostatočnú kontrolu nad svojim životom a rozhodnutiami. Sú izolovaní od širšieho spoločenstva, alebo sú nútení k spoločnému žitiu. V inštitucionálnej starostlivosti prevláda kolektívny prístup, ktorý negatívne vplyva

na zdravie a osobný rozvoj prijímateľa sociálnej služby, vedie k sociálnemu vylúčeniu, pasivite a často i k bezmocnosti.

V súlade s európskou stratégiou je formulovaný i hlavný cieľ a to prechod od inštitucionálnej starostlivosti ku komunitnej. Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách kladie dôraz na uspokojovanie individuálnych potrieb prijímateľov sociálnych služieb, poskytovanie sociálnych služieb na základe individuálneho rozvojového plánu a preferuje prirodzené domáce prostredie pri poskytovaní sociálnych služieb.

Deinštitucionalizácia je dlhodobým procesom zásadných zmien v systéme poskytovania sociálnych služieb. Z princípov Národných priorít aj z priorít Európskeho spoločenstva je deinštitucionalizácia sociálnych služieb prevádzkované zariadení s nízkou kapacitou. Podstatou deinštitucionalizácie je zmena v zmysle prechodu z inštitucionálneho poskytovania sociálnych služieb smerom k poskytovaniu služieb zameraných na individuálnu podporu života človeka v prirodzenom prostredí s cieľom poskytnúť kvalitnú novú možnosť riešenia jeho sociálnej situácie, ktorá rešpektuje jeho práva, zabezpečuje naplnenie jeho individuálnych potrieb a možností osobnostného rozvoja. Jej cieľom je ponúknuť prijímateľovi konkrétneho zariadenia namiesto služieb v inštitúcii iný druh služby v prirodzenom prostredí, domácom či komunitnom a umožniť mu rozvíjať rodinné a spoločenské vzťahy s okolím, prihliadajúc na jeho individuálne schopnosti a možnosti zaradenia do spoločenského života. Zavádzanie tohto nového systému si vyžaduje vytvárať a zriaďovať sieť nových komunitných a podporných služieb tak aby boli dostupné pre všetkých občanov, ktorí sú na tieto služby odkázaní.

Zásadné zmeny v systéme poskytovania sociálnych služieb si vyžadujú i zmeny v oblasti vzdelávania sociálnej práce. Prechod z inštitucionálnej starostlivosti na komunitnú mení formy a metódy práce s prijímateľom, ktorých cieľom je pripraviť prijímateľa sociálnej služby na život v komunite. Príprava kvalifikovaných sociálnych pracovníkov na vysokých školách by mala reflektovať na zmeny v systéme sociálnych služieb a orientovať sa na budúci vývoj v poskytovaní sociálnych služieb.

Základnými východiskami deinštitucionalizácie sú:

- Zavedenie princípov nezávislého života a rešpektovanie práv osôb so zdravotným postihnutím,
- Rovnosť príležitostí,
- Nediskriminácia,

- Rešpektovanie odlišnosti a prijímania osôb so zdravotným a mentálnym postihnutím ako súčasťou ľudskej rozmanitosti a prirodzenosti,
- Plné a účinné zapojenie sa a začlenenie do spoločnosti,
- Podpora vzniku efektívnej siete nových a existujúcich alternatívnych komunitných služieb.

Deinštitucionalizáciu nemôžeme chápať ako novú formu bývania, ale hlavne ako zmenu prístupu k prijímateľovi služby, ktorý má určité mentálne odlišnosti a s určitou mierou podpory sa môže zaradiť do bežnej spoločnosti.

Medzi krátkodobé ciele deinštitucionalizácie patrí:

1. Pilotne overiť postupy premeny inštitucionálnej starostlivosti vo vybraných zariadeniach sociálnych služieb na Slovensku.
2. Navrhnuť a postupne zaviesť komplex podporných služieb komunitného charakteru podľa individuálnych potrieb prijímateľov zariadenia a odkázaných občanov určitého územia, v ktorom bude deinštitucionalizácia prebiehať.

#### **PILOTNÝ PROJEKT DEINŠTITUCIONALIZÁCIE V KOŠICKOM KRAJI**

Za účelom splnenia prvého cieľa sa v roku 2014 začal realizovať Národný projekt prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb. Pre pilotné overenie zmien v systéme poskytovania sociálnych služieb bolo vybraných 8 zariadení sociálnych služieb zo všetkých krajov Slovenska. V Košickom kraji do pilotného projektu deinštitucionalizácie bolo zaradené zariadenie LIDWINA – Domov sociálnych služieb v Strážskom.

LIDWINA – DSS bolo do procesu DI zaradené z dôvodu, že je veľkokapacitné zariadenie, v ktorom sa poskytuje sociálna služba 80 prijímateľom. Ďalším kritériom bolo:

- Prijímatelia bývajú v dvojlôžkových, trojlôžkových, ale aj osemľôžkových izbách bez vlastného sociálneho zariadenia.
- Sociálna služba sa im poskytuje na dobrej úrovni, je však poskytovaná len v rámci možnosti veľkokapacitného zariadenia,
- Rovnako ako vo všetkých pobytových zariadeniach je aj v DSS LIDWINA určený denný režim (stravovanie, denné činnosti, hygiena...). Možnosť klientov naplánovať si svoj deň je z dôvodu priestorového a personálneho minimálna.
- Veková štruktúra prijímateľov plne zodpovedá požiadavkám Národného projektu DI.



- Má nevyhovujúce bytové podmienky, existujúce bariéry v prostredí.
- Predimenzovanosť bytových priestorov (8-10 posteľové izby), pričom nie je možné zabezpečiť súkromie prijímateľov SS.
- Prijímatelia sú pozbavení spôsobilosti na právne úkony. Zamestnanci sú na základe toho zviazaní pocitom veľkej zodpovednosti za zdravotný stav a uspokojovanie potrieb klientov. Boja sa ísť do rizika, čo je však úplne prirodzené.
- Napriek účasti prijímateľov na rôznych kultúrnych a spoločenských podujatiach v meste i mimo neho je kontakt s komunitou nedostatočný.
- Individuálny prístup k prijímateľovi je pri počte 80 prijímateľov veľmi sťažený.
- Transformácia pobytových sociálnych služieb je žiaduca aj z dôvodu zvyšovania spolupatričnosti a rozvoja vnútorných kvalít celého národa.

**Pri zapojení do procesu deinštitucionalizácie** môže zariadenie dosiahnuť kvalitatívne zmeny:

***v prospech prijímateľov sociálnych služieb:***

- rešpektovanie práv prijímateľov a ich zapojenie do procesov rozhodovania,
- individuálny prístup k prijímateľovi,
- prevencia inštitucionalizácie,
- vytváranie nových komunitných služieb a využívanie už existujúcich komunitných služieb,
- rozvoj ľudských zdrojov (zamestnanosť) v regióne.

***v prospech zamestnancov:***

- zmena pracovného prostredia,
- zmena pracovných podmienok,
- zmena prístupov, metód práce,
- zmena organizácie práce,
- zmena neohrozuje stabilitu ani zamestnania.

Zariadenie LIDWINA dlhodobo venuje zvýšenú pozornosť skvalitňovaniu poskytovaných služieb svojim prijímateľom. Má vypracovanú koncepciu rozvoja zariadenia do roku 2020, ktorá vytyčuje hlavný cieľ transformáciu zariadenia. Ďalšie ciele:

- Príprava a realizácia projektov podporujúcich integráciu prijímateľov,
- Spolupráca s inštitúciami na úrovni komunity,
- Humanizácia v oblasti bývania,
- Práca s prijímateľmi, prístup k nim zo strany personálu,
- Individuálny prístup k prijímateľovi (zohľadnenie osobnosti prijímateľa a jeho zdravotného postihnutia),
- Debatný krúžok prijímateľov,
- Komunikačná stratégia zameraná na komunitu.

### **KONKRÉTNE ZREALIZOVANÉ OPATRENIA NA PRÍPRAVU PRIJÍMATEĽOV I ZAMESTNANCOV V RÁMCI PILOTNÉHO PROJEKTU DEI**

Integrácia prijímateľov do bežnej komunity si vyžaduje intenzívnu prípravu nielen prijímateľov ale i verejnosti, ktorá nie je pripravená na takéto zmeny. Malé mestá a obce nemajú vytvorenú sieť služieb, ktoré by mohli i občania s postihnutím využívať a preto sa tieto poskytujú hlavne v inštitúciách. Zariadenie LIDWINA v meste Strážske i okolí je zo strany komunity prijímané dobre i z dôvodu, že dlhodobo sa prijímatelia stretávajú s komunitou na rôznych podujatiach, cirkevných akciách a pod. Veľmi dôležitým faktorom je zmena postojov a názorov miestnej komunity k prijímateľom na ich budúce spolužitie s nimi, preto zariadenie organizuje pravidelné stretnutia s komunitou.

Nevyhnutným krokom pre zavedenie nového systému riadenia bola:

- Zmena organizačnej štruktúry v zariadení,
- vytvorenie transformačného tímu pre riadenie procesu,
- vytvorenie komunit prijímateľov podľa charakteru ich osobnosti a zdravotného postihnutia,
- aktívnejšia spolupráca s rodinnými príslušníkmi,
- príprava, tvorba a realizácia individuálneho plánovania,
- tvorba rizikových plánov,
- zavádzanie piktogramov pre efektívnejšiu komunikáciu s prijímateľmi.

Pre úspešnú integráciu prijímateľov bolo v zariadení v decembri 2014 zriadené tréningové bývanie pre 6 žien. Hlavným zámerom bola príprava na bežný život. Prijímateľky po roku dobre zvládli všetky domáce práce súvisiace s praním, žehlením, upratovaním a čiastočne aj prípravu jedla. Prijímajú návštevy z bežnej komunity.

Manažment zariadenia predložil návrh Košickému samosprávnemu kraju na odkúpenie bytov v meste pre tých prijímateľov, ktorí prípravu na samostatné bývanie zvládli a je možné ich integrovať do bežnej spoloč-

nosti. Košický samosprávny kraj podporil zámer zariadenia a schválil odkúpenie dvoch 2 izbových bytov pre 6 prijímateľov. Je to významný krok v procese transformácie, ktorý prinesie skvalitnenie života prijímateľov zariadenia.

Realizovať pilotný projekt deinštitucionalizácie zariadenia si vyžadoval i kvalitnú prípravu manažmentu a všetkých zamestnancov. Zavádzanie zmien v každej organizácii je náročný proces a jeho úspešnosť závisí od toho ako sa zamestnanci stotožnia so zmenami. Bez kvalitného a dlhodobého vzdelávania by nebolo možné dosiahnuť kvalitatívne zmeny pri plnení úloh transformácie. Medzi najvýznamnejšie aktivity považujeme:

- Vzdelávanie všetkých zamestnancov a zamestnancov v priamom kontakte s klientom 2014-2015.
- Vzdelávanie manažmentu pre proces riadenia.
- Pravidelnú supervíziu v zariadení.
- Školenie Agentúry pre podporované zamestnávanie.

Hlavnou úlohou transformačného tímu je príprava „Transformačného plánu zariadenia na roky 2015-2023,“ ktorý bude predložený na schválenie Košickému samosprávnemu kraju. V roku 2015 už prebieha vyhľadávanie nehnuteľnosti (pozemky, domy, byty) v meste Strážske, Michalovce a okolie, skúmanie zabezpečenia a dostupnosti služieb pre prijímateľov vo vybraných lokalitách.

#### **VÍZIA ZARIADENIA LIDWINA PO TRANSFORMÁCIÍ**

- Prijímatelia budú v maximálnej miere začlenení do komunity. Stanú sa jej pevnou a prirodzenou súčasťou.
- Bývať budú v rodinných domoch a bytoch v meste i mimo neho.
- Vzhľadom na svoje zdravotné postihnutie im budú poskytované služby kvalifikovaného personálu.
- V závislosti od miery podpory budú využívať komunitné služby svojho okolia.

**Komunitné služby** sa stanú dostupnejšími a rozšíri sa portfólio komunitných služieb.

- Niektorí z prijímateľov sa uplatnia na trhu práce.
- U každého prijímateľa sa individuálne prehodnotí súčasné obmedzenie spôsobilosti na právne úkony.
- V priestoroch súčasného zariadenia sa vytvorí denné centrum, administratívna časť, čajovňa, odľahčovacia služba.

- Vytvorila si pevné puto so susedmi, navzájom si budú pomáhať.

## **ZÁVER**

Úspešná deinštitucionalizácia systému sociálnych služieb predpokladá širokú politickú i verejnú podporu. Za týmto účelom je potrebné využiť všetky komunikačné prostriedky pre informovanie spoločnosti o pripravovaných zmenách v systéme poskytovania sociálnych služieb a urobiť systémové kroky, ktoré by podporili rozvoj komunitných služieb.

Deinštitucionalizácia si vyžaduje dostatočný počet dobre vyškoleného a kvalifikovaného personálu, ktorý bude zmeny v zariadeniach realizovať. Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, jeho princípy a postupy, formy a metódy by bolo potrebné v budúcom období zaviesť do učebných osnov vzdelávania v pomáhajúcich profesiách i v školskom systéme.

## **ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY**

- BRICHTOVÁ, L., REPKOVÁ, K. 2014. *Sociálne služby zacielené na kvalitu*. Inštitút pre výskum rodiny. Bratislava: 2014. ISBN 978-80-7138-138-9.
- Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny SR, *Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015-2020*, Bratislava: 2014
- Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny SR, *Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike*, Bratislava: 2011
- Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny SR, *Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2014 – 2020*, Bratislava: 2014
- REPKOVÁ, K. 2015. *Zavádzanie podmienok kvality do praxe poskytovateľov sociálnych služieb – metodické východiská*, Bratislava: 2015.
- LIDWINA – *Domov sociálnych služieb Strážske: Konceptia rozvoja sociálnych služieb na roky 2015-2020* (aktualizácia).

**ASPEKTY DEINŠTITUCIONALIZÁCIE  
SOCIÁLNYCH SLUŽIEB****ASPECTS OF SOCIAL SERVICES'  
DEINSTITUTIONALIZATION***Čaklošová Helena*

Detašované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku

**ABSTRAKT**

Starostlivosť o postihnuté deti, či dospelé soby a nemohúce osoby vyššieho veku v minulých dobách bola uskutočňovaná rôznym spôsobom, od lazaretov, špitálov, chudobincov, sirotincov až po inštitúcie, ústavy, zariadenia a domovy. Dôvodom, prečo každá spoločnosť pomáhala a starala sa o tých, ktorí sa nevedeli sami o seba postarať bola solidarita. V minulosti v inštitucionálnej starostlivosti a ústavoch strávilo mnoho ľudí rôznych vekových skupín, pokročilého veku, detí a osôb s postihnutím vrátane osôb s duševnými poruchami veľa rokov. Vplyvom dejinných kolektívnych ideológií boli niektoré skupiny oddeľované od zvyšku spoločnosti, obmedzované ich práva na osobnú slobodu, rozhodovanie, nezávislosť a výber životných podmienok. V pokročilom svete je v súčasnosti trendom individualizovaná starostlivosť o jednotlivca a postupná transformácia a deinštitucionalizácia sociálnych služieb. Základom tohto procesu je rešpekt k ľudským právam, individuálnym potrebám a etickým princípom.

**KEÚČOVÉ SLOVÁ:** inštitucionálna starostlivosť, deinštitucionalizácia, komunitná starostlivosť

**ABSTRACT**

Caring about the disabled children, adults reindeers and infirm elderly people in previous time was in different ways. From the hospitaling poor people, orphanages to the institutions facilities. The reasons why any companies help to took care of those who could 't take care of themselves has been solidairy. In the past, institutions care, spent many people of different age groups, children and people with disabilities, including people with mental health and problems for many years. The historical influence of collective ideologies were a few groups separated from the rest of society, hampering their right of personal freedom, different decisions and independence of choice of they living conditions. In the advanced the

world is an currently trend to individualize care for individuals and gradual transformation and deinstitutionalization of social services. The basis of this procedures is to respect the human rights and they individual needs and ethical principles.

**KEY WORDS:** institutional care, deinstitutionalization, community care

Roky strávené v inštitucionálnej starostlivosti bolo pre mnoho ľudí – detí i dospelých, ktorí boli telesne a mentálne postihnutí, ale aj ľudí v pokročilom veku s podlomeným zdravím realitou. Nenechať človeka bez pomoci a v núdzi, zaistiť bývanie, stravu, ošatenie, zdravotné ošetrovanie bolo po mnohé desaťročia dôkazom inštitucionálnej starostlivosti spoločnosti, hlavne pre tie skupiny osôb, ktoré sa nedokážu sami o seba postarať. Vo veku pokročilej spoločnosti 21. storočia, keď nemateriálne aspekty ako ľudská dôstojnosť, autonómia a príslušnosť ku komunite sú viac spoločnosťou uznávané, sa natíska otázka, či je tento model tým najlepším. V správe načrtnutej expertnou skupinou nezávislých expertov zvolaných vo februári 2009 komisárom EU sa uvádza : *„Európska únia a jej členské štáty sú založené na spoločných hodnotách, ktoré uznávajú ľudskú dôstojnosť, slobodu, demokraciu, rovnosť a právnu sústavu rešpektujúcu ľudské práva. Všetci ľudia majú právo žiť nezávisle a v rámci spoločnosti, právo zvoliť si miesto pobytu, kde aj a s kým chcú žiť a právo žiť dôstojne“*. (Správa Ad-hoc-expertnej skupiny [online]).

V členských štátoch Európskej únie sú systémy sociálnych služieb založené na spoločných cieľoch zaisťujúcich prístupné, kvalitné a hlavne finančne udržateľné zdravotné a sociálne služby. Analýza demografického vývoja v Európe poukazuje na pokles podpory rodín starších osôb azo strany seniorov potencionálny nárast požiadaviek na túto starostlivosť. (L. Průša, 2011). S výnimkou ťažko postihnutých všeobecný trend v dlhodobej starostlivosti smeruje od inštitucionálnej skôr k domácej a komunitnej opatrovateľskej službe. (Tomeš in Průša, 2011).

V jednotlivých štátoch Európskej únie začala prebiehať transformácia a deinštitucionalizácia (DI) sociálnych služieb už od 70. rokov minulého storočia.

Slovenská republika sa touto aktuálnou témou zaoberá posledných necelých 10 rokov, kde legislatívne upravila podmienky poskytovania sociálnych služieb **v zákone č. 448/2008 Z.z.** o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov v znení neskorších predpisov s dôrazom v zákone upravených podmienok na uspokojovanie individuálnych potrieb prijímateľov sociálnych služieb, poskytovanie

sociálnych služieb na základe individuálneho rozvojového plánu a preferenciu prirodzeného domáceho prostredia pri poskytovaní sociálnych služieb. Vzhľadom k decentralizácii sociálnych služieb zo štátu na vyššie územné celky a obce stanovil zákon ako nástroj pre koordináciu a rozvoj sociálnych služieb komunitné plánovanie.

V roku 2009 spracovalo MPSVR SR Národné priority rozvoja sociálnych služieb do roku 2014, kde definovalo deinštitucionalizáciu sociálnych služieb a konkretizovalo ju postupným znižovaním počtu veľkokapacitných zariadení sociálnych služieb, preferenciou prevádzkovania zariadení rodinného typu s nízkou kapacitou, podporou terénnych a ambulancných sociálnych služieb a sociálnych služieb v zariadeniach s týždenným pobytom.

Ďalším významným dokumentom, ktorý v tejto oblasti dňa 30.11.2011 uznesením č. 761/2011 schválila vláda SR je **Stratégia deinštitucionalizácie sociálnych služieb** a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike. Jednou zo základných úloh tohto dokumentu bolo vypracovanie Národného akčného plánu.

Základným cieľom deklarovaným v **Národnom akčnom pláne prechodu z inštitucionálnej formy na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012 – 2015** (ďalej len „Národný akčný plán DI SR“ je *„podpora deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb pomocou úspešného realizovania pilotných projektov a vytvorením ďalších podporných mechanizmov v legislatíve, financovaní i organizácii procesu DI“*. Ako hlavné východisko prechodu z inštitucionálnej na komunitnú formu starostlivosti v sociálnych službách je v tomto dokumente uvádzané *„zavedenie princípov nezávislého života“* pre tých občanov v Slovenskej republike, ktorí sú prijímateľmi sociálnych služieb.

V rokoch 2013 – 2015 Implementačná agentúra MPSVR SR realizovala pilotný národný projekt – Podpora deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb, ktorého hlavným cieľom bolo pilotne overiť proces prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v sociálnych službách. Podľa údajov uvedených v roku 2015 v **Správe o sociálnej situácii obyvateľstva Slovenskej republiky za rok 2014** bolo do projektu zapojených 10 zariadení sociálnych služieb a 6 samosprávnych krajov v rámci celej Slovenskej republiky v aktivitách zameraných na priamu podporu a vzdelávanie pri prechode z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť.

**Základným zámerom transformácie a deinštitucionalizácie v Slovenskej republike** podľa Holúbkovej (2013), je *„vytvorenie*

a zabezpečenie podmienok pre nezávislý a slobodný život všetkých občanov odkázaných na pomoc spoločnosti v prirodzenom prostredí“. Zámer predpokladá nezávislý spôsob života odkázaných občanov prostredníctvom vytvorenia alternatív kvalitných služieb vo verejnom záujme s podporou komunity.

Matoušek (1999) pojmom „*instituire*“ označuje udržiavaný zákon, zvyklosť, prax a organizáciu. „*V 18. storočí dostáva inštitúcia význam zariadenia pre verejné, výchovné, cirkevné a iné účely*“. WHO ako *inštitúciu* označuje každé prostredie, v ktorom osoby so zdravotným postihnutím, seniori alebo deti žijú mimo svojej rodiny a v tomto prostredí nemajú moc a kontrolu nad vlastným životom a každodennými aktivitami (WorldHealthOrganisation, 2011)

Národný akčný plán DI SR charakterizuje **inštitúciu** v sociálnej starostlivosti ako zariadenie sociálnych služieb, vykazujúce „*inštitucionálnu kultúru*“, ktorej „*hlavnými znakmi sú*:

- *Depersonalizácia,*
- *Rigidné a stereotypné a rutinné aktivity,*
- *Paušalizované liečebné a odborné postupy,*
- *Sociálny odstup a paternalizmus,*
- *Segregovanosť od lokálnej komunity,*
- *Naučená pasivita,*
- *Nedostatočne rozvinuté sociálne vzťahy“.*

Pod pojmom **inštitucionálna starostlivosť** prijímateľov sociálnych služieb označuje každý typ sociálnej starostlivosti, kde pre prijímateľov sociálnych služieb je charakteristické:

- nútenie k spoločnému spolunažívaniu s inými prijímateľmi a izolácia od širšej spoločnosti,
- nedostatočná moc nad vlastnými rozhodnutiami, ktoré sa ich dotýkajú a svojim životom,
- individuálne potreby prijímateľov sú potláčané a požiadavky inštitúcie nadradované.

Základné **rysy inštitucionálnej starostlivosti** sú:

- rozsiahle budovy a veľký areál,
- koncentrácia ľudí s rovnakým postihnutím na jednom mieste,
- málo súkromia, spoločné spolunažívanie s inými ľuďmi,
- izolácia od širšej spoločnosti,
- paternalistický prístup, nadradený prístup personálu,
- dôraz na bezpečnosť, zdravie a hygienu,
- potláčanie individuálnych požiadaviek,



- nutnosť prispôbiť sa stanovenému režimu,
- malý priestor na vlastné rozhodovanie a rozhodovanie o vlastnom živote,
- užívateľ služieb je nútený žiť v ústave.

UNICEF definuje **deinštitucionalizáciu** ako „*proces plánovania transformácie, redukcie a/alebo uzatváranie rezidenčných inštitúcií pri súčasnom zavádzaní iných služieb starostlivosti*“ (UNICEF, 2010)

Podľa Národného akčného plánu SR pojem deinštitucionalizácia predstavuje „*proces prechodu klientov z tradičných zariadení sociálnych služieb, kde sú fyzicky a mentálne izolovaní od bežného života, do komunitných služieb, ktoré spolu utvárajú podmienky pre život zodpovedajúci väčšinovej spoločnosti, podmienky rovnoprávneho občianstva*“. (Národný akčný plán DI SR, 2011).

Deinštitucionalizácia „*mení inštitucionálnu starostlivosť na komunitnú starostlivosť*“, v ktorej sú vytvárané také sociálne služby, ktoré sú zamerané na začlenenie jeho užívateľa do bežného života spoločnosti a jeho individuálne potreby a požiadavky. (Časopis Sociálna práca, číslo 1/2013)

V procese deinštitucionalizácie nedochádza k zrušeniu služieb, ale k zmene v ich poskytovaní a pre klientov v zlepšení podmienok pre ich poskytovanie. Premena z inštitucionálnych služieb na komunitné služby prebieha postupne. Deinštitucionalizáciu je teda potrebné chápať ako prechod smerom k poskytovaniu sociálnych služieb zameraných na individuálnu podporu človeka v prirodzenom – komunitnom prostredí.

**Komunitné služby** dávajú ich príjemcom šancu začleniť sa do bežného života a žiť plnohodnotný život.

Európska expertná skupina pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v dokumente Spoločné európske usmernenia pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť (2012) definuje pojem komunitné služby alebo **komunitná starostlivosť** ako „*celé spektrum služieb, ktoré umožňujú jednotlivcovi žiť v komunite, a pokiaľ ide o deti, ktoré mu umožňujú vyrastať v rodinnom prostredí, teda nežijú v inštitúcií*“. Týmto spektrom je mnoho bežných služieb, ktoré by mali byť dostupné každému bez ohľadu na jeho postihnutie alebo požadovanú podporu. Ide napríklad o zdravotnú starostlivosť, vzdelávanie, zamestnanie, podporu bývania, kultúru a voľný čas, ale aj o špecializované služby, ako je napríklad osobná asistencia pre zdravotne postihnuté osoby, odľahčovacia starostlivosť a ďalšie. Tento pojem tiež zahŕňa rodinnú starostlivosť a

starostlivosť rodinného typu o deti vrátane prevencie na včasnú intervenciu a podporu rodiny.

Základné **rysy komunitnej starostlivosti** sú:

- život v prirodzenom bežnom prostredí,
- bývanie v dome alebo v byte,
- zamestnanie alebo možnosť trávenia voľného času aj mimo bydliska,
- možnosť rozhodovania o vlastnom živote a možnosť voľby,
- právo na primerané riziko,
- dostatok kontaktu z okolím, blízke vzťahy s kamarátmi, susedmi,
- dostatok súkromia.

Podľa Krupu (online) historicky v jednotlivých etapách rozvoja sociálnych služieb dochádzalo v terminológii tak po formálnej ako aj obsahovej stránke k zmene:

1. **v pomenovaní prijímateľa služieb**, kde bol označený ako:
  - pacient, chovanec, zverenec - v inštitucionálnej starostlivosti,
  - klient - v deinštitucionalizovanej starostlivosti,
  - občan - v komunitnej starostlivosti.
2. **foriem poskytovaných služieb**, kde bol kladený:
  - dôraz na prácu so skupinou, skupinové programy - v inštitucionálnej starostlivosti,
  - dôraz na individuálne osobnostné programy, sociálnu integráciu, štandardy kvality sociálnych služieb - v deinštitucionalizovanej starostlivosti,
  - dôraz na participáciu občana pri riešení jeho sociálnej situácie v prostredí, priama účasť občanov na riešení problémov v mieste, kde vznikli - v komunitných službách.
3. **v očakávaných výsledkoch**, a to:
  - ochrana a zabezpečenie prijímateľa služieb- v inštitucionálnej starostlivosti,
  - integrácia klientov- v deinštitucionalizovanej starostlivosti,
  - inklúzia, partnerstvo- v komunitnej starostlivosti.

Budú komunitné služby lacnejšie? Holúbková (2013) uvádza, že v publikácii (Deinstitutionalization Toolkit (online)v in Holúbková) venovanej analýze nákladovosti komunitných služieb v porovnaní s inštitucionálnymi službami v USA sú popísané nasledujúce „*dôvody úspor*“ v prospech komunitných služieb a to:

- „poskytovanie služieb v inštitúciách podlieha mnohým reguláciám, ktoré predražujú investície do ubytovania klientov ako aj náklady na ich prevádzku,
- ukázalo sa, že úspešný presun klienta do komunitných služieb vedie k postupnému poklesu počtu požadovaných služieb,
- mzdové náklady pracovníkov v inštitúciách sú vyššie, ako náklady komunitných pracovníkov“.

V roku 2014 schválené **Národné priority rozvoja na roky 2015 – 2020** sú reakciou na aktuálnu situáciu poskytovania sociálnych služieb v Slovenskej republike charakterizovanú nedostatočnou kapacitou sociálnych služieb poskytovaných v prirodzenom domácom prostredí, na potrebu zabezpečenia udržateľnosti financovania sociálnych služieb a rozvoja ich kvality. K aktuálnym výzvam na ďalšie obdobie patrí potreba modernizácie sociálnych služieb a rozvoj rôznorodých služieb starostlivosti na komunitnej úrovni. Národnými prioritami rozvoja na roky 2015 – 2020 deklarovaných v tomto dokumente sú tieto „priority:

- *zabezpečiť dostupnosť sociálnych služieb v súlade s potrebami komunity,*
- *podporiť prechod prijímateľov sociálnych služieb z inštitucionálnej starostlivosti na komunitnú starostlivosť,*
- *podporiť rozvoj sociálnych služieb dostupných pre osoby zotrvávajúce v priestorovo segregovanej lokalite s prítomnosťou koncentrovanej a generáčne reprodukovanej chudoby,*
- *zvyšovať kvalitu poskytovaných sociálnych služieb“.*

Je predpoklad, že schválené národné priority následne rozpracujú vo svojich plánovacích a koncepčných dokumentoch obce, mestá a samosprávne kraje na svoje podmienky vo svojom územnom obvode a na základe požiadaviek a potrieb ich prijímateľov a analýzy stavu poskytovaných sociálnych služieb stanovujú ciele, priority, úlohy a opatrenia rozvoja sociálnych služieb na najbližšie obdobie.

## ZÁVER

Žiť v ústave nie bežné“. (Mach, 2012). Žiadny človek nemôže byť nútený k životu v ústave a to ani vtedy, ak by sa mu nedostávalo adekvátnej starostlivosti alebo podpory prostredníctvom komunitných služieb. Zvoliť si miesto na život a na podporu v prirodzenom prostredí majú právo všetci užívatelia sociálnych služieb. Transformácia sociálnych služieb sa netýka iba ľudí, ktorí sa už v ústavách nachádzajú. Kvalitná komunitná starostlivosť pomôže aj ľuďom, ktorí teraz žijú v domácom rodinnom prostredí, aby v budúcnosti z neho nemuseli odísť do ústavu.

## ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- PRŮŠA L. a kol. *Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče*. VÚPSV, v.v.i. Praha., 2011, ISBN 978-80-7416-097-4
- MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. 159 s. ISBN 80-85850-76-1.
- HOLÚBKOVÁ S. a kol., *Odvaha na nové sociálne služby*, INESS, 2013, 33 s., ISBN 978-80-969765-3-9
- WORLD HEALTH ORGANISATION, THE WORLD BANK. 2011. *World report on disability*. Malta : World health organization. 2011 s. 325. ISBN 978-92-4-156418-2
- MACH P. a kol., *Deinstitucionalizace a plánování sociálních služeb v kraji*, Praha. 2012. [online].[2015-11-30]. Dostupné na internete: [http://www.trass.cz/archive\\_2015/files/5-dok-prokraje04.pdf](http://www.trass.cz/archive_2015/files/5-dok-prokraje04.pdf)
- KRUPA S. a kol., *Rozvoj komunitných sociálnych služieb, Učebné texty k projektu Transformácia zariadení sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov*. [online]. [2015-11-30]. Dostupné na internete: <http://www.rpsp.sk/download/publikacie/rozvoj.pdf>
- MPSVaR SR, *Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike*. [online]. [2015-11-30]. Dostupné na internete: <https://www.employment.gov.sk/files/legislativa/dokumenty-zoznamy-pod/strategia-deinstitucionalizacie-systemu-socialnych-sluzieb-nahradnej-starostlivosti-1.pdf>
- MPSVaR SR, *Správa o sociálnej situácii obyvateľstva Slovenskej republiky za rok 2014*. Bratislava. 2015. [online]. [2015-11-30]. Dostupné na internete: [https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/analyticke-centrum/sprava\\_o\\_socialnej\\_situacii\\_obyvatelstva\\_za\\_rok\\_2014.pdf](https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/analyticke-centrum/sprava_o_socialnej_situacii_obyvatelstva_za_rok_2014.pdf)
- MPSVaR SR, *Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012 – 2015*. [online]. [2015-11-30]. Dostupné na internete: [https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/nap\\_di.pdf](https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/nap_di.pdf)
- MPSVaR SR, *Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015– 2020*. [online]. [2015-11-30]. Dostupné na internete: <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/nprss-2015-2020.pdf>
- MPSV CZ, *Zpráva Ad-hoc expertní skupiny o přechodu z institucionální na komunitní péči*. [online]. [2015-11-30]. Dostupné na internete: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/8387/Zprava-Ad-hoc-expertni-skupiny.pdf>
- UNICEF, 2010. *At Home or in a Home?: Formal Care and Adoption of Children in Eastern Europe and Central Asia*, s.52.[online].[2015-11-30]. Dostupné na internete:

[http://www.unicef.org/ceecis/At\\_home\\_or\\_in\\_a\\_home\\_report.pdf](http://www.unicef.org/ceecis/At_home_or_in_a_home_report.pdf)

*Sociálna práca*, číslo 1/2013 príloha [online].[2015-11-30]. Dostupné na internete:  
[http://www.socialni prace.cz/soubory/suplement\\_1-2013-130315113350.pdf](http://www.socialni prace.cz/soubory/suplement_1-2013-130315113350.pdf)

*Spoločné európske usmernenia prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť.* [online]. [2015-11-30]. Dostupné na internete:  
[http://deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/2013/10/2013-10-18-Common-European-Guidelines\\_Slovak-version\\_EDITED.pdf](http://deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/2013/10/2013-10-18-Common-European-Guidelines_Slovak-version_EDITED.pdf)

*Deinstitutionalization Toolkit*, Publications 2012 .[online].[2015-11-30]. Dostupné na internete:  
<http://www.ncd.gov/publications/2012/DIToolkit/Cases/in%20Detail/>

# CHRONICKÁ RANA V DOMÁCOM PROSTREDÍ Z POHLADU OŠETROVATEĽSTVA

---

## CHRONIC WOUNDS IN A HOME ENVIRONMENT FROM THE VIEW OF NURSING

<sup>1</sup> *Dziacka Alena* - <sup>2</sup> *Botíková Andrea*

<sup>1,2</sup> Katedra ošetrovateľstva Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce TU v Trnave

### ABSTRAKT

Domácia starostlivosť je integrovanou formou starostlivosti. Poskytovanie domácej starostlivosti prostredníctvom agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti - ADOS je efektívnou, dostupnou a hlavne odbornou formou ošetrovania pacientov. Starostlivosť prostredníctvom ADOS navrhuje všeobecný lekár a schvaľuje revízny lekár príslušnej poisťovne. Častými klientmi ADOS sú pacienti s chronickými ranami dolných končatín. Sestra z ADOS pacientom s rozsiahlymi kožnými léziami na dolných končatinách poskytuje systematickú a šetrnú ošetrovateľskú starostlivosť. Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je odstrániť bolesť, obnoviť celistvosť kože, zapojiť pacienta do spolupráce v starostlivosti o ranu, zlepšiť psychiku pacienta, zamedziť vzniku a šíreniu infekcie, poskytnúť pacientovi dostatok informácií o ochorení a prevencii. Proces hojenie chronických rán prebieha vo fázach. Výrazný pokrok z pohľadu kvality ošetrovateľskej starostlivosti predstavujú hydroaktívne krytia na rany. Významný je ich atraumatický účinok. Rozsah jednotlivých aktivít sestry je daný aktuálnym zdravotným stavom pacienta, stavom jeho sociálneho prostredia a legislatívnym nastavením systému zdravotníctva. Všetky prevedené výkony musia byť evidované v ošetrovateľskej dokumentácii pacienta a sú vykazované príslušnej zdravotnej poisťovni k preplateniu. Sestra zaujíma pozíciu nielen aktívnej poskytovateľky ošetrovateľskej starostlivosti, ale stáva sa iniciátorkou aktivít v oblasti prevencie, podpory a ochrany zdravia, ktoré sú súčasťou komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti. K jednotnosti poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti prispieva i štandardizácia ošetrovateľskej starostlivosti.

**KLÚČOVÉ SLOVÁ:** domácia starostlivosť, agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti, chronická rana, fázové hojenie, ošetrovateľská dokumentácia.

**ABSTRACT**

Home nursing care is an integrated form of care. Home nursing agencies provide effective, economical, and professional care. General practitioner can suggest home nursing care but insurance physician must confirm it. Patients suffering from chronic wounds of lower limbs are typical clients of home nursing agencies. A nurse provides such patients with conservative and systemic care. The goal of this care is to eliminate pain, to renew integrity of skin, to engage patient in her treatment, to improve patient's mental state, to prevent infection or its spreading, to inform patient about her condition and possible prevention. Healing of chronic wounds takes place in phases. The hydroactive dressing significantly improves the quality of nursing care for chronic wounds. This dressing is atraumatic. A nurse performs a range of activities, which are determined by patient's present condition, by patient's social background, and by legislature of a given state. A nurse must record all performed activities so that an insurance company can reimburse them. Apart from nursing, a nurse is also responsible for prevention and for wellness of a patient, since these are parts of complex nursing care. Also, nursing care becomes increasingly standardized.

**KEY WORDS:** home nursing care, home nursing care agency, chronic wound, phase of healing, nurse's records

**Úvod**

Domácia starostlivosť je integrovanou formou starostlivosti, ktorú môže poskytovať lekár prvého kontaktu, agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti, opatrovateľská služba, rodinní príslušníci (Hanzlíková, 2004). Poskytovanie domácej starostlivosti prostredníctvom agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti - ADOS je efektívnou, dostupnou a hlavne odbornou formou ošetrovania pacientov. Ošetrovateľská starostlivosť v ADOS je založená na princípe komplexnosti ošetrovateľskej starostlivosti, rešpektovaní individuality pacienta, koordinácii činností všetkých členov tímu. Cieľom domácej ošetrovateľskej starostlivosti je poskytnúť osobe komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu zameranú na udržanie a zlepšenie kvality života, zmiernenie utrpenia, predchádzanie zdravotným komplikáciami, doliečovanie po skončení ústavnej zdravotnej starostlivosti, zdravotnú výchovu a vzdelávanie osoby, rodiny a komunity v súvislosti so zdravotným stavom, prevenciu, rehabilitáciu a poradenstvo (Odborné usmernenie MZ SR o poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti, 15. 03. 2007). Popu-

lačné starnutie, stúpajúce náklady na zdravotnú starostlivosť ovplyvňujú rozvoj ADOS. Činnosti ADOS nie sú zamerané len na vykonávanie jednotlivých ošetrovateľských výkonov, ale poukazujú i na aspekt výchovy a vzdelávania (Jarošová, 2007). Domáca ošetrovateľská starostlivosť je poskytovaná fyzickým osobám, ktoré vyžadujú ošetrovateľskú starostlivosť, sú imobilné, čiastočne imobilné, nie sú schopné samostatne prísť do ambulantného zdravotníckeho zariadenia a nevyžadujú ústavnú zdravotnú starostlivosť (Odborné usmernenie MZ SR o poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti, 15. 03. 2007). Domácu ošetrovateľskú starostlivosť prostredníctvom ADOS navrhuje všeobecný lekár. Starostlivosť ADOS schvaľuje revízný lekár príslušnej zdravotnej poisťovne. Celý proces prebieha na základe zmluvných vzťahov medzi všeobecným lekárom, revíznym lekárom a manažérom ADOS. Špecifické črty ošetrovania v mimo nemocničných zariadeniach treba chápať z hľadiska autonómie, nezávislých činností sestry za ktoré je plne zodpovedná. Systém starostlivosti je zameraný na poskytnutie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti pacientovi a dodržaní efektívnosti nákladov. Túto starostlivosť vykonáva - case manager, zameriavajúci sa na úlohy z oblasti klinickej, riadiacej, finančnej (Vörösová, 2005). Častými klientmi ADOS sú pacienti s chronickými ranami dolných končatín. Príčinou defektov na dolných končatinách je porucha odtoku a prítoku krvi v dôsledku opakovaných zápalov hlbokých žíl, varixov, aterosklerózy a nesprávnej životosprávy (Šafránková, 2006). Veľmi často k vzniku defektov prispieva dedičnosť, fajčenie, hypertenzia, diabetes melitus, závažné poranenia. Pacienti s chronickou ranou na dolných končatinách trpia bolesťou a trápí ich zmenený obraz tela. Sestra z ADOS pacientom s rozsiahlymi kožnými léziami na dolných končatinách poskytuje systematickú a šetrnú ošetrovateľskú starostlivosť. Manažment ošetrovania chronických rán vyžaduje správne posúdenie stavu rany, stanovenie fázy hojenia a vlastné ošetrenie rany za aseptických podmienok. Ak sa v priebehu ošetrovania vyskytnú komplikácie, ako bolesť, zápal je potrebná konzultácia lekára. Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je odstrániť bolesť, obnoviť celistvosť kože, zapojiť pacienta do spolupráce v starostlivosti o ranu, zlepšiť psychiku pacienta, zamedziť vzniku a šíreniu infekcie, poskytnúť pacientovi dostatok informácií o ochorení a prevencii. Po ukončení ošetrovateľskej starostlivosti je nutné edukovať pacienta a rodinných príslušníkov o ďalšom ošetrovateľskom postupe. Proces hojenie chronických rán prebieha vo fázach. V čistiacej fáze dochádza k zastaveniu krvácania a vyčisteniu rany, prevažne pomocou fagocytózy. V granulačnej fáze nastáva novotvorba krvných ciev a tvorba granulačného tkaniva, ktoré postupne vyplní defekt, avšak len za predpokladu, že je zachovaná hemodynamika. Na



d'alšiu podporu rastu stačí vytvorenie a udržanie vlhkého prostredia pomocou vhodných hydroaktívnych krytí na rany. Ak rana vyschne, tkanivo sa opäť stráca v dôsledku odumierania buniek. Vo fáze epitelizácie dozrievajú kolagénne vlákna, prebieha výstavba jazvovitého tkaniva, kontrakcia a epitelizácia rany. Úlohou krytí v epitelizačnej fáze je aj naďalej udržiavať vlhké prostredie v rane (Hartmann, 2002). V procese hojenia chronických rán významnú úlohu zohráva aj motivácia pacienta k aktívnej dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti. Výrazný pokrok z pohľadu kvality ošetrovateľskej starostlivosti predstavujú hydroaktívne krytia na rany. K dispozícii je celý rad tovársky vyrábaných prípravkov na vlhké hojenie s rôznymi mechanizmami účinku. Podpornými prostriedkami sú obklady, výplachy alebo sprchovanie rán pri prevázoch. Významný je ich atraumatický účinok, kedy sa pri výmene obväzu bunky nepoškodzujú. Rana si zachováva kľud, ktorý je pri procese hojenia dôležitý. Rozsah jednotlivých aktivít sestry je daný aktuálnym zdravotným stavom pacienta, stavom jeho sociálneho prostredia a legislatívnym nastavením systému zdravotníctva. Všetky prevedené výkony musia byť evidované v ošetrovateľskej dokumentácii pacienta a sú vykazované príslušnej zdravotnej poisťovni k preplateniu (Jarošová, 2007). Úspech kvality ošetrovateľskej starostlivosti je založený na systémovom prístupe.

## ZÁVER

Ošetrovateľskú prax zameriavame na účinný liečebný režim vedúci k splneniu ošetrovateľského i liečebného plánu s dôrazom na telesnú i duševnú pohodu pacienta. Postupnými krokmi starostlivosti sa snažíme dosiahnuť priaznivé výsledky v riešení bio – psycho - sociálnych problémov pacienta a rodiny. Vo veľkej miere ovplyvňuje kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti i zmysluplná a otvorená komunikácia. Východiskom pre určovanie ošetrovateľskej kvality je spokojnosť pacienta. Manažérka prípadu nesmie nič prehliadnuť, ničomu sa vyhýbať alebo ignorovať. Musí hľadať nové cesty k dosiahnutiu potrieb pacienta a cieľa. Kritické myslenie jej pomáha predvídať potreby pacienta. Osobnostné vlastnosti sestry – empatia, načúvanie, získané vierou, edukáciou a praxou sú kľúčovou zložkou kvalitného terapeutického procesu (Škrlovi, 2003). Skracovanie doby hospitalizácie by sa malo uskutočňovať v spolupráci so všeobecným lekárom a manažérom ADOS. Zásadou primárnej zdravotnej starostlivosti by malo byť podnecovanie pacienta a komunity k zodpovednosti za svoje vlastné zdravie a zdravý spôsob života. V budúcnosti sa na Slovensku počíta so zmenou proporcionality obyvateľstva, čo bude mať dopad na zdravotné a sociálne služby. Domáca ošetrovateľská starostlivosť sa stane dlhodobou a odbornou podporou pre

starých a dlhodobo chorých. Kľúčové postavenie v napĺňaní daných cieľov má práve ADOS. Ošetrovanie v domácom prostredí znamená pre starého človeka aj prevenciu pred definitívnou stratou sebestačnosti a sociálnej integrity. Postavenie sestier v ADOS je špecifické. Sestra zaujíma pozíciu nielen aktívnej poskytovateľky ošetrovateľskej starostlivosti, ale stáva sa iniciátorkou aktivít v oblasti prevencie, podpory a ochrany zdravia, ktoré sú súčasťou komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra v roli edukátorky svoju pozornosť zameriava na formovanie uvedomeného správania jednotlivcov, rodín i celých komunít, v záujme zachovania a obnovy zdravia (Škrlovi, 2003). K jednotnosti poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti prispieva i štandardizácia ošetrovateľskej starostlivosti. Vnímanie kvality ošetrovateľskej starostlivosti je odlišné z pohľadu pacienta, rodinných príslušníkov, lekára, sestry, ale aj širokej verejnosti. Ich pohľad je ovplyvnený vedomosťami, hodnotami, kultúrou, sociálnym prostredím, vekom, pohlavím, vzdelaním, predchádzajúcimi skúsenosťami, očakávaním (Farkašová, 2005).

#### ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- FARKAŠOVÁ, D. a kolektív. 2005. *Ošetrovateľstvo teória*. Martin: Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80 – 8063 – 182 – 4.
- HANZLÍKOVÁ, A. a kolektív. 2004. *Komunitné ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 2004. 279 s. ISBN 80 – 8063 – 155 – 7.
- HARTMANN, medical edition. 2002. *Fázové ošetrovanie chronických rán: ulcus cruris venosum*. 3. vyd. Bratislava: Hartmann – Rico s.r.o. 2002. 63 s. ISBN 3 – 929870 – 26 – 6.
- JAROŠOVÁ, D. 2007. *Úvod do komunitného ošetrovateľství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2007. 100 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2150 – 7.
- ODBORNÉ USMERNENIE MZ SR o poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorého účelom je ustanoviť postup pri poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Toto usmernenie nadobudlo platnosť 15. 03. 2007.
- ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. 2006. *Interní ošetrovateľství I.1*. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 280 s. ISBN 80 – 247 – 1148 – 6.
- ŠKRLOVI, M. a P. 2003. *Kreativní ošetrovateľský management*. 2003. 485 s. ISBN 80 – 7172 – 841 – 1.
- VÖRÖSOVÁ, G. a kolektív. 2005. *Interné ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 2005. 197 s. ISBN 80 – 8063 – 192 – 1.

**VYUŽÍVANIE SNÍMACÍCH SYSTÉMOV  
AKO SÚČASŤ DEINŠTITUCIONALIZÁCIE****THE USE OF SCANNING SYSTEMS  
AS A PART OF DEINSTITUTIONALIZATION**

<sup>1</sup> *Dimunová Lucia* - <sup>2</sup> *Wiczmandyová Darina*

<sup>1</sup> Ústav ošetrovateľstva Lekárskej fakulty UPJŠ v Košiciach

<sup>2</sup> Detašované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčka

**ABSTRAKT**

Podľa Národného akčného plánu SR pojem deinštitucionalizácia predstavuje „proces prechodu klientov z tradičných zariadení sociálnych služieb, kde sú fyzicky a mentálne izolovaní od bežného života, do komunitných služieb, ktoré spolu utvárajú podmienky pre život zodpovedajúci väčšinovej spoločnosti“.

Súčasný trendy podčiarkujú rastúcu dôležitosť domácej a komunitnej starostlivosti. Transformácia starostlivosti so sebou prináša rôzne zmeny, ktoré sa môžu dotýkať najmä kvality života klientov. Kvalita života je ovplyvňovaná rôznymi faktormi. Cieľom príspevku je poukázať na jednu z oblastí, ktorá sa môže v súvislosti s deinštitucionalizáciou vyskytnúť a ovplyvniť tak priamo kvalitu života – na bezpečnosť klientov. V príspevku uvádzame možnosti účinnej prevencie v podobe implementácie medzinárodných odporúčaní zameraných na bezpečnosť v domácom prostredí. Samostatne sa venujeme využívaniu nových signalizačných a elektronických zariadení. Dostupnosť účinných nástrojov zameraných na prevenciu pádov u seniorov v domácom prostredí zabezpečí zlepšenie kvality života a potencionálne zníži náklady na zdravotnú starostlivosť.

**KEÚČOVÉ SLOVÁ:** deinštitucionalizácia, bezpečnosť, domáca starostlivosť, snímacie systémy

**ABSTRACT**

According to the National Action Plan for deinstitutionalisation SR concept it is a "process of transition from traditional clients of social services where they are physically and mentally isolated from ordinary life, in community services, which together create conditions of life corresponding mainstream society."

Actual trends underline the growing importance of home and community care. The transformation of care brings with it a variety of changes that may concern in particular the quality of life of clients. The quality of life is affected by various factors. The aim of the paper is to point to one of the areas that may be in connection with deinstitutionalisation occur and thus directly affect the quality of life - for the safety of clients. The paper presents the possibilities of effective prevention in the form of implementation of international recommendations aimed at safety at home. Separately we have been focused on the use of new signaling and electronic equipment. Availability of effective tools for the prevention of falls among seniors at home will ensure better quality of life and potentially reduce the cost of healthcare.

**KEY WORDS:** deinstitutionalization, security, home care, sensor systems

Deinštitucionalizácia je jedným zo základných prostriedkov prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť. Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť je proces dlhodobej a zásadnej zmeny, ktorého víziou a cieľom je vytvorenie a zabezpečenie vhodných podmienok pre občanov odkázaných na pomoc spoločnosti v prirodzenom sociálnom prostredí (MPSVaR, 2011). Podľa Národného akčného plánu SR pojem deinštitucionalizácia predstavuje „proces prechodu klientov z tradičných zariadení sociálnych služieb, kde sú fyzicky a mentálne izolovaní od bežného života, do komunitných služieb, ktoré spolu utvárajú podmienky pre život zodpovedajúci väčšinovej spoločnosti“.

Jedným z významných faktorov, podľa ktorých sa hodnotí vyspelosť ľudskej spoločnosti je úroveň zdravotnej a sociálnej starostlivosti (Raková, 2014). Súčasný trendy podčiarkujú rastúcu dôležitosť domácej a komunitnej dlhodobej starostlivosti (Béřešová, Baníková, 2011). Záujem o zdravie a zdravotný stav človeka je dnes viditeľnejší v dôsledku mnohých spoločenských, politických a ekonomických zmien (Raková, 2013). Do popredia vystupuje potreba a záujem o sociálnu dimenziu života. Aktuálne prebiehajú diskusie o sociálnom statuse v spoločnosti (Tkáčová, Wiczmandyová, 2013). Samotná deinštitucionalizácia zahŕňa zmeny v oblasti sociálnej aj zdravotnej starostlivosti. Kvalita života seniora závisí od aj toho, či sa mu starostlivosť zabezpečuje v jeho domácom prostredí alebo v inštitúcii (Tkáčová, Pacol'áková, 2014). Samotné prostredie významne vplyva na osobu aj zdravie (Murgová, 2014). Pobyt klienta v prirodzenom, domácom prostredí predstavuje aj rôzne nebezpečenstvá. Najčastejšie je ohrozená bezpečnosť klienta v súvislosti s úrazmi a pádmi. Ak dôjde k porušeniu bezpečného prostredia, klient je ohrozený

po zdravotnej stránke, môže dôjsť k obmedzeniu jeho samostatnosti, imobilite a odkázanosti na druhú osobu. Na možné ohrozenie bezpečnosti klienta upriamujú pozornosť aj autorky Grešš Halász, Tkáčová (2014). Z týchto dôvodov je nutné myslieť v rámci deinštitucionalizácie aj na prevenciu a bezpečnosť klientov. V súčasnosti prebieha elektronizácia takmer vo všetkých sférach spoločnosti. Zavádzanie informačno-komunikačných technológií do zdravotníckej praxe patrí ku kľúčovým nástrojom zefektívňujúcim poskytovanie zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Informačno-komunikačné technológie by mohli byť veľkým prínosom aj pre agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré predstavujú významnú zdravotnú starostlivosť o občanov všetkých vekových kategórií v domácom prostredí (Simočková, Zamboriová, 2014). Na Slovensku je elektronizácia v sektore zdravotníctva v svojich začiatkoch. Dôležité však je, že napreduje a jej aktívna implementácia sa rozširuje. V zahraničí je aplikácia informačno-komunikačných technológií pomerne rozvinutá a v rámci zaistenia bezpečnosti pacienta v domácom (prirodzenom) prostredí využíva rôzne formy aplikácie. Jednou z možností zabezpečenia bezpečného domáceho prostredia sa javí využívanie snímacieho systému Wireless Sensor Network (WSN), ktorého princíp a funkciu popisujú autori Suryadevara et al. (2012). Senzor je možné využiť pri každodenných činnostiach, ako je príprava jedla, sprchovanie, spanie, chôdza, čítanie kníh, sledovanie televízie. Základné činnosti každodenného života sú kľúčovým ukazovateľom pri určovaní výkonnosti pacienta, senzor okamžite reaguje a zaznamenáva zmenu, ktorá vznikne pri činnosti človeka a nie je v norme. Iný druh senzoru s monitorovacím zariadením predstavujú Costa et al. (2012). Toto zariadenie detekuje aktivitu, vyhodnocuje zmenu záťaže a individuálne určí, či je potrebné kontaktovať lekára, sestru resp. rodinného príslušníka.

Okrem snímacích senzorov umiestnených v domácom prostredí je možná aktivácia internetu alebo videohovorov (Brandford, et al. 2012). Aj keď je využívanie komunikačných technológií v našich podmienkach málo pravdepodobné, je nutné si uvedomiť, že o 10-20 rokov, bude poskytovaná starostlivosť pacientom, pre ktorých budú tieto technológie prirodzenou súčasťou života (Farský, 2014). Podpora bezpečnosti pacienta v domácom prostredí by bola možná prostredníctvom doteraz neimplementovaného projektu elektronického zdravotníctva, ktorý by bol aj efektívnym nástrojom zvyšovania kvality starostlivosti o pacienta.

Dostupnosť účinných snímacích prístrojov a ich využívanie v rámci deinštitucionalizácie zabezpečí zlepšenie kvality života klientov a potencionálne zníži náklady na zdravotnú a sociálnu starostlivosť.

## ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- BÉREŠOVÁ, A, BANÍKOVÁ, Z. *Záťaž laických rodinných opatrovateľov a syndróm vyhorenia*. Košice: Equilibria, s.r.o., 2011. 98 s. ISBN 978-80-8143-000-8.
- BRANDFORD, N. et al. 2012. Safety for home care: the use of internet video calls to double-check interventions. In *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2012, vol. 18, no. 8, p. 434-437.
- COSTA, A. et al. Sensor – driven agenda for intelligent home care of the elderly. In *Journal Expert Systems with Applications*. 2012, vol. 39, no. 15, p. 12192-12204.
- FARSKÝ, I. 2014. Kvalita pacientov v domácom prostredí. In KOŽUCHOVÁ, M. a kol. *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2014. ISBN 978-80-8063-414-8, s. 103 – 120.
- GRESŠ HALÁSZ, B., TKÁČOVÁ, L. 2014. Novodobá rola sestry: sestra s pokročilou praxou. In *Zdravotníctví a sociální práce*, 2014. ISSN 1336-9326. Supplementum, s.47-49.
- MPSVaR SR. *Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike*. Bratislava, 2011, 26 s.
- MURGOVÁ, A. 2014. Liečebné prostredie založené na dôkazoch ako ústredný princíp zdravotníctva 21. storočia. In *Zdravotníctví a sociální práce*, 2014. ISSN 1336-9326. Supplementum, s.102-104.
- RAKOVÁ, J. 2013. Sociálny aspekt ošetrovateľskej starostlivosti v kontexte kvality. In *Ošetrovateľstvo v kontexte kvality: zborník príspevkov z II. Zemplinského dňa ošetrovateľstva*. Trebišov: NsP Trebišov, a.s., 2013. ISBN 978-80-89542-39-0, s. 82-88.
- RAKOVÁ, J., KAČMÁROVÁ, L. 2014. Analýza vybraných ukazovateľov v kontexte zdravotnej a sociálnej starostlivosti o seniorov. In Szyska, M. a kol. (eds.) *Inštitucionálne i nieinštitucionálne formy wsparcia osób starszych*. 2014. s.239-251. ISBN 978-8361307-198.
- SIMOČKOVÁ, V. – ZAMBORIOVÁ, M. 2014. Implementácia informačno-komunikačných technológií v ADOS. In *20 rokov ADOS: zborník odborných a vedeckých prác*. Košice: Asociácia ADOS v SR, 2014. ISBN 80-01-02079-7, s.195-198.
- SURYADEVARA, N. K. et al. 2012. Wireless sensors network based safe home to care elderly people: behaviour detection. *Sensors and Actuators A: Physical*. 2012, vol. 186, p. 277-283.
- TKÁČOVÁ, L., WICZMÁNDYOVÁ, D. 2013. Sociálny status sestier v spoločnosti. In *Ošetrovateľstvo v kontexte kvality: zborník príspevkov z II. Zemplinského dňa ošetrovateľstva*. Trebišov: NsP Trebišov, a.s., 2013. ISBN 978-80-89542-39-0, s. 36-44.
- TKÁČOVÁ, L. PACOEÁKOVÁ, M. Inštitucionálna starostlivosť o seniorov na Slovensku a Rakúsku z pohľadu ošetrovateľstva. In Szyska, M. a kol. (eds.) *Inštitucionálne i nieinštitucionálne formy wsparcia osób starszych*. 2014. s. 273-286. ISBN 978-8361307-198.

## KATEGÓRIE POKROČILEJ PRAXE SESTIER

---

### CATEGORIES OF ADVANCED NURSING PRACTICE

<sup>1</sup> *Grešš Halász Beáta* - <sup>2</sup> *Wiczmándyová Darina*

<sup>1,2</sup> Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

#### ABSTRAKT

Ošetrovateľstvo je relatívne nová vedná disciplína, ktorej značný pokrok bol zaznamenaný hlavne v poslednej dekáde v súvislosti so zmenami v demografii obyvateľstva, v ekonomike a politike. Vývoj v oblasti technológií ako aj humanitných vied a ošetrovateľstvu príbuzných odborov, vznik nových ochorení a mutácia a chronicita známych ochorení prinášajú zvýšené požiadavky na špecializovanejšiu a odbornejšiu ošetrovateľskú starostlivosť. Tieto fakty predpovedajú posun ošetrovateľského vzdelávania a praxe. Mnohé krajiny sveta adaptovali a modifikovali moderný model poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti, ktorý je autonómny a do značnej miery samostatný v spolupráci s inými odborníkmi v kontexte interdisciplinarít, multidisciplinarít, až transdisciplinarít. Ide o pokročilú prax sestier, ktorého implementácia v moderných, kvalitných a bezpečných systémoch zdravotníctva prináša významne pozitívne výsledky ako zo strany pacientov/klientov, tak zo strany platcov a samotných sestier s pokročilou praxou.

**KĹÚČOVÉ SLOVÁ:** Sestra. Pokročilá prax. Ošetrovateľstvo.

#### CHARAKTERISTIKA POKROČILEJ PRAXE V OŠETROVATEĽSTVE

Vývoj pokročilej praxe sestier začal koncom devätnásteho storočia, ale zafinovaná bola v polovici šesťdesiatych rokov minulého storočia v dôsledku nedostatku odborníkov- lekárov v oblasti pediatrie v USA. Za zakladateľov pokročilej praxe sestier sú považovaní sestra Dr. Loreta Ford a lekár Dr. Henry Silver. Rola vznikla na princípe rozšírenia kompetencií sestier špecialistiek a zároveň zahrňovala tradičné medicínske diagnostické zručnosti <sup>(1)</sup>. Expandované kompetencie role „sestry- praktičky“ predstavovali posun expertízy od medicíny a ostatných príbuzných vedných disciplín v horizontálnej rovine <sup>(1,3)</sup>. Nielen expanziu v expertíze, ale aj v oblasti vzdelávania reflektuje o niečo modernejší pojem „pokročilá prax“, ktorá zároveň legitimuje autonómiu role ako aj pokročilosť charakterizovanú na výskum zameranými praktickými zručnosťami a teoretickými vedomosťami <sup>(1,2)</sup>. Rola je často popisovaná ako hybridná,

ktorá vznikla na základe filozofie ošetrovateľskej teórie a praxe, no taktiež zahŕňa kompetencie v oblasti výkonov tradične považovaných za lekárske<sup>(3)</sup>.

Podmienkami pre výkon pokročilej praxe je vzdelanie a dĺžka praxe v odbore ošetrovateľstvo. Medzinárodná rada sestier (ICN) odporúča vzdelanie minimálne magisterské alebo doktorské (Masters of Science in Nursing, alebo Doctor of Nursing) a prax minimálne 3 roky v danom odbore. Ďalej odporúča štandardy, kompetencie a rozsah pokročilej praxe<sup>(3)</sup>. Požiadavky pre získanie certifikácie alebo licencie v oblasti pokročilej praxe v ošetrovateľstve sa v rámci krajín, kde sa rola uplatňuje, odlišujú. Stupeň vzdelania sa pohybuje od bakalárskeho až po doktorský a dĺžka praxe predstavuje od troch do piatich rokov. Ide o autonómnu samostatnú prax v spolupráci/pod supervíziou odborníkov z príbuzných medicínskych disciplín s cieľom zabezpečiť vysokokvalitnú, dostupnú, adekvátnu a bezpečnú primárnu až kvartérnu starostlivosť o pacientov/klientov, rodiny, komunity v nemocniciach, ambulanciách, zariadeniach pre dlhodobo chorých, ošetrovateľských domoch a komunitných centrách. Uplatňuje sa na princípe najaktuálnejších výsledkov výskumov a ošetrovateľstva založenom na dôkazoch. Neoddeliteľnou súčasťou role pokročilej praxe je aj pedagogická činnosť. Ďalej rola zahŕňa manažérske, líderské, klinické, vzdelávacie a vedecko- výskumné zručnosti sestier pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti na tomto stupni<sup>(1,2,4)</sup>. Ekonomickú efektívnosť reflektujú mnohé zahraničné štúdie realizované v krajinách, kde je pokročilá prax sestier legislatívne zadefinovaná a uplatňovaná v praxi. Uvádzajú tiež, že pokročilá prax mnohokrát rieši nedostatok profesionálov v kľúčových oblastiach zdravotníckej praxe<sup>(4)</sup>.

#### **DELENIE POKROČILEJ PRAXE V OŠETROVATEĽSTVE DO KATEGÓRIÍ**

Pokročilá prax sestier má štyri kategórie, ktoré zahŕňajú:

- a. praktická sestra,
- b. sestra- klinická špecialistka,
- c. certifikovaná pôrodná asistentka a
- d. certifikovaná registrovaná anesteziologická sestra<sup>(1,3)</sup>.

Konkrétne uplatnenie, požiadavky a kompetencie sestier v daných kategóriách sú nasledovné:

*Praktická sestra.* Jej uplatnenie je najvýznamnejšie v oblasti zberu údajov a anamnézy pacienta/klienta, komplexného fyzikálneho vyšetrenia, diagnostiky a liečby akútnych a chronických ochorení, v oblasti imunizácie, preskripcie a manažmentu medikamentózneho liečby, objednáva a interpretuje laboratórne testy a radiologické vyšetrenia, a taktiež edukuje a poskytuje poradenstvo pacientom/klientom.



*Sestra- klinická špecialistka.* Ide o pokročilú prax v nemocniciach a klinikách, kde sestra manažuje starostlivosť pri akútnych a chronických ochoreniach, vytvára programy zlepšovania kvality starostlivosti zamerané na danú oblasť jej špecializácie, uplatňuje sa ako mentor, edukátor, výskumník a konzultant.

*Certifikovaná pôrodná asistentka.* Poskytuje primárnu starostlivosť ženám, vykonáva niektoré gynekologické vyšetrenia, realizuje sa v oblasti poradenstva týkajúceho sa plánovaného rodičovstva, uplatňuje sa v prenatálnej a neonatálnej starostlivosti, manažuje prevenciu predčasných a rizikových pôrodov, pôsobí v nemocniciach, pôrodných centrách, komunitných klinikách, ale aj v domácnostiach pri domácich pôrodoch.

*Certifikovaná registrovaná anesteziologická sestra.* Ide o administráciu anestézie, následnú starostlivosť pred a po chirurgickom, terapeutickom, diagnostickom a gynekologicko - pôrodníckom zákroku, uplatňuje sa pri manažmente bolesti, pôsobí na operačných sálach, chirurgických ambulanciách a centrách, stomatologických ambulanciách a pod.<sup>(1,3)</sup>.

## KONKLÚZIA

Súčasná meniaci sa demografická situácia sa stáva pre zdravotníckych pracovníkov výzvou, najmä v súvislosti so zabezpečením účinnej, individualizovanej a vekovo špecifickej starostlivosti<sup>(6)</sup>. Súčasnosť prináša zmeny, ktoré často vyúsťujú v nárast incidencie a prevalencie známych i nových ochorení. Dôraz sa kladie na uplatňovanie prevencie a podpory zdravia, ktoré sa v dnešných časoch považujú za prioritné, a ktorých systém implementácie a plného využitia ešte stále predstavuje problém. Pokročilá prax sestier je odpoveďou na požiadavky doby vyžadujúcej technicky zdatný a profesionálny ošetrojúci personál. Rola je uplatniteľná v inštitucionalizovanej ako aj komunitnej starostlivosti. Zdroje šetriaca a zároveň autonómna, zodpovedná, profesionálna, špecializovaná rola sestier prináša kvalitnú, adekvátnu, dostupnú a bezpečnú starostlivosť pacientom/klientom v zdraví a chorobe od primárnej po terciárnu starostlivosť.

Pokročilá prax v ošetrovatel'stve zahŕňa štyri základné kategórie, v ktorých je možné ďalej sa špecializovať. Prináša to o to väčší predpoklad kvalitnejšieho uspokojovania potrieb a želaní pacientov/klientov, ako aj požiadaviek manažmentov na efektívne využitie personálnych kapacít. Žiaľ, na Slovensku nie je táto rola zatiaľ zafinancovaná. Absentujú štúdie zaoberajúce sa možnosťou adaptácie, modifikácie a následnej implementácie pokročilej praxe sestier do systému slovenského zdravotníctva. Je to

možno výzva pre odborníkov zaoberajúcich sa danou problematikou, obzvlášť v dnešných kritických časoch, kedy slovenské zdravotníctvo nutne potrebuje prehodnotenie a prípadnú reformu <sup>(5)</sup>.

#### ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- (1) HAMRIC A.B., HANSON Ch. B., TRACY M. F., O'GRADY E. T. *Advanced Practice Nursing: The Integrative Approach*, 5th edn., Missouri: Elsevier Health Sciences, 2014. 726 s. ISBN: 978- 1- 4557- 3980- 6.
- (2) ICN Nursing Matters: Fact Sheet. Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse: Definition and Characteristics, Switzerland: Geneva, 2009 [online]. [cit. 2015-05-11] Dostupné na internete: <[http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact\\_sheets/1b\\_FS-NP-APN.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/1b_FS-NP-APN.pdf)>.
- (3) SULLIVAN- MARX, E. M. et al. *Nurse Practitioners: The Evolution and Future of Advanced Practice*, 5th edn., New York: Springer Pub, 2010. ISBN: 978- 0- 8261- 1822- 6.
- (4) BARTON, T. D. et al. Advanced nursing 1: the development of advanced nursing roles. In *Nursing Times*. 2012. 108: 24, p. 18-20. [online]. [cit. 201-01-01] Dostupné na internete: <<http://www.nursingtimes.net/home/courses/the-development-of-advanced-nursing-roles/5045780.fullarticle>>.
- (5) TKÁČOVÁ, E. 2011. Uplatnenie sestry s pokročilou praxou v systéme primárnej ošetrovateľskej starostlivosti. In *Zborník 1. Konferencie interných doktorandov FZaSP TU*. Trnava: FzaSP TU, 2011. ISBN 978-80-8082-449-5. s.45.
- (6) KABÁTOVÁ, O. Záujem študentov ošetrovateľstva o prácu so seniormi. In: *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. -ISSN 1336-183X. č. 6 (2015), s. 53-55.

**KVALITA POSKYTOVANÝCH SLUŽIEB  
V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB  
A SPOKOJNOSŤ KLIENTOV****QUALITY OF SERVICES IN SOCIAL SERVICE  
AND CUSTOMER SATISFACTION**

<sup>1</sup> Hanobik František - <sup>2</sup> Petrušová Anna - <sup>3</sup> Michel' Radoslav

<sup>1,3</sup> Ústav Kráľovnej Pokoja z Medžugorja Bardejov

<sup>2</sup> Nemocnica s poliklinikou Sv. Jakuba

**ABSTRAKT**

V dnešnej dobe veľkého pokroku vo vede a výskume je v spoločnosti logický tlak na kvalitu poskytovaných sociálnych služieb. Samotný pojem kvality je konfrontovaný s každodennou realitou v zariadeniach sociálnych služieb, v prostredí odborných pracovníkov a v prostredí ľudí, využívajúcich sociálne služby. Potreba skúmania vzťahov medzi aspektmi ovplyvňujúcimi situáciu týchto ľudí je jednou z priorít sociálnej práce ako vedného odboru. MPSVaR SR považuje za jednu zo svojich priorít zvýšenie kvality a dostupnosti sociálnych služieb s dôrazom postupný prechod od inštitucionálnych ku komunitným službám.

**KLÚČOVÉ SLOVÁ:** Deinštitucionalizácia. Klient. Kvalita poskytovaných služieb. Sociálne služby.

**ÚVOD**

Sociálne služby sú súčasťou systému sociálnej pomoci v Slovenskej republike ako jeden z nosných pilierov systému sociálnej ochrany. V súčasnej právnej úprave sociálnych služieb sú zahrnuté aj štandardy európskej sociálnej politiky, ktoré prenášajú do praxe prostredníctvom legislatívy aj dôležité medzinárodné právne dokumenty.

Sociálne služby sú realizované hlavne prostredníctvom sociálnej práce, a to odbornými pracovníkmi, z ktorých najdôležitejšie postavenie majú sociálni pracovníci ale aj iní odborní pracovníci, ako ergoterapeuti, inštruktori sociálnej rehabilitácie, opatrovatelia. Nezastupiteľný a určujúci vplyv na kvalitu sociálnych služieb má manažment zariadení sociálnych služieb.

## 1. KOMUNITNÉ SLUŽBY

Komunitné služby v stratégii Národného akčného plánu prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012–2015 (ďalej len Národný akčný plán DI), označujeme súbor vzájomne prepojených a koordinovaných služieb poskytovaných v územne ohraničenej komunite, ktoré reagujú na potreby členov komunity a nejavia znaky inštitucionálnej starostlivosti.<sup>1</sup> Expertná skupina DI odporúča členským štátom v rámci procesov transformácie a deinštitucionalizácie nasledovne:

- posúdiť a zmeniť právne a administratívne predpisy tak, aby bolo zabezpečené aktívne zapojenie prijímateľov služieb starostlivosti, vrátane detí, do procesov prijímania rozhodnutí, ktoré sa ich týkajú a týkajú sa aj podoby služieb, ktoré sú im poskytované,
- prijať stratégie a akčné plány založené na základných spoločných pravidlách, spolu s jasným časovým rámcom a rozpočtom pre rozvoj komunitných služieb a zatvorenie inštitúcií s dlhodobou starostlivosťou. Rozvinúť vlastný rad ukazovateľov k hodnoteniu miery zavádzania týchto akčných plánov,
- využívať Štrukturálne fondy pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť. Európsky sociálny fond (ESF) môže poskytnúť prostriedky na vzdelávanie personálu, zatiaľ čo Európsky fond pre regionálny rozvoj (ERDF) sa môže využiť na budovanie a podporu komunitných služieb. Členské štáty by mali zabezpečiť, aby prostriedky z ERDF neboli čerpané na budovanie a podporu nových izolovaných rezidenčných inštitúcií. Ak bude dovolená nevyhnutná podpora existujúcich rezidenčných inštitúcií, tak by investície do týchto pôvodných zariadení, v procese transformácie a deinštitucionalizácie, nemali prekročiť 10 % celkových nákladov,
- vytvoriť systém povinného hodnotenia kvality života prijímateľov, a nielen zavádzať ukazovatele a podmienky kvality poskytovaných služieb. Tieto systémy by mali byť založené na zapo-

---

<sup>1</sup> Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky. 2011. Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike. [online]. [cit. 20. 03. 2015]. Dostupné na internete: <http://www.employment.gov.sk/files/legislativa/dokumenty-zoznamy-pod/strategia-deinstitucionalizacie-systemu-socialnych-sluzieb-nahradnej-starostlivosti-1.pdf>.

- jení prijímateľov sociálnych služieb, ich rodín a zastupujúcich organizácií v procese hodnotenia kvality,
- podporovať zlepšenie pracovných podmienok profesionálov v službách starostlivosti, s cieľom zatriktívniť prácu v tomto sektore. Požadovať, aby orgány, ktoré týchto profesionálov zastupujú a ktoré zabezpečujú vzdelávanie a ich akreditáciu, prijali záväzok podporovať ľudskú dôstojnosť, sociálne začlenenie a autonómiu prijímateľov služieb v ich práci. Zabezpečiť, aby personál realizujúci vzdelávanie a vydávajúci akreditácie zapojil prijímateľov služieb a vychádzal zo zásady začlenenia,
  - zabezpečiť koordináciu jednotlivých ministerstiev a agentúr zapojených do procesu transformácie a deinštitucionalizácie. Úspešná realizácia plánov zmeny si vyžaduje dobrú spoluprácu medzi všetkými relevantnými účastníkmi, a to aj na horizontálnej úrovni (jednotlivé ministerstvá), aj na vertikálnej úrovni (VÚC a miestna samospráva).<sup>1</sup>

Hlavné princípy, ktorými sa bude riadiť aj pilotná fáza DI sú:

1. dodržiavanie ľudských práv,
2. demedikalizácia,
3. sebarealizácia,
4. svojpomoc,
5. sebaobhajovanie/advokácia,
6. odstraňovanie bariér,
7. príklady dobrej praxe,
8. prierezový prístup.

Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012–2015 používa pojem inštitúcia v

1. sociálnej starostlivosti a súvisiacich oblastiach na označenie zariadenia sociálnych služieb, vykazujúceho inštitucionálnu kultúru, ktorej hlavnými znakmi sú:
2. depersonalizácia – odňatie osobného vlastníctva, znakov a symbolov vlastnej jedinečnosti a ľudskosti,

---

<sup>1</sup> Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky. 2011. Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike. [online]. [cit. 20. 03. 2015]. Dostupné na internete: <http://www.employment.gov.sk/files/legislativa/dokumenty-zoznamy-pod/strategia-deinstitucionalizacie-systemu-socialnych-sluzieb-nahradnej-starostlivosti-1.pdf>.

3. rigidné a stereotypné a rutinné aktivity- pevne stanovený čas a štruktúra aktivít,
4. nerešpektovanie osobných potrieb a preferencií,
5. paušalizované liečebné a odborné postupy – s ľuďmi sa pracuje hromadne, bez rešpektovania súkromia a individuality,
6. sociálny odstup a paternalizmus – ten predstavuje odlišné postavenie personálu a klientov, nevyvážený vzťah moci,
7. segregovanosť od lokálnej komunity – excentrická poloha zariadení sociálnych služieb, odstup od lokálnej komunity a koncentrácia služieb na jednom mieste,
8. naučená pasivita – získané pasívne správanie ľudí a ich bezmocnosť,
9. nedostatočne rozvinuté sociálne vzťahy.

Pod pojmom inštitucionálna starostlivosť označujeme každý typ sociálnej starostlivosti, kde:

- a) sú prijímatelia sociálnych služieb izolovaní od širšieho spoločenstva, alebo nútení k spoločnému spolunažívaniu,
- b) prijímatelia sociálnych služieb nemajú dostatočnú moc nad svojím životom a nad rozhodnutiami, ktoré sa ich dotýkajú,
- c) požiadavky samotnej organizácie majú tendenciu byť nadradované nad individuálne potreby jednotlivých prijímateľov sociálnych služieb.<sup>1</sup>

Do ukončenia transformácie veľkokapacitných inštitucionálnych zariadení na zariadenia komunitného typu, alebo podobné rodinnému prostrediu však musia sociálne služby aj naďalej poskytovať súčasné inštitucionálne zariadenia sociálnych služieb v ktorých je viac ako 80% prijímateľov sociálnej služby. Sú to najmä domovy sociálnych služieb a zariadenia pre seniorov slúžiace občanom vyžadujúcim dlhodobú starostlivosť, najmä z dôvodu ekonomickej efektívnosti a špecifikám v otázkach kvality poskytovanej sociálnej aj zdravotníckej starostlivosti najmä u klientov s hlbokým stupňom mentálnej disability v kombinácii s ťažkým zdravotným postihnutím.

Sociálne služby sú podrobne definované právnymi predpismi, ale sú značne závislé na politickom rozhodovaní štátu, samosprávnych krajov

---

<sup>1</sup> Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky. 2011. Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012–2015. [online]. [cit. 20. 03. 2015]. Dostupné na internete: [http://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/nap\\_di.pdf](http://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/nap_di.pdf).

a obcí<sup>1</sup>. Sociálne služby v SR boli samostatne legislatívne upravené od januára 1999 Zákonom o sociálnej pomoci č. 195/1998 Z. z., neskôr od januára 2009 Zákonom č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách.

## 2. DEINŠTITUCIONALIZÁCIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť je proces dlhodobej a zásadnej zmeny systému, ktorého cieľom je vytvorenie podmienok pre nezávislý a slobodný život občanov, odkázaných na pomoc v prirodzenom sociálnom prostredí komunity, rešpektujúc princípy ľudských práv a rovnosť príležitostí v kontexte individuálnych potrieb prijímateľov. Úspešná transformácia systému sociálnych služieb, osobitne vytvorenie efektívnych sociálnych služieb na podporu rodiny s deťmi, ale aj sociálnych služieb napr. na zabezpečenie ubytovania, výrazným spôsobom ovplyvní úspešnosť celkovej deinštitucionalizácie v zariadeniach.

Deinštitucionalizácia je jedným zo základných prostriedkov prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, ktorý v rámci viacerých spojených procesov predpokladá úplné zatvorenie a zrušenie inštitucionálnych služieb starostlivosti a zároveň vytvorenie, rozvoj a podporu efektívnej siete nových alebo existujúcich alternatívnych komunitných služieb pre obyvateľov daného územného spoločenstva. Deinštitucionalizácia je proces prechodu od inštitucionálnej starostlivosti ku komunitným službám, ktoré zabezpečujú jednotlivcovi nezávislý život, aktivitu a sociálnu participáciu.

Základným zámerom transformácie a deinštitucionalizácie v Slovenskej republike je vytvorenie a zabezpečenie podmienok pre nezávislý a slobodný život všetkých občanov, odkázaných na pomoc spoločnosti, v prirodzenom sociálnom prostredí komunity, prostredníctvom komplexu kvalitných alternatívnych služieb vo verejnom záujme (vytváranie nových služieb a opatrení a/alebo rozširovaním a využívaním existujúcej siete komunitných služieb), ktoré im umožnia slobodný a nezávislý spôsob života s podporou komunity, odborníkov, členov rodiny, dobrovoľníkov prechodom z prevažne inštitucionálneho spôsobu poskytovania sociálnych služieb na komunitnú starostlivosť a rozširovaním alternatívnych možností uspokojovania potrieb detí, ktoré boli odňaté zo starostlivosti rodičov.<sup>2</sup> Preto je súčasťou úloh NP DI aj informačná kampaň na národ-

<sup>1</sup> MATOUŠEK, O., a kol. 2007 Sociální služby. Praha: Portál 2007, s. 9

<sup>2</sup> Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky. 2011. Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike. [online]. [cit. 20. 03. 2015]. Dostupné na internete: <http://www.employment.gov.sk/files/legislativa/dokumenty-zoznamy->

nej, regionálnej i lokálnej úrovni, zameraná na jednotlivé cieľové skupiny ako súčasť prevencie inštitucionalizácie.<sup>1</sup>

### 3. KVALITA A ŠPECIFICKOSŤ SOCIÁLNEJ SLUŽBY

Pojem kvality v praxi často vnímame ako spoľahlivosť či nespoľahlivosť techniky ale aj práce, ktorá v konečnom dôsledku vplýva priamo na nás všetkých nízkou výkonnosťou a produktivitou. Jednou z univerzálnych definícií kvality je, že „kvalita je stupeň splnenia požiadaviek súborom typických znakov. Požiadavkou je potreba alebo očakávanie, ktoré sú určené, všeobecne sa predpokladajú alebo sú záväzné“<sup>2</sup>. Takými sú napr, zákony, vyhlášky, normy atd. Poskytované sociálne služby, ako výstupy procesov, môžeme označiť v tomto kontexte aj pojmom produkt.

Kvalita je taktiež ako pojem neodlučiteľne spojený s menom a prosperitou organizácie. Zvyšovanie kvality je prvým predpokladom znižovania nákladov, nižšej potreby zdrojov a v konečnom dôsledku vedie k lepšiemu uspokojovaniu potrieb zákazníkov a k prosperite organizácie.

Podľa normy STN EN ISO 9000:2006<sup>3</sup> je kvalita definovaná ako „miera, s akou súbor vlastných charakteristík produktu spĺňa požiadavky (klientov)“. V každej etape vývoja sa rozširovalo a menilo chápanie a obsah pojmu kvalita.

Komplexnejší pohľad na kvalitu služieb prináša Martin (1993) v podobe pätnástich ukazovateľov:<sup>4</sup>

- *dostupnosť* – program je pre klientov bez problémov dostupný
- *dôveryhodnosť* – pracovníci sú priateľskí, slušní, úvážliví
- *komunikácia s verejnosťou* – informácie o programe sú podávané jednoduchšie a zrozumiteľnejšie

---

pod/strategia-deinstitucionalizacie-systemu-socialnych-sluzieb-nahradnej-starostlivosti-1.pdf.

<sup>1</sup> Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky. 2011. Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012–2015. [online]. [cit.20.03. 2015]. Dostupné na internete: [http://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/nap\\_di.pdf](http://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/nap_di.pdf).

<sup>2</sup> Norma ISO 9000:2001

<sup>3</sup> ISO (Medzinárodná organizácia pre normalizáciu – International Organization for Standardization) je medzinárodná normalizačná agentúra so sídlom v Ženeve, ktorá združuje viac ako 100 členských krajín z celého sveta.

<sup>4</sup> Sociální služby Oldřich Matoušek a kol.. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení s.152



- *kompetencie* – pracovníci majú potrebné znalosti a vedomosti
- *napĺňovanie štandardov* – program vyhovuje platným štandardom pre danú službu
- *zdvorilosť* – pracovníci sa chovajú ku klientom zdvorilo
- *dostatočnosť* – program vzhľadom k plánovaným cieľom obsahuje všetko podstatné
- *trvalosť výsledkov* – efekt programu je dlhodobý
- *empatie* – pracovníci chápu potreby klientov a prístupujú k nim individualizovane
- *humánnosť* – pracovníci podporujú u klientov pocit vlastnej hodnoty
- *výkonnosť* – program obsahuje vytýčené ciele
- *spoľahlivosť* – program je poskytovaný stále rovnakým, jasne definovaným spôsobom
- *vyhovujúci* – program je poskytovaný v dobe, ktorá je pre klientov vyhovujúca
- *bezpečnosť* – program je poskytovaný pre klientov bezpečným spôsobom
- *koherencia* – zložky programu, personál, miesto poskytovania a informácie poskytované o programe tvoria koherentný celok

Na subjektivitu vnímania kvality poukazuje aj A. Mateidesa a kol. (2006). Práve subjektivita robí kvalitu zložitou vlastnosťou z hľadiska dohody<sup>4</sup>. Nedohoda sa pritom netýka len vnímania kvality, čiže to, čo sa považuje za kvalitné, ale aj definovania pojmu kvalita.<sup>1</sup> Popisuje taktiež niekoľko prístupov k pojmu kvalita:

- *transcendentný prístup* - kvalita sa nedá definovať, nakoľko ide o vlastnosť, ktorá je prístupná až vďaka individuálnym skúsenostiam spotrebiteľov,
- *technicko-normatívny prístup* - kvalita je exaktná a merateľná veličina, závislá od splnenia technických požiadaviek v dokumentácii výrobku
- *výrobný prístup* - výrobok je kvalitný ak spĺňa výrobné a technologické postupy požadované s dokumentáciou výrobku a každý rozdiel od určeného postupu znamená zníženie kvality,
- *tovaroznalecký prístup* - kvalita produktu je merateľná kvalitou jeho častí alebo jeho typických znakov,

---

<sup>1</sup>MATEIDES, A. a kol. 2006 *Manažérstvo kvality. História, koncepty, metódy*. Bratislava: EPOS: 2006, s. 50-57. ISBN 80-8057-656-4.

- *spotrebiteľský prístup* – kvalita produktu je určená vopred zistenými požiadavkami spotrebiteľa pričom technologické a technické procesy a kontrola je druhoradá,
- *cenotvorný prístup* – kvalita produktu je určená pomerom výkon / cena,
- *ekologický prístup* - kvalitný je ten produkt, ktorý nezaťažuje životné prostredie,
- *potešenie spotrebiteľa* – kvalitný produkt teší spotrebiteľa a uspokojuje jeho potreby inováciou produktu.

Špecifikum kvality služieb spočíva v ich odlišnosti znakov kvality, ktorými sa líšia od produktov výroby a sú komplexnejšie. A. Mateides uvádza tieto špecifické znaky kvality:

- *nemateriálnosť/nehmotnosť/nehmatateľnosť* - službu nemožno ochutnať, ohmatať, vidieť predtým, ako ju nakúpime, služby sú totiž činnosti, nie produkty či objekty,
- *neskladovateľnosť* - službu nemožno skladovať pre potreby špičkového zaťaženia a dopytu, preto je náročná otázka udržania časovo zosúladeného dopytu po službe a ponuky služby,
- *neoddeliteľnosť* - služby nemožno oddeliť od spotrebiteľa, t. j. ich poskytnutie, „vyrobenie“ sa bezprostredne spája s ich spotrebou,
- *variabilita* - charakter, kvalita, priebeh, produkcia i spotreba služby sú úzko spojené s momentálnym stavom potenciálu samotnej služby, ako aj s objektom poskytovania služby, možnosti akejkoľvek štandardizácie sú preto nízke,
- *komplexnosť* - ponuka služby zákazníkovi pozostáva zo súboru čiastkových služieb, z ktorých niektoré sú základné, iné doplnkové,
- *neopakovateľnosť* alebo *relatívna opakovateľnosť* - ide o neopakovateľnosť z pohľadu poskytovateľa a spotrebiteľa služby, rovnako z hľadiska faktoru času i miesta poskytnutia služby,
- *povaha kolektívnych a zmiešaných kolektívnych statkov* - niektoré služby majú špecifické ekonomické vlastnosti, ktoré si pri ich poskytovaní vyžadujú rôzne formy štátnych intervencií.<sup>1</sup>

Z celospoločenského hľadiska je kvalita ako verejný záujem inštitucionalizovaná a je súčasťou politických programov. L. Brychtová a K. Repková (2014) uvádzajú tri oporné vecno – organizačné piliere, pomo-

---

<sup>1</sup> Mateides, A. 2006 *Manažérstvo kvality. História, koncepty, metódy*. In: Brychtová, L. Repková, K. 2014, *Sociálne služby zamerané na kvalitu*. s.15

cou ktorých sa najširšie vymedzuje a realizuje kvalita ako verejný záujem a verejná politika. Ide o *Národný program kvality SR na obdobie rokov 2013-2016*, ktorého hlavnou víziou je „Dosiahnúť, aby sa kvalita stala trvalou a prirodzenou hodnotou a súčasťou života občanov v Slovenskej republike...“

Rovnako v Programovom vyhlásení vlády SR na roky 2012-2016 sa kvalita vymedzuje primárne cez kvalitu života ako výsledok súdržnej spoločnosti. Ďalším inštitútom systému kvality ako verejného záujmu a politiky v SR je *Národná cena SR za kvalitu*. Jej cieľom je „...*motivovať a podporovať organizácie verejného a súkromného sektora v trvalom zlepšovaní a zvyšovaní výkonnosti*“ Súťaž je založená na medzinárodne vyvinutých modeloch, ktorým sa budeme bližšie venovať v ďalšej časti projektu dizertačnej práce. V podmienkach Slovenska zastrešuje a koordinuje štátnu politiku kvality, vrátane organizovania súťaže *Národná cena za kvalitu*, *Úrad pre normalizáciu, metrologiu a skúšobníctvo Slovenskej republiky*. Úrad koordinuje a gestoruje prípravu národných dokumentov v oblasti kvality, organizuje súťaže a ocenenia a poskytuje školiacu, poradenskú a posudkovú činnosť organizáciám pri zavádzaní systémov manažérstva kvality.<sup>1</sup>

Kvalita sociálnych služieb je v popredí na Slovensku ako téma dlhšie obdobie. Z pôvodných teoretických úvah sa počas tohto obdobia rozvinula do praktických aplikácií, najmä legislatívnych. V prvých rokoch presadzovania skvalitňovania sociálnych služieb sa vychádzalo najmä z dôvodov pre ktoré sa majú sociálne služby skvalitňovať. V posledných rokoch ustupuje vyzdvihovanie dôvodov a ich etických alebo odborných východísk a začína sa presadzovať téma spôsobu zabezpečenia kvality sociálnej služby. Objasňovanie pojmu kvalita v sociálnych službách nebolo na potrebnej úrovni metodologicky vyčerpané a prebieha v rámci ďalšieho vzdelávania pracovníkov. Aj napriek tomu, požiadavka na skvalitňovanie sociálnych služieb je odbornými pracovníkmi všeobecne akceptovaná.

Aplikácia kvality do sociálnych služieb sa rozvinula v niekoľkých smeroch. Tie by sa dali rozdeliť v podstate na štyri základné:

- kvalita a vhodnosť odborných postupov práce s klientmi a s tým súvisiaca kvalita a odborná spôsobilosť personálu,
- kvalita života klienta a dodržiavania jeho základných ľudských práv a slobôd,

---

<sup>1</sup> Brichtová, L. Repková, K. 2014, Sociálne služby: zacielené na kvalitu. s.25-26.

- kvalita infraštruktúry a environmentu pre zabezpečenie sociálnej služby,
- kvalita riadenia všetkých činností, dokumentovanie výkonov a zaisťovanie kontrolovateľnosti a opakovateľnosti kvality

V roku 2009 bol prijatý zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách v ktorom boli prvýkrát uvedené *podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby* Podobne ako pred tým v ČR boli stanovené podmienky a spôsob hodnotenia procedurálnej, personálnej a prevádzkovej oblasti. Prostredníctvom inštitútov *individuálnych plánov*, určeniu *kvalifikačných predpokladov* pre výkon odborných činností, zabezpečovania *d ďalšieho vzdelávania, akreditácie* vzdelávacích programov a povinnosti realizovať *supervízny program* sa inštituovali aj ďalšie aspekty skvalitňovania sociálnych služieb v SR. L. Brichtová a K. Repková opisuje toto obdobie ako *štádium formulácie rámcových podmienok (2009-2013)*. Poskytovateľov sociálnych služieb z dôvodu posunu termínu povinného hodnotenia podmienok kvality až na rok 2016 táto právna norma nezavazovala k napĺňaniu jej cieľov.

Až prijatím novely zákona o sociálnych službách platnej od januára 2014 boli kreované legislatívne predpoklady pre hodnotenie podmienok kvality sociálnych služieb, pričom dosiahnutá percentuálna úroveň sa porovnáva s očakávanou, stanovenou ako norma. V zákone bola prijatá formulácia *štandardov* pre jednotlivé podmienky kvality a ich *indikátory* ako základ merateľnosti podmienok kvality sociálnych služieb. L. Brichtová a K. Repková opisuje toto obdobie ako *štádium štandardizácie (od roku 2014)*.

#### **4. ASPEKTY SKVALITŇOVANIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB**

Kvalita v sociálnych službách je neopomenuteľné kritérium bez ohľadu na ich národný koncept. Novela zákona o sociálnych službách účinná od januára 2014 je podľa jej tvorcov „novelou o kvalite“ v sociálnych službách. Explicitne aj implicitne zavádza rozhodujúce inštitúty kvality respektíve ich presnejšie vymedzuje oproti predchádzajúcej platnej právnej norme, (s výnimkou spravodlivého a vyrovnaného financovania všetkých poskytovateľov sociálnej služby). Môžeme ich pomenovať ako aspekty skvalitňovania sociálnych služieb. V rámci systémov kontroly a hodnotenia kvality sa musia hodnotitelia zamerať tak na procesy deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a s nimi súvisiace nové služby, ako aj na spokojnosť prijímateľov sociálnych služieb. Zapojenie prijímateľov sociálnych služieb, ich rodín a zastupujúcich organizácií do sledovania kvality má prvoradú dôležitosť.

#### **5. SUPERVÍZIA**

V sociálnych službách je dôležité význam supervízie vidieť na úrovni nadhľadu a ponúkaniu nezávislého pohľadu supervízora na prácu supervidovaného tak, aby sa mu otvárali nové možnosti videnia svojej práce, ktoré on predtým z akýchkoľvek dôvodov nevidel. V tejto súvislosti môžeme hovoriť o supervízii i v zmysle schopnosti pozeráť sa cez, alebo ponad. Význam supervízie teda spočíva práve v inom pohľade supervízora na tú istú vec, problém, činnosť, udalosť, situáciu ako pozerá supervidovaný.

Schavel a kol. (2013) uvádza, že supervízia má bez posudzovania prostredia aplikácie niekoľko spoločných úloh, ktoré smerujú k skvalitneniu práce, nadobudnutiu schopnosti predchádzať chybám, hľadaniu a nachádzaniu alternatívnych postupov a podobne.<sup>1</sup> Supervízia ako poradenská metóda sa zameriava na zvyšovanie kvality odbornej práce. Supervízia je i vzdelávacím procesom, v ktorom kompetentný prijíma zodpovednosť za výcvik toho, kto disponuje nižšou úrovňou vedomostí a zručností v oblasti sociálnej pomoci. Vytvára predpoklady a podmienky pre rozvoj profesionality, vzdelávania a odborného rastu zamestnancov, zároveň slúži ako prostriedok sebazoznávania v prospech kvalitnejšej práce s ľuďmi.<sup>15</sup>

Tokárová tiež uvádza, že supervízia zaručuje zvyšovanie profesionálnej kompetencie sociálnych poradcov, chráni klienta pred nekompetentnými intervenciami poradcu, vedie k rozširovaniu možnosti a alternatív pri riešení problémov klienta, ku korigovaniu neefektívnych postupov je prevenciou *syndrómu vyhorenia* u sociálnych poradcov, ktorý sa prejavuje menšou citlivosťou ku klientom, formálnym prístupom, nezáujmom, snahou čo najskôr ukončiť prípad.<sup>2</sup>

Zásadnou otázkou supervízie v zariadení sociálnych služieb je frekvencia supervíznych stretnutí aj okruh supervidovaných zamestnancov. Supervidovaní by mal byť každý zamestnanec, nie len „odborný zamestnanec“, ktorý prichádza do interakcii s klientom.

Zákon o sociálnych službách č. 448/2008 Z.z. určuje od januára 2009 povinnosť poskytovateľom sociálnych služieb „realizovať program supervízie“.<sup>3</sup> Bližšie nešpecifikuje frekvenciu supervíznych stretnutí ani okruh zamestnancov supervízie. Dôvodom ignorovania supervízie môže

---

<sup>1</sup>SCHAVEL, M.; HUNYADIOVÁ, S.; KUZÍŠIN, B. 2013 *Supervízia v sociálnej práci: Teória, prax a výskum*.

<sup>2</sup>Tokárová, A. a kol. *Sociálna práca, Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce* s.553

<sup>3</sup>Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách...

byť šetrenie finančných zdrojov a obavy manažmentu personálneho charakteru, nepoznanie metód supervízie a jej zásadného významu pre skvalitňovanie sociálnych služieb.

## 6. ĎALŠIE VZDELÁVANIE A KVALIFIKÁCIA V SOCIÁLNYCH SLUŽBÁCH

Tímy odborných pracovníkov v zariadeniach sociálnych služieb majú multidisciplinárny charakter. Legislatívny rámec daného odvetvia sa pritom vzťahuje na odborných zamestnancov v pôsobnosti aj iných rezortov. Profesionálny rozvoj definuje ako „*proces prehlbovania, zdokonaľovania a rozširovania kvalifikácie profesionálnych kompetencií v súlade s najnovšími vedeckými poznatkami, spoločenskými potrebami a požiadavkami na výkon odbornej činnosti.*“<sup>1</sup> Taktiež definuje, že „*Profesionálne kompetencie sú preukázateľné spôsobilosti potrebné na kvalifikovaný výkon odbornej činnosti.*“<sup>19</sup> Odborným pracovníkom dávajú odvetvové legislatívne rámce právo na ďalšie vzdelávanie a profesionálny rozvoj ale aj *povinnosť* udržiavať a rozvíjať svoje profesionálne kompetencie prostredníctvom ďalšieho vzdelávania.

Problém povinnosti profesionálneho rastu neustálym celoživotným vzdelávaním pracovníkov sociálnych profesií v sociálnych službách, je viditeľný:

- vo všadeprítomnom nedostatku finančných zdrojov na prevádzku zariadení sociálnych služieb, ktoré navyše zvyšujú ekonomicky oprávnené náklady týchto zariadení,
- nízkej ponuke špecializovaných akreditovaných vzdelávacích aktivít a ich dostupnosti v čase a potrebnom priestore (napríklad priamo v zariadeniach),
- v nedostatočnej úrovni vyžadovanej kvalifikácii opatrovateľa aj sociálneho pracovníka.

Odborné vzdelávanie pracovníkov v domovoch sociálnych služieb ako nástroj pre realizáciu zmien a transformácie zariadení sociálnych služieb bol overený v projekte „Transformácia ZSS s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov“ (2005– 2007, EQUAL, ESF). Významným výsledkom projektu je poznatok, ktorý potvrdzuje *rozhodujúcu úlohu vzdelávania* v zariadeniach sociálnych služieb<sup>2</sup>.

**Deinštitucionalizácia systému sociálnych služieb si taktiež vyžaduje dostatočný počet dobre vyškoleného personálu, ktorý bude zme-**

---

<sup>1</sup> Zákon č.317/2009 Z.z. o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch

<sup>2</sup>Krupa, S., *Transformácia domovov sociálnych služieb*. In Integrácia 1/2004 s. 5 – 6.

**nu realizovať. Musí byť vyzbrojený vedomosťami v oblasti komunitnej starostlivosti, ktorá je na rozdiel od inštitucionálnej starostlivosti, založená na partnerstve, na holistickom a interdisciplinárnom prístupe. Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, jeho princípy a postupy by sa mali stať súčasťou učebných osnov formálneho vzdelávania v pomáhajúcich profesiách.**

## **7. MANAŽMENT KVALITY**

Každý proces môžeme riadiť - manažovať relevantným systémom riadenia napr. krízový manažment (Crisis Management), manažment riadenia procesu zmien (Change Management) a pod. Udržiavanie istej úrovne kvality, zvyšovanie jej úrovne chápeme ako riadený proces, manažment kvality QM (Quality Management). V niektorých normách sa používa tiež termín komplexný manažment kvality alebo TQM (Total Quality management).

Zavedenie akéhokoľvek systému manažérstva kvality vnáša do organizácie poriadok, núti systémovo sa zamyslieť nad kvalitou a vo svojich dôsledkoch pomáha pri zvyšovaní spokojnosti klientov. Zložitým problémom však spravidla je samotný pohľad na kvalitu služieb. Systém riadenia kvality je časť celkového systému riadenia organizácie, ktorý efektívnym spôsobom zabezpečuje spokojnosť zákazníka, prijímateľa služby s produktom.

## **ZÁVER**

Aj keď vieme veľa o hodnotení kvality, vnímanie a ocenenie kvality starostlivosti o človeka nemôže byť za každú cenu predmetom merania táto starostlivosť. Veľmi dôležité sú informácie o výsledkoch poskytovanej sociálnej služby, splnených predpokladoch a spokojnosť klientov.

## **ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY**

- DUDINSKÁ, E. BUDAJ, P. VITKO, Š. 2009. *Manažment v sociálnych službách*. Po-  
praď: Vydavateľstvo Michala Vaška 2009. 256 s. ISBN 978-80-7165-756-9.
- DRAGANOVÁ, H. et al. 2006. *Sociálna starostlivosť*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2006. 196  
s. ISBN 978-80-8063-240-3.
- GREEN LISTER, P. 2012. *Integrating Social Work Theoria and Practice*. A practical  
skills guide. 1 st ed. p. cm. 1. Social service. I. Title. Printed and bound in Great  
Britain by the MPG Books Group. 131 p. ISBN 978-0-203-13651-5 (ebk).
- HANOBIK, F. 2011. *Úvod do sociálnej politiky*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva  
a sociálnej práce sv. Alžbety, 2011. 164 s. ISBN 978-80-8132-019-4.

- HEŘMANOVÁ, E. 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha : Slon, 2012. 239 s. ISBN 978-80-7419-100-60.
- HIRNER, A. 1978. *Primárne dáta v sociológii*. Bratislava: ÚŠI, 1978.
- HOLASOVÁ, V. 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2014. 160s. ISBN 978-80-247-4315-8.
- HUBER, M. 2006. *Social and Health Services of General Interest in the European Union*.  
General Assembly of the European Centre for Social welfare Policy and research. Vienna: 2006. dostupné na internete <http://www.kuluttajat-konsumenterna.fi/j-serv.kotisivut.com/files/COMStudy2Reduced.pdf>.
- JEŘÁBEK, H., SOUKUP, P. 2008. *Advanced Lazarsfeldian Methodology*. Charles University in Prague. Karolinum Press: 2008. 205 s. ISBN 978-80-246-1521-9.
- KAČMÁROVÁ, M. 2013. *Teórie a nástroje merania subjektívne hodnotenej kvality života*. Prešov: FF Prešovskej univerzity, 2013. ISBN 978-80-5550-972-3.
- LABÁTH, V. 2004. *Rezidenciálna starostlivosť*. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca, 2004. 144 s. ISBN 80-89185-03-7.
- LEHOCZKÁ, L. 2011. *Koncepcie sociálnych služieb*. Nitra: Univerzita Konštantína filozofa v Nitre. Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 2011. Výklad poznatkov z teórie a praxe študijného odboru: Sociálne služby a poradenstvo. 131 s. ISBN 978-80-8097-955-6.
- LEVICKÁ, J. a kol. 2007. *Sociálna práca I*. Trnava : OLIVA, 2007. 168 s. ISBN 978-80-969454-2-9.
- MAJTÁN, M. a kol. 2008. *Manažment*. 4. vyd. Bratislava : SPRINT, 2008. 434 s. ISBN 978-80-89085-72-9.
- MALÍK HOLASOVÁ, V. 2014. *Kvalita v sociální práci a v sociálních službách*. Praha: Grada, 2014, 151 s. ISBN 978-80-2474-315-8.
- MATEIDES, A. a kol. 2006 *Manažérstvo kvality. História, koncepty, metódy*. Bratislava: EPOS: 2006, ISBN 80-8057-656-4.
- MÁTEL, A., SCHAVEL, M. 2014. *Teória a metódy sociálnej práce I*. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. Bratislava: 2014. Spoločnosť pre rozvoj sociálnej práce. 443 s. ISBN 978-80-971445-2-4.
- MATOUŠEK, O. 2007. *Sociální služby*. Praha : Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, O. 2008. *Slovník sociální práce*. Praha : Portál, 2008. 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
- NIES, H. et al. (2010) *Manažment kvality a zabezpečenie kvality v dlhodobej starostlivosti*. Európska správa. In Brichtová, L. Repková, K. 2014. *Sociálne služby: zacielené na kvalitu*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2014, 275s. ISBN 978-80-7138-138-9
- OLÁH, M. a kol. 2012. *Metódy sociálnej práce v praxi*. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. Bratislava: 2012. 317 s. ISBN 978-80-8132-039-2



- PAULOVÁ, I. 2013. *Komplexné manažérstvo kvality*. Bratislava : Iura edition, 2013, 160 s. ISBN 978-80-807-857-41
- SCHAVEL, M.; HUNYADIOVÁ, S.; KUZIŠIN, B. 2013. *Supervízia v sociálnej práci: Teória, prax a výskum*. Bratislava : Spoločnosť pre rozvoj sociálnej práce, 2013. ISBN 978-80-971445-0-0.
- TOKÁROVÁ, A. a kol. 2007. *Sociálna práca*. 3. vyd. Prešov: AKCENT PRINT, 2007. 573 s. ISBN 978-80-969419-8-8
- TOMEŠ, I. 2001. *Sociální politika: teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. vyd. Praha : Socioklub, 2001. 262 s. ISBN 80-86484-00-9.
- TOMEŠ, I. 2010. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. 1. vyd. Praha : Portál, 2010. 440 s. ISBN 978-80-7367-680-3.
- ŽIAKOVÁ, E. 2005. *Psychosociálne aspekty sociálnej práce*. 2. vyd. Prešov : Akcent, 2005. 234 s. ISBN 80-969274-2-6.

### **Dokumenty**

- Centrálny register poskytovateľov sociálnych služieb MPSVaR SR, (14.7.2015)
- RADA EURÓPY. 2003. Informačná kancelária Rady Európy v Bratislave. Koherentná politika rehabilitácie pre ľudí so zdravotným postihnutím. Odporúčanie č. R(92) 6 Výboru ministrov Rady Európy. 62 s. ISBN 80-89141-02-1
- Všeobecná deklarácia ľudských práv prijatá a vyhlásená rezolúciou Valného zhromaždenia 217 A (III) z 10. decembra 1948.

### **Zákony**

- Zákon č. 195/1998 Z.z. o sociálnej pomoci (platnosť zákona skončila 31.12.2008).
- Zákon č. 448/2008 Z.z. Zákon o sociálnych službách a o zmene zákona č.455/1991 Zb. O živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov.
- Zákon č.317/2009 Z.z. o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch
- Zákon č. 219/2014 Z.z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- Zákon č. 99/1963 Zb. Občiansky súdny poriadok.

### **Zoznam použitých časopisov**

- KRUPA, S., *Transformácia domovov sociálnych služieb*. In Integrácia 1/2004 s. 5 – 6. *Naučme se dělat výskumy v sociální práci*. Sociální práce – sociálna práca. 1/2011

### **Zborníky**

- SHAVEL, M. 2010. *Vzdelávanie v sociálnej práci a perspektívy v ďalšom vzdelávaní sociálnych pracovníkov*. In Sociálne služby v regióne. Zborník príspevkov. Skalica : Občianske združenie ELISABETH. 149 s. ISBN 978-80-970567-0-4.

### **Elektronické monografie**

- DOWLING, M. 2012. *An empowering approach to measuring quality in social care services in England*. London: University of london 2012. www.rhul.ac.uk.

- HAVRDOVÁ, Z. a kol. 2010. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Praha: Univerzita Karlova, 2010. 207 s. Dostupné na internetu : [http://toc.nkp.cz/NKC/201101/contens/nkc20102/51919\\_1.pdf](http://toc.nkp.cz/NKC/201101/contens/nkc20102/51919_1.pdf). ISBN 978-80-873-980-67.
- KONEČNÝ, V. 2012. *Nástroje a metody manažerstva kvality: návody a cvičenia z predmetu manažerstvo kvality*. Žilina: el. kniha, 2012. 204 s. ISDN 978-80-8154-400-35
- MALLEY, J. NETTEN, A. 2008. *Measuring and monitoring outputs in social care: the problem of measuring quality*. Dostupné na internetu: <http://ras.sagepub.com/content/74/4/535>.
- Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky. 2011. *Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012–2015*. [online]. [cit. 20. 03. 2015]. Dostupné na internetu: [http://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/nap\\_di.pdf](http://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/nap_di.pdf).
- Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky. 2011. *Stratégia deinstytucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike*. [online]. [cit. 20. 03. 2015]. Dostupné na internetu: <http://www.employment.gov.sk/files/legislativa/dokumenty-zoznamy-pod/strategia-deinstytucionalizacie-systemu-socialnych-sluzieb-nahradnej-starostlivosti>.
- TEPLICKÁ, K. 2010. *Význam nákladov v systéme riadenia kvality*. Dostupné na internetu: <http://katedry.fmmi.vsb.cz/639/qmag>.

**KVALITA ŽIVOTA SENIOROV TRPIACICH ALZHEIME-  
ROVOU CHOROBOU VERSUS BELGICKÝ MODEL SO-  
CIÁLNEJ STAROSTLIVOSTI O NICH****QUALITY OF LIFE OF SENIORS WITH ALZHEIMER'S  
DISEASE VERSUS BELGIAN MODEL OF SOCIAL CARE**

<sup>1</sup> *Heverová Mária* - <sup>2</sup> *Wiczmandyová Darina*

<sup>1,2</sup> Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

**ABSTRAKT**

Všeobecne by sme mohli povedať, že seniori s alzheimerovou chorobou sú všade na svete rovnakí. Či su to seniori zo Slovenska, Belgicka alebo z akéhokoľvek iného miesta na svete, tak v prvom rade títo postihnutí seniori potrebujú veľa pozornosti, záujmu, starostlivosti, empatie a lásky zo strany spoločnosti. Kvalita sociálnej starostlivosti pre seniorov je úzko spätá hlavne s otázkou finančného krytia. Predkladaný príspevok poukazuje na kvalitu života seniorov trpiacich alzheimerovou chorobou a opisuje belgický model sociálnej starostlivosti.

**KLÚČOVÉ SLOVÁ:** Alzheimerova choroba. Kvalita života. Senior. Sociálna starostlivosť.

**ABSTRACT**

It is a general observation that seniors with Alzheimer's disease are alike worldwide. Whether they are seniors from Slovakia, Belgium or everywhere in the world, so first of all they need a lot of attention, interest, care, empathy and love from the company. The quality of social care for seniors suffering from Alzheimer's disease is above all a question the financial envelope. Social care for seniors is focused mostly on a question of financial coverage. The article points out the quality of life for elderly with Alzheimer's disease and describes the system of social care in Belgium.

**KEY WORDS:** Alzheimer's disease. Quality of life. Senior. Social care.

**ÚVOD**

V súčasnosti sa významne zvyšuje priemerný vek populácie vo vyspelých krajinách sveta. Tento narastajúci trend je viditeľný i v našej spoločnosti, a preto sa neustále hľadajú východiská, ktoré by umožnili

naším seniorom žiť zmysluplne. Podľa organizácie pre výskum Alzheimerovej choroby (*Association pour la recherche sur Alzheimer*) dané ochorenie postihuje 5% ľudí starších ako 65 rokov, 25% ľudí starších ako 80 rokov a 40% ľudí starších ako 90 rokov. Jej najnovšie poznaky hovoria, že celosvetvo trpí Alzheimerovou chorobou viac než 35,6 miliónov ľudí, pričom každým rokom počet postihnutých narastá o 7,7 milióna. WHO (*l'Organisation Mondiale de la Santé - svetová zdravotnícka organizácia*) vyjadrila svoje odhady, že v roku 2030 okolo 65,7 miliónov postihnutých touto chorobou a v roku 2050 počet postihnutých vzrastie až na 115,4 miliónov.[3] Liga Alzheimer je časťou národnej ligy Alzheimer (*Ligue Nationale Alzheimer*), ktorá združuje rodiny a ľudí postihnutých touto diagnózou, i ľudí ochotných a schopných pomôcť. Táto belgická asociácia disponuje francúzskymi, nemeckými a flámskymi pracovnými anténami, ktoré majú regionálne podporné skupiny i kontaktné telefonické centrá prostredníctvom, ktorých poskytujú špecifické poradenstvo pre rodiny postihnutých ľudí, ako aj pre odbornú a laickú verejnosť. Ciele tejto asociácie je možné zhrnúť do jedného slova, a to je pomoc. [6] Ďalšou značne významnou organizáciou je Európska Alzheimerová organizácia (*Alzheimer Europe*), ktorá je zastrešuje 37 asociácií v 32 krajinách. Úrad Alzheimer Europe sídli v Luxemburgu a zamestnáva osem ľudí. Európska rada Alzheimer sa schádza pravidelne a v súčasnosti sa skladá z 11 členov, vrátane predsedu Európskej pracovnej skupiny ľudí s demenciou. Členovia správnej rady zastupujú národné asociácie z desiatich európskych krajín. [2]Národný program ochrany starších ľudí prezentuje vládnu politiku vo vzťahu k starším občanom. Právo prístupu k službám vo všeobecnom záujme zaručuje všetkým EU občanom článok 36 Charty základných práv EU s cieľom podporovať sociálnu a teritoriálnu (regionálnu) kohéziu v európskom priestore.

### **KVALITA ŽIVOTA SENIORA S DIAGNÓZOU ALZHEIMEROVÁ CHOROBA**

Pod pojmom senior chápeme staršieho či starého človeka, ktorý dosiahol dôchodkový vek (to je od veku 60 rokov a vyššie). Pre tento vek sú charakteristické zmeny v oblasti psychického, telesného a duševného zdravia, ktoré vyvolávajú v rôznej miere známky postupného procesu starnutia. Seniorská populácia vykazuje niektoré charakteristické rysy a v určitej miere je aj heterogénna. Túto skutočnosť podmieňujú najmä:

- **jedinečné vloh y a osobnostné rysy, ktoré sa s vekom nestrácajú,**
- **rôzna miera rozvoja jedinečných vlôh v priebehu obdobia mladosti a stredného veku,**

- **inter individuálna variabilita involučných biologických dejov,**
- **rôzna miera chorobných zmien, udalosti dlhého života,**
- **skúsenosti a návyky vrátane vzdelávania, profesionálnej kariéry a životného spôsobu,**
- **hodnotový systém a životné názory,**
- **sociálno ekonomické zázemie, ako je napríklad majetok, bytové podmienky či bytová situácia. [7]**

Alzheimerova choroba predstavuje najznámejšiu formu demencie. Všeobecný termín označuje poruchu, ktorá sa objavuje v dôsledku mozgovovej dysfunkcie, ktorá spôsobuje stratu pamäti, myslenia a správania. V ranom štádiu tohto ochorenia jednotlivé symptómy môžu byť mierne, ale postupne zhoršujú mozgové funkcie. Miera progresie Alzheimerovej choroby sa individuálne kolíše medzi jednotlivcami, pričom sa priemerná dĺžka života človeka po nástupe prvých príznakov odhaduje na osem rokov. [1]

Podľa *Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO)* indikátory kvality života sú:

- fyzické zdravie - od neho závisí energia a únava, bolesť a diskomfort, spánok a rozvoj.
- psychologické zdravie - vyjadruje negatívne a pozitívne city, seba hodnotenie, spôsob myslenia, učenie, pozornosť či sústredenosť.
- úroveň nezávislosti – pohyb, denné aktivity, pracovná kapacita, závislosť na liekoch.
- sociálne vzťahy -osobné vzťahy, sociálna opora, sexuálna aktivita ai.
- prostredie - prístup k finančným zdrojom, sloboda, bezpečie, zdravé prostredie a sociálna starostlivosť, domov, prístup k informáciám, účasť na rekreácií, cestovanie, fyzické prostredie.
- spiritualita - osobná viera, presvedčenie resp. hodnotová orientácia. [5]

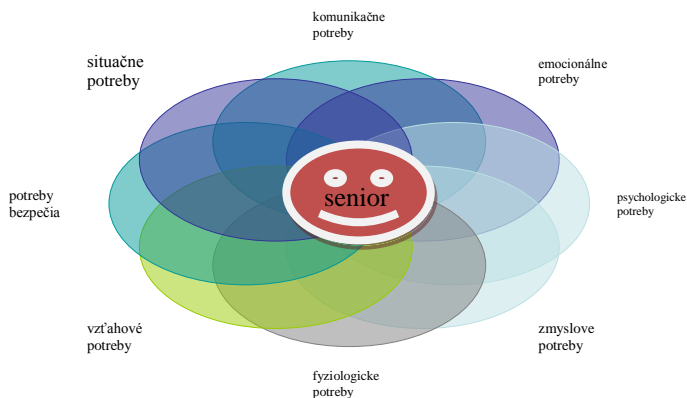
Postoj spoločnosti k seniorom postihnutým Alzheimerovou chorobou je značne negatívny, rovnako, ako je negatívne aj vnímanie samotného ochorenia pacientom a jeho najbližším okolím. Je všeobecne známe, že sa jedná o závažné degeneratívne ochorenie, ktoré vyvoláva seniorom

mnohé problémy a komplikácie, ako sú napríklad úzkosť či prevažujúci negativizmus. Tento negatívny postoj samotného postihnutého seniora a jeho najbližšieho okolia zásadne v negatívnom zmysle slova ovplyvňuje kvalitu jeho života. Na základe tejto skutočnosti je potrebné túto problematiku detabuizovať a destigmatizovať.

Belgická vláda prijala 16. decembra 2010 schválila valónsky program k riešeniu problematiky Alzheimerovej choroby a podobných vzťahujúcich sa chorôb (*le Programme wallon d'actions Alzheimer et maladies apparentées*). Tento plán má tri základné úlohy, a to:

- zvýšiť povedomie o tejto chorobe s cieľom integrovať pacienta do spoločnosti,
- zlepšovať kvalitu života pacientov a ich rodín.
- zvýšiť povedomie o chorobe a podporovať dynamické regionálne riešenia. [8]

*Obrázok 1 - Integrovaný model potrieb starších ľudí s demenciou  
Zdroj: Charlot, Driesens, Guffens (2009)*



Bližšie špecifikovať kvalitu života u ľudí s Alzheimerovou chorobou vôbec nie je ľahké a to aj napriek tomu, že tento pojem sa v odbornej literatúre objavil v 70. rokoch. S kvalitou života sú úzko späté i termíny, ako je pohodlie, spokojnosť so životom či subjektívna pohoda.

## BELGICKÝ MODEL SOCIÁLNEJ STAROSTLIVOSTI O SENIOROV S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

V roku 1830 Belgicko docielilo svoju nezávislosť a stalo sa konštitučnou monarchiou. V súčasnosti je to federatívny štát rozdelený na tri hlavné regióny, a to Flámsko (sever krajiny), Valónsko (juh krajiny) a hlavné mesto Brusel (dvojjazyčné hlavné mesto s úradným jazykom francúzština a flámčina). Belgicko je jedným zo zakladajúcich štátov Európskej únie a v jeho hlavnom meste v sídli niekoľko medzinárodných organizácií, väčšina európskych inštitúcií i ústredie NATO. [4] V Belgicku existujú všetky formy sociálnych služieb pre seniorov avšak belgická vláda sa snaží posilňovať sociálnu pomoc orientovanú seniorom tak, aby im zabezpečili možnosť zotrvať čo najdlhšie vo svojom domácom prostredí. Existujú rôzne možnosti pomoci seniorom v domácnosti, a to od finančnej pomoci cez pomoc v rôznych typoch zdravotníckych i sociálnych zariadení. Každý región disponuje svojou vlastnou sociálnou legislatívou, ktorá reguluje poskytovanie pomoci seniorom. Všeobecne sa dá povedať, že ťažisko starostlivosti o seniorov spočíva v prenesení z ústavnej starostlivosti na ambulantnú a domácu starostlivosť za podpory profesionálov teda deinštitucionalizácia sociálnych služieb. V rámci Valónskeho regiónu je seniorom s alzheimerovou chorobou k dispozícii:

### Inštitucionálna starostlivosť

Inštitucionálne bývanie pre seniorov s alzheimerovou chorobou predstavuje veľmi ťažké a závažné rozhodnutie. Aj napriek skutočnosti, že belgický model starostlivosti uprednostňuje domácu starostlivosť o seniora, sa v niektorých prípadoch (bezpečnosť seniora) uprednostní inštitucionálna starostlivosť. Tento krok je veľmi ťažký nielen pre samotného seniora, ktorý opúšťa svoj domov, ale aj pre jeho najbližších pretože títo mávajú pocit viny, že sa dlhšie nedokázali o postihnutého člena rodiny postarať. Po nástupe seniora do inštitúcie je nevyhnutná prítomnosť jeho najbližších. Pre belgických seniorov trpiacich alzheimerovou chorobou sú k dispozícii nasledovné zariadenia a inštitúcie poskytujúce sociálne služby a celodennú starostlivosť, a to:

- denné stacionáre (*Les centres de soins de jour*) - tieto denné centrá sú štruktúry prispôbené k starostlivosti o ľudí s Alzheimerovou chorobou. V rámci nich sa odborný personál stará o pacientov v prvých fázach a maximálne do stredne ťažkej fázy. Náklady na starostlivosť líšia, ale platba sa pohybuje okolo 15 eur za deň.

- nočný stacionár (*Les centres d'accueil de soirée et/ou de nuit*) - jedná sa o prijímacie centrá na noc, ktoré pracujú na rovnakom princípe ako jasle. Ich cieľom je mať pacienta s demenciou pod dohľadom, pretože takto postihnutí seniori sú obvykle aktívny v noci, a tým umožniť príbuzným dýchnuť si a vyspať sa.
- špecializované nemocnice (*Centres hospitaliers spécialisés*) - senior trpiaci demenciou môže byť prijatý na psychogeriatrickú kliniku, na špecializovanú jednotku psychiatrickej liečebne alebo všeobecnej nemocnice. Tento príjem postihnutého seniora je samozrejme dočasné riešenie a jeho cieľom je dôkladné pozorovanie, stanovenie adekvátnej diagnózy a liečby.
- zariadenia s opatrovateľskou službou (*la maisons de repos*) - v rámci starostlivosti o seniora s alzheimerovou chorobou resp. inými typmi demencie musí byť dané sociálne zariadenie prispôsobené potrebám týchto postihnutých seniorov (teda musí spĺňať určité kritéria pre starostlivosť). Zariadenie musí mať prispôsobené celkové prostredie, zabezpečovať bezpečnosť seniora ako aj poskytovať koôplexnú celodennú starostlivosť o takto postihnutých.
- zariadenie pre seniorov a zariadenie špeciálnej starostlivosti (*la maisons de repos et de soins*) - v prípade ak zdravotný stav a vývoj ochorenia u daného postihnutého seniora si vyžaduje väčšiu lekársku a ošetrovateľskú starostlivosť, je nutné aby bol takíto senior prevezený práve do tohto typu zariadenia. V danom zariadení sa poskytuje seniorovi vykonávanie základných činností každodenného života. Tieto zariadenia majú vybudované špeciálne jednotky (obytné priestory) vo svojej prevádzke prispôbené potrebám seniorov. [8]

V Belgicku sú vybudované organizácie (Des ASBL) ktoré pomáhajú postihnutým seniorom a ich rodinám s hodnotením aktuálnej rodinnej situácie, ich potrieb a navrhujú riešenia pomoci pre týchto seniorov.

### **Neinštitucionálna - domáca starostlivosť**

Aj napriek skutočnosti, že postupom času všetko čo seniorom s diagnózou alzheimerová choroba je známe sa pomaly stráca. Avšak i napriek tejto skutočnosti sa títo postihnutí seniori stále cítia najpohodľnejšie v ich vlastnom prostredí. Z tohto dôvodu sa v Belgicku prikladá veľký význam domácej starostlivosti o seniorov postihnutých demenciou a zabezpečuje pre nich všetky služby potrebné v rámci domácej starostlivosti a tak umožniť osobe s demenciou, aby aj naďalej dokázala viesť normálny život najdlhšie ako to bude možné. Rodinní príslušníci resp. opatrovatelia



postihnutého seniora popri poskytovaní domácej starostlivosti sa vždy môžu obrátiť na rôzne organizácie domácej starostlivosti, jedná sa napríklad o:

- domáca starostlivosť (*Soins à domicile*) - jedná sa o služby spojené s bežnými domácimi prácami (tj. varenie, pranie a žehlenie bielizne, upratovanie, nakupovanie, atď.), so starostlivosťou o osobnú hygienu postihnutej osoby.
- pomoc pri opatrovaní (*Service de garde*) - jedná sa o osobný dohľad nad postihnutou osobou v čase neprítomnosti rodinných príslušníkov resp. opatrovateľa. Je to odľahčujúca forma služieb, ktorá pomáha pri osobnej domácej starostlivosti o seniora s Alzheimerovou chorobou resp. inými formami demencie. Tento servis napomáha opatrovateľom viesť normálny osobný život.
- domáca zdravotná sestra (*Infirmier à domicile*) - je zamestnankyňou zariadenia pre ošetrovateľstvo (*la maison pour les soins infirmiers*). Frekvencia návštev tejto zdravotnej sestry je závislá od stupňa závislosti seniora, ako aj od vývojového štádia ochorenia demencie. Táto zdravotná sestra sa zoberá starostlivosťou o telo postihnutého seniora, o hojenie rán, monitoruje a podáva lieky, aplikuje injekčnú liečbu v prípade potreby a pod.
- balik sociálnych služieb (*Baluchon*) - tieto služby domácej starostlivosti môže senior a jeho rodina pozastaviť alebo zastaviť. Avšak opatrovatelia sú povinní vyhotoviť záverečnú správu o aktuálnej situácii.
- denné stacionáre (*Centres de soins de jour*) - senior s demenciou môže byť v danom centre počas celého dňa (vo všedné dni) a je pod dohľadom profesionálov.
- krátkodobé pobyty (*Court séjour*) - v rámci týchto pobytov je možné seniora umiestniť na určitý čas do zariadenia s celodennou starostlivosťou (zariadenia pre seniorov, zariadenia s opatrovateľskou službou). Tieto pobyty sú odľahčujúcou službou pre rodiny či opatrovateľov (umožňujú rodinám oddych, pauzu v starostlivosti o seniora, relax či dovolenku resp. iné činnosti).
- nočné stacionáre (*Surveillance de nuit*) - dohľad nad seniorom v priebehu noci. [9]

## ZÁVER

Seniori nielen v Belgicku, ale v rámci Slovenskej republiky majú právo na to, aby sa podieľali na rozhodnutiach o svojom vlastnom živote, na právnu ochranu a čo najlepšie zdravotné a sociálne služby dostupné v ich krajine. V Belgicku seniorom postihnutým Alzheimerovou chorobou a ich rodinám poskytuje všestrannú pomoc belgická spoločnosť Alzheimer (*Alzheimer Belgique ASBL*). Táto spoločnosť realizuje 24 hodinovú non stop telefonickú linku pomoci, podporné skupiny, arteterapiu, relaxačné terapie, alzheimer kaviarne, alzheimer nedele, realizujú rôzne vzdelávacie kurzy a pod. Sociálny systém v Belgicku má pre seniorov trpiacich alzheimerovou chorobou vytvorené mnohé štátne orgány a organizácie napr.:

- inštitút pre seniorov a rodinu (DGO 5 - Département des Aînés et de la Famille),
- zariadenia Senoah (anciennement Infor Homes Wallonie),
- sprevádzanie v starobe (Cep-âge: Accompagner le grand âge),
- seniorské sociálne hnutia (Enéo: Mouvement social des aînés),
- život doma (Vivre chez soi),
- získať radu pomoc od CPAS (Se faire aider),
- združenie starostlivosti koordinačných centier a služieb pre domácnosti (Association des Centres de Coordination de Soins et de Services à Domicile),
- federácia pre pomoc a starostlivosť v domácnostiach (Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile - FASD),
- federácia centier a služieb domácej starostlivosti (Fédération des Centres de services et soins à domicile - FCSD),
- priestor seniorov (Espace Seniors),
- dožitie svojho života doma (Terminer sa vie chez soi),
- nový domov - alternatívy budúceho stanovišťa (Un nouveau chez soi - Habitats alternatifs),
- život s ostatnými (Vivre avec d'autres),
- život v rodine (Vivre dans sa famille),
- primárna zdravotná starostlivosť (Les soins de sante primaire),
- kritické obdobia (Les périodes de crises),
- duševné zdravie (Santé mentale),
- referenčné centrum duševného zdravia (Centre de Référence en Santé Mentale),
- Valónsky plán Alzheimer (Plan wallon Alzheimer),
- liga Alzheimer (Ligue Alzheimer),
- "Zneužitie" rešpektovanie seniorov ("La maltraitance" Respect Seniors),

- Federálna mediačná služba Práva pacientov (Service de médiation fédéral Droits du patient),
- život v inštitúciách - dobra staroba ("Vivre en institution" Le bien vieillir),
- integrácia (Intergénération). [8]

Seniori s pribúdajúcim vekom nutne potrebujú spektrum zdravotníckych a sociálnych služieb, predovšetkým včasné a presné stanovenie diagnózy, odstránenie liečiteľných ochorení či príznakov, dostupnosť bežnej medikamentóznej terapie, špecializovanej neurologickej a psychiatrickej starostlivosti, denné centrá, domácu respektíve inštitucionálnu starostlivosť, citlivú a adekvátnu paliatívnu starostlivosť.

### ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- [1] Alzheimer's association. 2015. *Alzheimer's Disease*. [online]. [citované 2016-01-20]. Dostupné na internete: <[http://www.alz.org/alzheimers\\_disease\\_1973.asp](http://www.alz.org/alzheimers_disease_1973.asp)>.
- [2] Alzheimer Europe. 2016. *Living with dementia*. [online]. [citované 2016-02-02]. Dostupné na internete: <<http://www.alzheimer-europe.org/Alzheimer-Europe/Who-we-are>>.
- [3] Alzheimer recherche. 2016. *Maladie alzheimer*. [online]. [citované 2016-01-02]. Dostupné na internete: <<http://alzheimer-recherche.org/category/maladie-alzheimer/chiffres-et-prevalence/>>.
- [4] Európa. 2016. *Informácie o EÚ. Členské krajiny-Belgicko*. [online]. Internetový [citované 2016-02-05]. Dostupné na internete: <[http://europa.eu/about-eu/countries/member-countries/belgium/index\\_sk.htm](http://europa.eu/about-eu/countries/member-countries/belgium/index_sk.htm)>.
- [5] HEVEROVÁ, M. 2014. Systém sociálneho zabezpečenia orientovaný na pomoc seniorom v Belgicku. In *Prohuman*. [online]. [uverejnené 2014-01-28]. Dostupné na internete: <<http://www.prohuman.sk/socialna-praca/system-socialneho-zabezpecenia-orientovany-na-pomoc-seniorom-v-belgicku>>.
- [6] Ligue Alzheimer asbl. 2016. *La maladie d'Alzheimer 14 questions, 14 réponses*. [online]. [citované 2016 - 01 - 19]. Dostupné na internete: <[http://www.pfizer.be/sites/be/fr/about\\_pfizer/Documents/Alzheimer14questionsFR.pdf](http://www.pfizer.be/sites/be/fr/about_pfizer/Documents/Alzheimer14questionsFR.pdf)>.
- [7] MUHLPACHR, P. 2008. *Základy gerontológie*. Brno : MSP, 2008, 203 s. ISBN 978-80-7392-072-2.
- [8] Observatoire Wallon de la Santé. 2016. *Les services pour les personnes âgées en Walloni*. [online]. [citované 2016-01-03]. Dostupné na internete: <<http://socialsante.wallonie.be/sites/default/files/OWS%20WS%205.pdf>>
- [9] l'Union Nationale des Mutualités Libres regroupe. 2016. *Vivre avec un proche atteint de démence*. [online]. [citované 2016 - 01 - 04]. Dostupné na internete: <<http://www.mloz.be/files/demencefr.pdf>>.

# ROZVOJ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB PRE SENIOROV

---

## DEVELOPMENT OF SOCIAL SERVICES FOR SENIORS

*Holonič Ján*

Detasované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku

### **ABSTRAKT**

*Úvod:* predstavenie priorít v sociálnych službách so zameraním na klientov seniorského veku.

*Súbor a metódika:* vybraná problematika zariadení sociálnych služieb poskytujúcich sociálne služby ambulatnou formou.

*Výsledky:* V príspevku chceme poukázať na potrebu rozvoja sociálnych služieb v našom regióne. na základe demografických údajov chceme poukázať na nutnosť rozvoja týchto sociálnych zariadení.

*Záver:* V závere chceme zhodnotiť prínos tejto stratégie rozvoja sociálnych služieb.

**KLÚČOVÉ SLOVÁ:** sociálne služby, seniori, ťažko zdravotne postihnutí

Stále pribúdajú ľudia, o ktorých sa treba starať doma. Z nemocníc prepúšťajú pacientov skôr, ľudia žijú dlhšie a lekárske technológie zvýšili životné očakávania tých, ktorí sú postihnutí imobilitou, mali nehodu alebo prežili traumu. Tradičná terénna služba je opatrovateľská služba. Vďaka nej je mnohým seniorom umožnený príjemný pobyt vo vlastnom domácom prostredí. O zavedenie opatrovateľskej služby musí požiadať sám občan, avšak pomôcť mu môže aj rodina, sociálny pracovník alebo aj zdravotníci. O spôsobe úhrady rozhoduje odbor sociálnych vecí, ktorý má údaje o sociálnej situácii žiadajúcej osoby. Aj dnes, keď je možné požiadať o celý rad služieb (kadernícke, holičské, o manikúru, pedikúru, doprovod k lekárovi atď.), kapacita opatrovateľskej služby v mnohých prípadoch nestačí na viac ako je rozvoz obedov a najnutnejšie nákupy. Pretrváva absencia služieb cez víkend. Významné miesto v komunitnej starostlivosti má vždy rodina a priatelia klienta. Rodina sa predovšetkým musí chcieť o svojho člena postarať a spoločnosť má vytvárať podmienky pre to, aby sa rodina starať mohla. Domov je vnímaný ako životné centrum najmä u chronicky chorých, u osôb so zdravotným postihnutím, u seniorov, kedy vzrastá význam základných životných potrieb. Úprava domácnosti a praktické pomôcky každodennej potreby im umožňujú žiť čo najdlhšie vo svojom domove.

Gerontológia sa delí na teoretickú, klinickú a sociálnu. Teoretická gerontológia sa zaoberá výskumom starnutia organizmu, príčinami a mechanizmami starnutia, experimentálnymi možnosťami jeho ovplyvnenia. Klinická gerontológia, čiže geriatria sa zaoberá starým človekom v zdraví a chorobe, menovite však diagnostikou, liečbou, rehabilitáciou a prevenciou jeho chorobných stavov a ich sociálnych dôsledkov. Vymedzuje pojem geriatrického pacienta s jeho charakteristikami, ktorými sú najmä biologický vek, polymorbidita, zmenená symptomatika a priebeh chorôb, sklon ku komplikáciám, sklon k adaptačnému zlyhaniu, sklon k chronicite, zmenená reakcia na lieky, psychosociálne príznaky a špecifické geriatrické syndrómy. Sociálna gerontológia sa zaoberá postavením starého človeka v spoločnosti, jeho vzťahom k nej, otázkami jeho spoločenskej integrácie, aktivitami osobnými a spoločenskými na jednej strane a vzťahom spoločnosti k starému človeku na druhej strane. Tohto sa týka aj spôsob organizácie zdravotnej a sociálnej starostlivosti, otázky svojpomoci a vzájomnej pomoci, neštátnych, dobrovoľných a charitatívnych aktivít. Súčasťou sociálnej gerontológie je sledovanie demografického trendu a zdravotného stavu populácie ako celku. (Hegyí, Krajčík, 2010) Konečnou etapou starnutia je staroba. Senior je starý človek po 65. roku života. Mladší starí – od 65 do 74 rokov Stredne starí – od 75 do 84 rokov Starí starí – od 85 a viac rokov Obdobie života nad 90 rokov sa nazýva dlhovekosť. (Kalvach, 2006)

Starnutiu podlieha aj ľudské vedomie i keď aj tu pozorujeme individuálne odlišnosti. Niektorí ľudia si udržiavajú mentálnu sviežosť až do vysokého veku, kým iní ju stratia dávno predtým, než zostarnú. Fyzické i mentálne kvality jedinca závisia od schopností človeka v mladosti a dospelosti. Ľudia, ktorí sú vysoko inteligentní a tvoriví, majú lepšiu šancu úspešne sa chrániť pred mentálnym starnutím. Prejavuje sa zmenou osobnostných rysov, znížením poznávacích schopností, spomalením psychomotorického tempa, zhoršením pamäti, nižšou koncentráciou pozornosti. Je všeobecne známe, že starnúci jednotlivci si veľmi dobre, až detailne, pamätajú udalosti spred desiatok rokov, nie sú však schopní zapamätať si novšie informácie. Dlhodobá pamäť (DDP) zostáva aj vo vyššom veku neporušená, zatiaľ čo krátkodobá pamäť (KDP), resp. jej rozsah (nazývaný tiež rozsahom pozornosti) podlieha výrazným negatívnym vekovým zmenám. Vo vzťahu k pamäti sa ukázalo, že na jej úbytkoch sa podieľa hlavne zmena efektívnosti s akou sú informácie spracované v CNS a tiež, že vekovému poklesu podliehajú najmä tie zložky pamäte, ktoré sa vzťahujú k fluidnej inteligencii. Procesy zachytávajúce fluidnú inteligenciu v podstate zabezpečujú procesy, na ktorých je založený aj rozsah KDP.

Navyše, procesy KDP prebiehajú spravidla automaticky bez angažovania mediačných procesov – tzv. pamäťovej organizácie. Avšak, práve tie sú pre kvalitný pamäťový výkon seniorov veľmi dôležité. Ďalej sa znižuje kognitívna schopnosť, ochudobňuje sa fantázia seniora. Výsledky výskumov, ktoré mapujú stav kognície a psychického fungovania vo vyššom veku, tvoria heterogénny súbor poznatkov. Vysoká variabilita v involúcii kognitívnych funkcií vo vyššom veku tiež naznačuje, že by sme tieto kognitívne zmeny nemali považovať za univerzálne znaky starnutia, pretože ide o zmeny, ktoré sú v starobe veľmi časté, avšak nemusia byť nutným doprovodom psychickej involúcie. Mini-Mental State Examination (MMSE, označovaný aj ako Folsteinov test) bol vypracovaný M. F. Folsteinom v roku 1975 ako validný nástroj pre použitie v klinickej praxi určený na orientačnú diagnostiku demencie. Pozostáva z 30 položiek a pokynov testujúcich jednotlivé kognitívne funkcie. Skóre na MMSE je v rozmedzí od 0 do 30, skóre 25 alebo vyššie je tradične považované za normálne. Výsledky menej ako 10 celkovo naznačujú ťažké zdravotné postihnutia, pričom výsledky medzi 10 a 19 ukazujú mierne demencie. Ľudia trpiaci Alzheimerovou mierne majú tendenciu skórovať v 19 až 24 (Bóriková, 2006) 11 K pozitívnym javom patria zvýšenie rozvahy, trpezlivosť, stálosť názorov a vzťahov, dobrá slovná zásoba, múdrosť a tolerancia. (Krajčík, 2000) Z psychologického hľadiska je dôležité, aby si každý človek udržiaval spokojnosť, dôveru vo vlastné schopnosti a sily, zbavil sa strachu zo starnutia a straty funkcií a neustále plánoval reálnu budúcnosť. Duševné prejavy vo vyššom veku môžu byť bez akýchkoľvek psychických zmien, s výskytom psychických zmien sprevádzajúcich fyziologické starnutie, s výskytom psychických zmien typických pre vyšší vek, už v preseníu a s psychickými chorobami vyššieho veku. V našej spoločnosti, kde ľudia žijú dlhšie je pravdepodobnosť výskytu demencie vyššia s pribúdajúcim vekom. Demencia je progresívna dysfunkcia mozgu, ktorá má za následok obmedzenie každodenných aktivít a vo väčšine prípadov si po dlhšom čase vyžaduje starostlivosť. (Halová 2010)

Veľmi často možno ľuďom postihnutým stareckou demenciou poskytnúť najlepšie ošetrovanie v domácom, im vlastnom prostredí, a to aj prostredníctvom špecializovaných 12 opatrovateľských služieb. Pozitívnou správou je, že postupne vznikajú oddelenia sociálnych služieb a iné špecializované inštitúcie. Nemožno zabudnúť ani na senior centrá, ktoré poskytujú dôchodcom opateru počas dňa a v ktorých sa vyškolený personál venuje aj rôznym pamäťovým, fyzickým cvičeniam a prevencii vo forme hier. (Halová, 2010)

Model vyrovnávania sa so starobou:

1. Konštruktívnosť: človek sa zmieril s faktom starnutia a staroby, je sebestačný, realizuje ciele a plány. Má vysokú schopnosť prispôsobivosti a tolerance. So záujmom hľadá do budúcnosti, nadväzuje srdečné osobné vzťahy s ostatnými ľuďmi.
2. Závislosť: táto stratégia smeruje k pasivite, krédom takého človeka je „nech sa ostatní postarajú“. Tento človek je pomerne vyrovnaný, rád sa vzdal svojej práce a odišiel do dôchodku.
3. Obranný postoj: zaujímajú ho ľudia, ktorí boli profesionálne a spoločensky úspešní. Sú sebestační a sú na to hrdí. Často odmietajú pomoc, aby ukázali, že nie sú závislí, že pomoc nepotrebujú.
4. Nepriateľstvo: ľudia patriaci do tejto kategórie mali už behom svojho aktívneho života tendencie zvaľovať vinu za svoje neúspechy na druhých, v jednaní s ľuďmi boli agresívni a podozrievaví. Žijú v ústraní, hrozí im izolácia, dávajú najavo svoj odpor k predstave staroby.
5. Sebanenávisť: reprezentanti tejto skupiny sa líšia od predchádzajúcej tým, že nepriateľstvo obracajú voči sebe. Na svoj predchádzajúci život hľadajú kriticky a pohrdavo. Zanedbávajú spoločenské styky, cítia sa osamelí a zbytoční. (Topinková, 2005)

Spoločnosť si uvedomuje možné problémy seniorov vyrovnáť sa so starobou, preto zo zákon a o sociálnych službách boli zapracované sociálne služby ktorých cieľom je zmiernenie sociálnych následkov odchodu do dôchodku.

Od 1. januára 2009 platí v Slovenskej republike zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Z. z. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov, ktorý v § 2 odseku 1 vymedzuje sociálnu službu nasledovne. Je to „*odborná činnosť, obslužná činnosť alebo ďalšia činnosť alebo súbor týchto činností, ktoré sú zamerané na:*

- a) *prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, riešenie nepriaznivej sociálnej situácie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, rodiny alebo komunity,*
- b) *zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti fyzickej osoby viesť samostatný život a na podporu jej začlenenia do spoločnosti,*
- c) *zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby,*
- d) *riešenie krízovej sociálnej situácie fyzickej osoby a rodiny,*
- e) *prevenciu sociálneho vylúčenia fyzickej osoby a rodiny*

V zariadeniach sociálnych služieb nachádzame významnú rolu sociálneho pracovníka, ktorý je v každodennom kontakte s obyvateľmi, poskytuje im informácie, rady, pomáhajú prekonávať rôzne náročné situácie, v ktorých sa ocitnú. Už pred nástupom občana do zariadenia získava a spracúva informácie o jeho sociálnej situácii, zdravotných ťažkostiach, rodinných pomeroch a spoločne s občanom sa snaží nájsť čo najlepšie riešenie jeho situácie. Ak je umiestnenie do zariadenia pre seniorov najvhodnejšou alternatívou, sociálny pracovník pokračuje v priebežnom získavaní údajov o obyvateľovi a v spolupráci s ostatnými zamestnancami pre neho vytvára čo najideálnejší program, aktivity, stanovuje individuálny plán rozvoja jeho osobnosti. Sociálna práca je dôležitá najmä v období adaptácie, kedy si obyvateľ zvyká na nové prostredie, nových ľudí, vtedy sa mu pomáha prekonať pocit vylúčenia z aktívneho života, pocit nepotrebnosti, straty zmyslu života. Zároveň sociálny pracovník pomáha obyvateľom pri riešení ich každodenných problémov, udržuje ich kontakty s rodinou, vonkajším prostredím.

Podľa Pavlovičovej (2008) komunikácia v rámci práce s klientom je iba jednou, aj keď veľmi dôležitou dimenziou. Okrem komunikácie sem zaraďuje aj interakciu a percepciu. Interakcia je vzájomné pôsobenie, organizovanie spoločnej činnosti, spolu práca, kooperácia, prípadne obojstranná pomoc alebo ochota k nej. Percepcia zahŕňa zase vzájomné vnímanie, poznávanie a pochopenie účastníkov vzťahu. Čím bohatšie je poznanie seba samého, tým bohatšie je poznanie iných a naopak. Sociálny pracovník:

- zúčastňuje sa na rozhodovacom procese v zariadení, na procese prijímania občanov,
- vykonáva sociálne šetrenie v domácom prostredí žiadateľa o umiestnenie do zariadenia pre seniorov,
- spracúva sociálnu agendu, záznamy, správy, sociálne anamnézy, smernice,
- podieľa sa na organizovaní kultúrno – spoločenských akcií pre obyvateľov.

Práca sociálneho pracovníka je zameraná na to, ako poskytnúť kvalitnú starostlivosť o človeka po všetkých stránkach, o rozvoj osobnosti, potrieb a hodnôt pre ľudí, ktorí žijú v tomto zariadení. Pracovná náplň pozostáva z/zo:

- vytvárania socioterapeutických skupín, s cieľom vytvárania pozitívnej nálady, spoločného posedenia pri knihe, vzájomnej skupinovej komunikácie a podobne,
- aktivizácie obyvateľov pre spoločné vychádzky,



- relaxačných cvičení (cvičenie končatín, ktoré je možné robiť v sede, dychové cvičenia a iné),
- spoločného rozhovoru na aktuálne témy,
- aktivizácie obyvateľov pre rôzne záľuby, ktoré mali v prirodzenom prostredí (vyšívanie, pletenie, spoločenská príprava na sviatky, životné jubileá),
- sledovania a odporúčania obyvateľov pre individuálnu analýzu (duchovný rozhovor),
- odvádzania pozornosti od melanchólie a skepsy (spoločenské a športové hry, vedomostné súťaže, hádanky, tanečné zábavy).

Sociálny pracovník si sústavne zvyšuje svoju odbornú spôsobilosť. Zaujíma sa o spríjemnenie prostredia obyvateľov vhodnou výzdobou ich spoločenských priestorov, robí nákupy, doprovod obyvateľom na odborné lekárske vyšetrenia.

Sociálny pracovník vykonáva aj individuálnu a skupinovú prácu s obyvateľmi.

*Individuálna práca s obyvateľmi* je založená na individuálnom prístupe práce s každým obyvateľom. Prostredníctvom sociálnej diagnostiky a rediagnostiky sociálny pracovník zisťuje individuálne schopnosti, možnosti, potreby a záujmy každého obyvateľa a na základe týchto informácií stanovuje individuálny plán rozvoja osobnosti obyvateľa. Vždy berie ohľad na jeho zdravotný stav, sociálne a intelektové možnosti. Jeho cieľom je v čo najväčšej miere podporovať fyzickú a duševnú kondíciu každého obyvateľa, zapájať ho do rôznych činností a aktivít, udržiavať jeho kontakt so spoločenským prostredím.

*Skupinová práca s obyvateľmi* udržiava ich vzájomnú súdržnosť, podporuje schopnosť kooperácie, vzájomnej komunikácie a tolerancie rozdielnosti. Zároveň rozvíja ich tvorivé myslenie a zmysluplne naplňuje voľný čas. Obyvatelia majú možnosť navštevovať skupinové stretnutia, na ktorých sa spoločne rozoberajú témy podľa vlastného výberu a záujmu, diskutuje sa o aktuálnych problémoch a spoločne sa nachádzajú možnosti riešenia.

Pripravenosť spoločnosti na enormný nárast starej populácie je nedostatočná. Postavenie seniorov v spoločnosti je odrazom kultúrnej a sociálnej úrovne spoločnosti. Seniorská populácia je výrazne rôznorodá. Aj keď bývajú seniori občas vnímaní ako homogénni, líšia sa medzi sebou navzájom veľmi výrazne vekom, zdravotným stavom, funkčnou zdatnosťou, rodinnou situáciou, životnými skúsenosťami, hodnotovým systémom, genetickými vlohami pre dlhovekosť a ďalšími okolnosťami.

Zo vzájomnej odlišnosti vyplýva tiež rozdielnosť očakávania, priorit, prianí a potrieb, a to v zdraví aj v chorobe. K hrubým chybám v poskytovaní služieb seniorom patrí schematizmus, združenie do jedného priemeru, akoby si všetci boli vo svojich potrebách veľmi blízki. Táto chyba sa často odvíja od zúženia a poníženia potrieb starého človeka na základnú biologickú úroveň a ošetrovateľskú rutinu. Osamelo žijúci starí ľudia, ktorí pre fyzickú alebo mentálnu neschopnosť potrebujú pomoc, pričom ich príbuzní sú od ich miesta bydliska často vzdialení, predstavujú skupinu najviac odkázanú na spoločenskú pomoc. Keď žijú ich príbuzní v blízkosti, môžu im poskytovať pomoc a služby rôzneho druhu vo väčšom rozsahu. Existujú aj také situácie, keď mladí ľudia odmietajú prevziať zodpovednosť za starostlivosť o svojich príbuzných a úplne sa spoľahnú na verejnú starostlivosť, ktorú musí zabezpečovať spoločnosť.

Opatrovateľské služby sa chápu ako činnosti, ktoré zahŕňajú viaceré úkony. Majú komplexný charakter. Poskytovanie opatrovateľskej služby určuje záväzný právny predpis (v súčasnosti zákon NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách) Opatrovateľská služba sa poskytuje občanom pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby; pri úkonoch sebaobsluhy, udržiavaní domácnosti a sociálnych aktivitách, najmä sprievodom, tlmočením posunkovej reči pre nepočujúce osoby a predčítaním. Na Slovensku poskytujú opatrovateľskú službu v domácnosti občana samospráva, neziskové organizácie a iné subjekty. Súčasný platný zákon o sociálnej pomoci nerieši poradenstvo pre opatrovateľa v domácnosti. Ak je opatrovateľ zamestnancom obce, mestskej časti alebo neziskovej organizácie, postupuje sa podľa platného zákonníka práce. Opatrovateľská služba sa poskytuje prednostne v byte občana. Vzdelanie - obsah a rozsah kurzu opatrovania stanovuje zákon na 220 hodín. (448/2008 Z. z.) Opatrovateľská služba je sociálna služba poskytovaná fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a jej stupeň odkázanosti je najmenej II. Je odkázaná na pomoc pri úkonoch sebaobsluhy, úkonoch starostlivosti o svoju domácnosť a pri základných sociálnych aktivitách.

Opatrovateľstvo sa zameriava na uspokojovanie meniacich sa opatrovateľských potrieb osoby, skupiny osôb v kontexte prostredia, v ktorom žijú. Sprostredkuje poznatky, informácie a postupy na utváranie spôsobilosti opatrovateľa vykonávať potrebné úkony opatrovania v priamom kontakte s osobou tak, aby podporil telesné, duševné a, citové vzťahy potrebné pre kvalitu každodenného života, všetko v súlade s požiadavkami viery, či vierovyznania osoby. (Krišková, 2010) Opatrovatelia sú poskytovatelia sociálnej služby. Druh sociálnej služby - sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, dovŕšenia dôchodkového veku (opatrovateľská služba) Forma sociálnej služby = terénna služba. 25 Požiadavky na osobnosť opatrovateľa Opatrovateľom môže byť dospelý muž alebo žena. Aby mohol/a povolanie úspešne vykonávať, predpokladá sa morálny, etický prístup

k ľuďom zdravým, majetným, ale aj starým, telesne alebo duševne postihnutým, ktorých spoločnosť často vyraduje na okraj. Čestnosť a úcta k človeku sú nevyhnutné. Rovnako nevyhnutná je spoľahlivosť, zodpovednosť za priebeh kontinuálnej starostlivosti o osobu pri vedení dokumentácie. Vyžaduje sa schopnosť samostatne pracovať, komunikovať ústnou a písomnou formou. Predpokladá sa záujem vzdelávať sa a budovať nové zručnosti a tie uplatňovať pri vedení opatrovateľskej služby (Farský, 2005).

### ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- BÓRIKOVÁ, I., ŽIAKOVÁ, K. 2007. Problematika posudzovacích nástrojov v ošetrovateľstve. In BUŽGOVÁ, R. a JAROŠOVÁ, D. (ed.). *Ošetrovateľská diagnostika a praxe založená na dôkazoch*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2007. s. 13-17. ISBN 978-80-7368-230-9.
- BALOGOVÁ, B. 2005. *Seniori*. Prešov : Akcent Print. 158 s. ISBN 80-969274-1-8.
- BOSMANS, P. 2000. *Kľúč štastia*. Bratislava : Vydavateľstvo Don Bosco. 141 s. ISBN 80-88933-50-1.
- FARSKÝ, I., ŽIAKOVÁ, K., ONDREJKA, I. Determinanty kvality života v senu. In *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve*. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, 2005. s. 292-299. ISBN 80-88866-32-4
- KALVACH, Z. a kol.: *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I.: *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha : Grada Publishing a.s., 2008. 202 s. ISBN 9788024721699.
- KOVAL, Š. 2004. Reforma zdravotníctva a korene ageizmu alebo stará generácia ako menšina vo vlastnom štáte. In *Geriatrica*, č. 3, s. 3.
- MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., et al. 2005. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha : Portal. 351 s. ISBN 80-7367-002-X.
- KRAJČÍK, Š. *Geriatrica*. Bratislava: Slovak Academic Press, 2000. 82s. ISBN 80-88908-68-x.
- KRIŠKOVÁ, A.: *Profesionálne ošetrovateľstvo*. Martin, Vydavateľstvo Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-330-1
- PAVLOVIČOVÁ, A. 2008. Sociálna komunikácia v zdravotníctve. In: *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Martin : Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-287-8.

VYBRANÉ ASPEKTY OVPLYVNÚJÚCE  
KVALITU ŽIVOTA PRÍJÍMATEĽOV SOCIÁLNEJ  
SLUŽBY V DOMOVE SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

---

SELECTED ASPECTS AFFECTING THE QUALITY OF  
LIFE OF RECIPIENTS OF SOCIAL SERVICES  
IN SOCIAL SERVICES HOME

<sup>1</sup> Jurčová Zuzana - <sup>2</sup> Kandráčová Jana - <sup>3</sup> Chovanec Jozef

<sup>1</sup> Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

<sup>2</sup> Pravoslávna bohoslovecká fakulta PU v Prešove

<sup>3</sup> Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča

**ABSTRAKT**

Cieľom poskytovania sociálnych služieb v zariadení, akým je domov sociálnych služieb, je predovšetkým kvalita týchto služieb, ktorá priamo ovplyvňuje kvalitu života prijímateľov. Ak hovoríme o kvalite života prijímateľov v domove sociálnych služieb, máme na mysli predovšetkým zabezpečenie primárnych potrieb prijímateľov, akými nesporne sú bývanie, stravovanie, zabezpečenie nevyhnutných životných úkonov, najmä osobnej hygieny, prostredia, v ktorom sa prijímateľ nachádza, zdravotnej starostlivosti, ale aj podpora prijímateľa v snahe zabezpečiť starostlivosť o svoju osobu. Príspevok má za cieľ analyzovať iné vybrané indikátory kvality života a aktualizovať ich na prijímateľov v domove sociálnych služieb.

**KEÚČOVÉ SLOVÁ:** Sociálne služby. Kvalita života. Prijímateľ sociálnej služby. Domov sociálnych služieb. Ergoterapia.

**ABSTRACT**

The aim of providing of social services in social services home is particularly the quality of services directly influencing recipients' quality of life. When talking about quality of life in social services home, the most important aspect is to ensure primary needs of its recipient which are housing, food, ensuring of essential life acts, particularly personal hygiene, the environment in which the recipient live, health care but also the support of the recipient in order to be able to take care of themselves. The article aims at the analysis of different selected indicators of quality of life and make them fit to recipients in social services home.

**KEY WORDS:** Social services. Quality of life. Recipient of social service. Social services home. Ergotherapy.

## ÚVOD

Kvalita života je v dnešnej dobe veľmi často skloňovaný pojem, ktorý úzko súvisí s novým poňatím sociálnej politiky, ako na európskej, tak i na národnej úrovni. Termín „kvalita života“ bol po prvýkrát v histórii zmieny už v 20. rokoch, a to v súvislosti s úvahami o úlohe štátu v materiálnej oblasti.

### VŠEOBECNE O KVALITE ŽIVOTA PRIJÍMATEĽOV V DOMOVE SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Kvalita života predstavuje fenomén reprezentujúci ohodnotenie ľudského života ako takého. Jednoducho povedané, ide o spôsob života, životný štýl a životné podmienky spoločnosti a jedinca. Komplexnosť a zložitnosť ľudského života je však vytváraná nekonečným množstvom jeho rôznych rozmerov, ktoré sa môžu navzájom prekrývať a existujú medzi nimi rôzne druhy väzieb. Výskum v oblasti kvality života sa intenzívne rozvíja na pôde viacerých vedných disciplín ako sociológia, ekonómia, humánna geografia, psychológia a ďalšie.

V súčasnosti neexistuje všeobecne akceptovaná definícia pojmu kvalita života a pre tento pojem sa často používajú aj ekvivalentné alebo súvisiace pojmy ako trvalá udržateľnosť, ľudské šťastie, obyvateľnosť, životná úroveň a iné. Komplexný pohľad na danú problematiku by mal vychádzať predovšetkým zo skúmania vzájomného pôsobenia človeka na prostredie a naopak. Táto vzájomná interakcia človek - prostredie sa z hľadiska tvorby kvality života javí ako kľúčová.

V súčasnosti existuje viacero konceptov kvality života (Quality of Life = QOL). Do popredia sa dostala najmä praktická rovina kvality života ako meradlo úspešnosti sociálnych politik a programov najmä sociálnodemokratických strán. Pri formulovaní definície kvality života sa väčšina špecialistov zhoduje v tom, že kvalita vyjadruje určitú mieru alebo stupeň, ktorý variuje od nízkej hodnoty po vysokú (Kreidl, 2001).

Nemčeková et al. (2000, s. 67) poníma kvalitu života ako „*vyjadrenie toho, ako človek vníma svoje postavenie v živote kontexte kultúry, v ktorej žije, a vo vzťahu k svojim cieľom, očakávaniam, životnému štýlu a záujmom*“.

Podľa Mühlpachra (2002) je kvalita života veľmi subjektívna a individuálna – predstavuje rôzne veci pre rôznych ľudí a v rôznom čase. Upozorňuje, že individuálne tempo starnutia vedie k väčšej diferenciacii kvality života v postproduktívnom veku. Okrem veku, zdravotného stavu, fyzickej a psychickej výkonnosti sa do posudzovania kvality života pre-

mietajú aj ďalšie faktory, ako je pohlavie, rodinná situácia, životná úroveň, vzdelanostná úroveň, získaný socioprofesionálny status a pod. Ten posledný faktor sa môže podieľať na subjektívnej kvalite života dvojako: ako zdroj uspokojenia, pri pohľade späť, resp. pri reflektovaní pretrvávajúceho uznania svojho sociálneho prostredia. Ale aj negatívne, ako upozorňuje Mühlbacher (2002), „*tým, že človek stráca svoju profesnú rolu, stráca svoju funkčnú identitu. Má rolu, ktorá má charakter nie – role, čo ho často demoralizuje a znižuje jeho vlastnú hodnotu.*“ Vo všeobecnosti považuje za najdôležitejšie kritérium kvality života rôznorodosť potrieb a možností jeho uspokojovania, či už ide o potreby fyziologické, psychické alebo sociálne.

Indikátory kvality života podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO):

- Fyzické zdravie – od neho závisí energia a únava, bolesť a diskomfort, spánok a rozvoj.
- Psychické zdravie – vyjadruje image, negatívne a pozitívne city, sebahodnotenie, spôsob myslenia, učenie, pozornosť (sústredenosť).
- Úroveň nezávislosti: pohyb, denné aktivity, pracovná kapacita, závislosť na liekoch.
- Sociálne vzťahy – osobné vzťahy, sociálna podpora a opora, sexuálna aktivita.
- Prostredie – prístup k finančným zdrojom, sloboda, bezpečie, zdravé prostredie a sociálna starostlivosť, domov, prístup k informáciám, účasť na rekreáciách, cestovanie, fyzické prostredie.
- Spiritualita – osobná viera a presvedčenie, hodnotová orientácia.

Zabezpečenie primárnych potrieb v domove sociálnych služieb je na primeranej úrovni a zodpovedá platnej legislatíve. Preto sa v ďalšej časti príspevku pousilujeme analyzovať iné vybrané indikátory kvality života a aktualizovať ich na prijímateľov v domove sociálnych služieb.

## ORGANIZÁCIA VOĽNÉHO ČASU, VOENOČASOVÉ AKTIVITY

Voľný čas, ako jeden z atribútov pri adjustácii prijímateľov v domove sociálnych služieb je veľmi dôležitý. Trávenie voľného času môže vo významnej miere ovplyvniť zdravie jedincov a tým aj ich očakávanú dĺžku života. Môžeme predpokladať, že táto časť dosť súvisí s ekonomickou situáciou nielen prijímateľov, ale aj jednotlivých rodín. Je pravda, že niektoré spôsoby trávenia voľného času sú príliš drahé, aby si ich mohli dovoliť prijímatelia. Napríklad oddýchnuť si dovolenkou pri mori, alebo chodiť pravidelne do divadla nie je práve najlacnejšie. Ďalej musíme konštatovať, že aj keby sa dali nájsť iné, pomerne lacnejšie spôsoby trávenia voľného času, ako napríklad prechádzky v prírode, alebo čítanie kníh, také, ktoré by prospievali fyzickému aj psychickému stavu prijímateľov, tak väčšina z nich uprednostňuje večery pri televíznej obrazovke alebo posedenie pri káve.

Ak je zariadenie sociálnych služieb situované v meste, je viac spôsobov trávenia voľného času v porovnaní so zariadením na vidieku. Mesto ponúka väčšiu rozmanitosť kultúrnych aktivít než vidiek. Na druhej strane, v zariadení sociálnych služieb situovanom na vidieku je väčší priestor na trávenie voľného času v prírode, resp. pri prácach na pomocnom hospodárstve.

Dôležité je subjektívne prežívanie voľného času s charakteristickými postojmi „chcem a môžem“ oproti povinnosti „musím“. Kvalita prežívania voľného času prijímateľov závisí aj od osobného postoja prijímateľa k možnostiam, ktoré mu zariadenie sociálnych služieb ponúka. Je nespornou výhodou, ak prijímateľ chce kvalitne tráviť voľný čas. Pasívny, resp. negatívny postoj prijímateľa k tráveniu voľného času musíme akceptovať, ale neprináša z pohľadu kvality života prijímateľa žiaduci efekt. Voľný čas je doba, ktorá zostane prijímateľom k dispozícii po splnení všetkých školských povinností, spoločensky nutných prác a činností vyplývajúcich z potreby realizácie biologickej a spoločenskej existencie (Darák, 1996).

U prijímateľov je veľmi dôležité, akým spôsobom využívajú svoj voľný čas. Je správne, ak aktívny odpočinok prevažuje nad pasívnym. To však neznamená, že by sme mali prijímateľov k aktivitám nútiť alebo ich preťažovať. Súhlasíme s názorom Valentu (2003), že využívanie voľného času prijímateľmi má svoje špecifiká, ktorými sa viac – menej odlišujú od bežnej populácie. Výraznosť rozdielov podmieňuje predovšetkým stupeň mentálneho postihnutia a jeho osobitosti a samozrejme výchovný vplyv prostredia.

Sociálne služby pre občanov poskytujeme podľa zákona o sociálnych službách. Ostatné činnosti v zariadení svojim významom prispievajú k zdravotno – sociálnej pohode prijímateľov a zvyšujú kvalitu života.

Z pohľadu realizácie voľnočasových aktivít pre prijímateľov má veľký význam ich zapájanie do rôznych projektov. Väčšina výziev rôznych grantov zameraná na ľudí so zdravotným postihnutím je orientovaná práve na využívanie voľného času prijímateľov, ich seberealizáciu, a tým aj zvýšenie kvality života. Napr. zriadenie počítačovej miestnosti, ktorej cieľom je poskytnúť možnosť využívania PC a internetu prijímateľom, ktorí sú schopní naučiť sa pracovať s počítačom a internetom. Ich stupeň postihnutia im nedovoľuje absolvovať riadny počítačový kurz, ale pomocou upravených syláb sú schopní naučiť sa niektorým počítačových zručnostiam. Tie potom ďalej môžu využiť pre efektívne trávenie voľného času. Takáto aktivita má ambíciu pomôcť prijímateľom zažiť pocit potrebnosti, úspechu a akceptácie, poskytnúť novú možnosť aktívne sa podieľať – participovať na každodennej komunikácii.

Bežný spôsob trávenia voľného času prijímateľov je regenerácia fyzických a psychických síl v oddychu, pri zábave, pri tvorbe rôznych pohľadníc príbuzným a známym, pri písaní listov priateľom a kamarátom, pri upravovaní priestorov na izbách podľa vlastného vkusu a možností, pri počúvaní hudby, pri prijímaní kultúry prostredníctvom TV, pri spoločenských hrách, pri besedách, večeroch vtipov a pod. Snahou je vyberať vhodné aktivity podľa potrieb a záujmov prijímateľov, nechávať sa inšpirovať aj samotnými prijímateľmi a ich rodinou.

Cieľom odborných zamestnancov domova sociálnych služieb je zapájať prijímateľov do voľnočasových aktivít v čo najväčšom rozsahu, pretože aktívne trávenia voľného času prospieva prijímateľovi oveľa viac ako pasívne „nič nerobenie.“

## **ERGOTERAPIA**

Ergoterapia je jedným z najvýznamnejších a najúčinnějších rehabilitačných prostriedkov, a to preto, že pôsobí cez motorickú oblasť, ktorá je dobre prístupná najmä u osôb postihnutých duševnými chorobami a poruchami.

Tento termín vznikol z gréckych slov „ergon“ – práca a „therapia“ - liečba. A práve už z medicínskej histórie starých Grékov sa môžeme dozvedieť, že práce nie je len prostriedok na zaobstarávanie obživy a ekonomického rastu, ale má aj liečebné účinky.

Termín liečba prácou a jeho realizácia narazila však v priebehu histórie na odpor okolia, ktoré považovalo prácu za čosi nedôstojné



a ponížujúce. Začalo sa presadzovať, aby ľudia „z vyšších spoločenských kruhov“ boli zamestnávaní ručnými prácami a hrami – teda liečba zamestnávaním. Tu vtedy bol položený základ k rozdielnemu chápaniu liečby prácou a liečby zamestnávaním. Objavili sa však aj iné aspekty liečby, ako napr. liečba hrou, umeleckým prejavom a pod. A tak neprekvapuje, že v 60. rokoch sa začal objavovať v odbornom písomníctve, predovšetkým francúzskom a belgickom, nový termín lérgotherapie – ergoterapia, čiže liečenie pracovnou činnosťou, využívanie účinkov práce na liečenie chorého organizmu alebo narušenej psychiky.

Ergoterapiu možno rozdeliť na viacero typov podľa využitia vzhľadom na priebeh postihnutia:

1. kondičná ergoterapia - jej úloha spočíva predovšetkým v odpútaní prijímateľovej pozornosti od nepriaznivého vplyvu postihnutia a snaha o udržanie čo najlepšej psychickej pohody. Dôraz sa kladie na nájdenie takej činnosti pre prijímateľa, ktorá by primerane k stupňu postihnutia rozvíjala jeho pohybové zručnosti, ale aby zároveň prijímateľa naplňala aj po duševnej stránke.
2. ergoterapia cieleňá na postihnutú oblasť- musí predovšetkým spĺňať podmienky liečebnej telesnej výchovy, dôraz sa kladie na motiváciu pohybu, na jeho presnosť, cieleňosť a intenzitu. Hlavným cieľom tejto formy ergoterapie je postupné zväčšovanie svalovej sily, svalovej koordinácie a zväčšenie rozsahu pohyblivosti.
3. ergoterapia zameraná na pracovné začlenenie - je veľmi zložitá forma ergoterapie vyžadujúca úzku spoluprácu prijímateľa, ergoterapeuta, lekára a sociálnej pracovníčky. Snaží sa o výcvik schopností potrebných k výkonu určitého zamestnania.
4. ergoterapia zameraná na výchovu k sebestačnosti – mentálne postihnutie môže prijímateľovi znemožniť výkon bežných denných činností akými sú obliekanie, umývanie či používanie WC. Ergoterapia sa preto zameriava na činnosti denného života alebo činnosť, ktorá zlepšuje obratnosť prijímateľa a pomáha mu následne vykonávať tieto činnosti.

Jednotlivé formy ergoterapie nemožno brať ako oddelené celky, lebo sa vzájomne prelínajú a doplňajú. Aplikácia ergoterapie vyžaduje úzku spoluprácu celého tímu odborného personálu - lekára, rehabilitačného pracovníka, resp. ergoterapeuta, psychológa, sociálneho pracovníka (Pfeiffer, 1990).

Hlavným cieľom ergoterapie je predovšetkým:

- dosiahnuť maximálny stupeň funkčnosti v aktivitách denného života v pracovných činnostiach a vo voľno časových aktivitách pomocou vhodne zvolených, cielených a pre prijímateľa zmysluplných aktivít
- podporovať u prijímateľa aktívny prístup k zachovaniu zdravia
- zabrániť handicapu u osôb s disabilitou, či inak znevýhodnených osôb
- pomáhať prijímateľovi zachovať si kvalitu života pri trvalom zdravotnom postihnutí, disabilite či chronickom ochorení
- prispievať k integrácii osôb so zdravotným postihnutím do spoločnosti formou predpracovanej rehabilitácie a spolupracovať so zamestnávateľmi pri vytváraní pracovných príležitostí pre handicapované osoby
- rozvíjať vedecko – výskumnú a publikačnú činnosť.

V domove sociálnych služieb ergoterapeut prispieva k celkovej rehabilitácii prijímateľa v spolupráci s lekárom, rehabilitačným pracovníkom, psychológom, sociálnym pracovníkom a ďalšími odborníkmi v snahe zaistiť čo možno najvyšší stupeň integrácie. Okrem dostatočnej zásoby nápadov pre pracovnú činnosť musí sledovať prijímateľa pri práci z rôznych hľadísk, ktoré potom umožňujú pri celkovom hodnotení urobiť záver pre ďalší postup terapie. Nejde teda často ani tak o to „čo prijímateľ dokáže, ale ako to dokáže“.

Ergoterapeut by mal byť osobou:

- vyrovnanou a kľudnou, empatickou s vedomosťami z ergoterapeutického odboru, z výchovnej, pedagogickej, sociálnej a zdravotníckej problematiky,
- trezrlivou, pretože zaučovanie do pracovných postupov u handicapovaných osôb hlavne s mentálnym postihnutím si často vyžaduje dlhú dobu,
- spravodlivou, kritickou a taktnou, aby dokázal zhodnotiť schopnosti a možnosti jednotlivých prijímateľov, aby vo vhodnom okamihu vedel primerane výkon prijímateľa pochváliť a povzbudiť, alebo ak je to potrebné aj pokarhať,
- svedomitou, aby úlohu, ktorú prijímateľa začne učiť, ho skutočne naučil a necúvol pred prvým neúspechom,
- so zmyslom pre humor – vhodné využitie humoru v kontakte s prijímateľom je skutočným darom alebo nadaním, ktorým ergoterapeut disponuje, je však veľmi dôležité sa zamyslieť nad tým, kedy je vhodné smiať sa a ako zaujať prijímateľa, aby sa

smial s nami (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).

Pri ergoterapii vychádzame z Pavlovho učenia o reflexnej činnosti vyššej nervovej sústavy z poznatku, že mozog má zo všetkých orgánov najväčšie rezervné schopnosti. Veľká plasticída nervovej sústavy umožňuje nahrádzať stratené schopnosti organizmu inými. Najmä v mladšom veku života umožňuje vypestované stereotypy meniť a tvoriť nové. Primeraná pracovná činnosť môže výborne poslúžiť na zlepšenie celkovej podmienenej reflexnej činnosti.

Činnosti, ktoré možno pri ergoterapii využiť, sú veľmi rozmanité ako napr. výtvarné techniky a ručné práce s rôznym materiálom – kresba (farbičkami, fixkami, kriedami, tušom), maľba vodovými, temperovými, akrylovými farbami, grafické techniky (linoryt), práca s papierom – trhanie, skladanie, vystrihovanie, lepenie, servítkové a textilné techniky, modelovanie z plastelíny, keramickej hmoty, odlievanie sadry, zdobenie kraslíc, vyšívanie, šitie, a pod. Prijímatelia veľmi radi navštevujú výtvarnú dielňu, v ktorej majú príležitosť uplatniť svoje nadanie, schopnosti, ale tiež prejavíť sa inými formami než sú verbálne prostriedky. Výuka v dielni sa robí nenásilnou hrovou formou. Tu pomáhajú zväčša dobrovoľní pracovníci z oblasti kultúry alebo študenti vysokej školy.

Zo skúsenosti vieme, že ergoterapia je veľmi účinná, pôsobí na centrálnu nervovú sústavu a celú osobnosť prijímateľa prostredníctvom motorickej oblasti. Aj keď sa ergoterapiou dosahuje len čiastočné ozdravenie, zlepšenie telesných a duševných nedostatkov, jej vplyv na postihnutý organizmus je široký. Stimuluje sa aktivita mozgovej kôry, vyvolávajú sa optimistické emócie, prebúdajú sa životné záujmy a kladne sa ovplyvňujú sociálne vzťahy medzi prijímateľmi a pracovníkmi domova sociálnych služieb, ako aj prijímateľmi a okolitým obyvateľstvom.

Ergoterapeutická činnosť u prijímateľov uvoľňuje psychiku, má skvelé protidrogové účinky, priaznivo pôsobí na saturáciu emocionálnych a sociálnych potrieb – niekam patriť, byť užitočný, byť akceptovaný, dokázať niečo a pod. Handicapovaný zabúda na chorobné a stresové zážitky z predošlého prostredia, a tak aktivity v oblasti ergoterapie významnou mierou prispievajú ku kvalite adaptačných mechanizmov prijímateľa v domove sociálnych služieb, a tým aj ku kvalite ich života.

Veľkým prínosom pre prijímateľov je napr. zriadenie tkáčskej dielne, kde sa prijímatelia učia tkať a pripravovať si materiál na tkanie, osvojujú si základné vedomosti a zručnosti z oblasti ľudových remesiel, rozvíjajú si motorické zručnosti a užitočne trávajú svoj voľný čas. Takýmto

aktivitami na tkáčskom stave významnou mierou prispievame ku kvalite adaptačných mechanizmov, k vzájomnej komunikácii, budovaniu sociálnych kontaktov a pod. Výrobky z tejto dielne slúžia prijímateľom na rôzne príležitosti – pre výzdobu zariadenia, pre vlastnú potrebu, pre obdarovanie blízkych i pre vlastné potešenie.

Záverom môžeme konštatovať, že prijímatelia nie sú schopní trvalej a systematickej práce, ale pod vedením odborných zamestnancov dokážu vytvárať výrobky, ktoré potešia nielen samotných prijímateľov, ale aj iných ľudí. Je však potrebné mať na zreteli, že ich škála záujmu je veľmi široká, ale ich sústredenosť na jeden druh činnosti je veľmi krátka.

Vzhľadom na vyššie uvedené konštatujeme, že ergoterapia má veľmi pozitívny význam z hľadiska kvality života prijímateľov a ich seberealizácie.

## **ZÁVER**

Problematika kvality života všetkých občanov patrí k najdiskutovanejším otázkam spoločnosti. Táto je často stotožňovaná so životným štandardom, je vďačným námetom pre médiá, pre reklamu politických lídrov, ale predovšetkým je sociálnou realitou života každého jedného občana. Ideálne by bolo, keby všetci ľudia mohli prežiť svoj život v okruhu svojich blízkych a príbuzných, čo v dnešnej tak trochu uponáhľanej dobe veľakrát nie je možné. Je preto dôležité, aby v zariadeniach sociálnych služieb nebola poskytovaná iba strecha nad hlavou a teplé jedlo, ale aby prijímatelia mohli prežiť svoj život v zariadení kvalitne a dôstojne, mohli naďalej rozvíjať svoje koníčky a záujmy, zapájať sa do pripravovania rôznych akcií tak, aby sa cítili užitoční a samostatní.

Zisťovanie rôznych aspektov kvality života prijímateľov sociálnej služby má význam v procese poskytovania sociálnych služieb, pretože umožňuje komplexne posúdiť, v ktorých oblastiach je nízka kvalita života, ale zároveň umožňuje voliť naozaj cieľovo – orientované intervencie. Vytvorenie vhodných životných podmienok, akceptovanie ľudskej dôstojnosti a samostatnosti, udržiavanie celkovej pohody a vytváranie priestoru pre súkromie a intimitu v domove sociálnych služieb môžu výrazne prispievať k zvyšovaniu kvality života prijímateľov, a tým aj celej spoločnosti.

## **ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY**

- HORNÁK, L. 2003. Vplyv pracovnej a telesnej výchovy na profesijnú prípravu ľudí s mentálnym postihnutím. In: *Efeta*, Martin: Osveta, 2003, 160 s.
- KREIDL, M. 2001. *Kvalita a udržiteľnosť života*. Praha: Ceses FSV UK, 2001.

- MATOUŠEK, O. et al. 2007. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, O. et al. 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. 576 s. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MÜHLPACHR, P. 2002. K problematice vzdělávání senioru. In: Řehulka, Řehulková: (eds) *Učitelé a zdraví 4*. Brno: Nakl. P. Křepelku, 2002. 191 – 203 s.
- NEMČEKOVÁ, M. et al. 2000. *Práva pacientov. Filozofická reflexia a zdravotnícka prax*. Bratislava: Iris, 2000. 234 s. ISBN 80-88778-94-8.
- PÖRTNER, M. 2009. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál, 2009. 175 s. ISBN 978-90-7367-582-0.
- STRIEŽENEC, Š. 2006. *Teória a metodológia sociálnej práce. Výbrané problémy. I. vyd.* Trnava: Tripsoft, 2006. 296 s. ISBN 80-969390-4-1.
- TOKÁROVÁ, A. et al. 2003. *Sociální práce. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. Prešov: Akcent Print, 2003. 572 s. ISBN 80-968367-5-7.
- VALENTA, M – MÜLLER, O. 2007. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2007. 86 s. ISBN 978-80-7320-099-2.
- Zákon NR SR číslo 448/2008 Z. z. o sociálních službách a o změně a doplnění zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenském podnikání (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov

# CHARAKTERISTIKA A MOŽNOSTI PREVENČIE SYNDRÓMU FRAILTY Z POHĽADU OŠETROVATEĽSTVA

## FEATURES AND OPTIONS OF PREVENTING FRAILTY SYNDROME FROM THE VIEW OF NURSING

*Kabátová Oľga*

Katedra ošetrovateľstva Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce TU v Trnave

### ABSTRAKT

Termín „frailty“ alebo „starecká krehkosť“ označuje stav zraniteľnosti a krehkosti, ktorý zo sebou nesie zvýšené riziko neprospievania starnúceho a starého pacienta. Syndróm frailty zahŕňa predovšetkým bežné príznaky a symptómy ako sú únava, úbytok na váhe, slabosť svalstva a postupný progres vitálnych funkcií. Pacienti s frailty syndrómom sú skupinou najviac odkázanou na dlhodobú zdravotnú starostlivosť, čo má negatívny dopad na ich kvalitu života i na čerpanie zdrojov. Preto je dôležité, zamerať sa na primárnu prevenciu syndrómu frailty v populácii seniorov a zvýšiť povedomie zdravotníkov o tomto syndróme.

**KLÚČOVÉ SLOVÁ:** staroba, senior, krehkosť, prevencia

### ÚVOD

V priebehu 20. storočia starnutie nabralo nový rozmer a to od starnutia individuálneho k starnutiu celospoločenskému. *Population ageing* – starnutie populácie je v súčasnej dobe celosvetovo veľmi skloňovaným termínom a starnutie ako také je označované za jednu z hlavných charakteristík budúceho demografického vývoja.

Počet ľudí nad 60 rokov dnes tvorí 11 % svetovej populácie (800 miliónov osôb) a odhaduje sa, že do roku 2050 sa tento počet zvýši až na 2 miliardy, teda 22 % svetovej populácie (Bloom et al., 2011). Zdravotníctvo a zdravotná starostlivosť sú v kontexte starnutia veľmi diskutovanou problematikou. Bowling (1999) uvádza, že rastúci počet starších ľudí bude pravdepodobne klásť stále väčšie nároky na zdravotné služby, na prístup k efektívnej liečbe a účinnej zdravotníckej starostlivosti. Starnutie sa uvádza ako dôležitý faktor najmä v súvislosti s rastúcimi nákladmi na zdravotníctvo. Práve zlepšenie zdravotného stavu „starej populácie“ je jedna z mála ciest (a možno i jediná prijateľná) ako je možné limitovať náklady na zdravotnú a sociálnu starostlivosť (Grammenos, 2005). V súvislosti so zvyšujúcim sa počtom seniorov v zdravotníckych zariadeniach

niach sa odborníci (Kalvach et al., 2008; Weber et al., 2000; ai.) zmieňujú o termíne „geriatrizia medicíny“, teda o výraznú prevahu seniorov medzi všetkými liečenými pacientmi, kedy sa seniори vyskytujú v stále väčšom zastúpení takmer vo všetkých lekárskeých odboroch.

Kvalita života seniora závisí tiež od toho, či si vyžaduje príležitostnú alebo dlhodobú starostlivosť, respektíve či sa mu starostlivosť zabezpečuje v jeho domácom prostredí alebo v inštitúcii, prípadne aj kombinovane. Všeobecne môžeme starostlivosť o seniorov rozdeliť na formálnu a neformálnu. Formálnu starostlivosť môžeme charakterizovať ako komplex rôznych služieb, ktoré poskytujú kvalifikovaní odborníci a ktoré sú kontrolované štátom, prípadne inou organizáciou, neformálnu starostlivosť zabezpečujú výlučne rodina, blízki príbuzní alebo priatelia, avšak prevažne na laickom základe (Tkáčová, Pacoľáková, 2014). Incidencia a prevalencia väčšiny chorôb rastie spolu s vekom. Závažné choroby postihujúce mladšie osoby sú založené predovšetkým na aktuálnych genetických, orgánových anatomických a environmentálnych predispoziciách. Naproti tomu, závažné choroby v staršom veku sú výsledkom dlhodohej expozície kumulatívnych rizikových faktorov (Bodáková, 2011).

#### ANALÝZA PROBLEMATIKY

Termín „frailty“ je charakterizovaný ako vekom podmienená krehkosť a zraniteľnosť, vekom podmienené „kontinuum zdravotného a funkčného stavu, ktoré je opakom vitality“ (Kalvach et al., 2008). Weber (2000) definuje stareckú krehkosť ako stav zníženia fyziologických rezerv spojený so zvýšeným sklonom k invalidizácii (pády, fraktúry, obmedzenia v dennom živote, strata nezávislosti).

Syndróm frailty a jeho fenotyp sú dané prítomnosťou aspoň troch z piatich základných znakov:

- nechcený úbytok telesnej hmotnosti – minimálne 4,5 kg za rok
- subjektívne vnímaná únava, vyčerpanosť
- svalová slabosť, sarkopénia, nízka sila stisku ruky – handgrip
- pomalá vlekľá chôdza
- nízka úroveň fyzickej aktivity – hypomobilita (Bodáková, 2011).

Každoročné štatistické analýzy dokazujú, že pokročilý syndróm frailty a odkázanosť pacienta sú negatívnym faktorom kvality života a súčasne zvyšujú finančné náklady na liečbu starnúcej populácie. Expanzia odkázanosti je zlou správou pre starnúcu populáciu a pre celý systém zdravotníctva. Prevencia odkázanosti sa z tohto dôvodu v súčasnosti stáva

najdôležitejším objektom medicínskeho výskumu. Priaznivý sociálny a vzdelanostný status, harmonické rodinné prostredie a emocionálna vitalita výrazne znižujú rizikové faktory vzniku skorého syndrómu frailty a odkázanosti (Bodáková, 2011).

### **„FRAILTY“ – KONCEPT PREVENIE A INTERVENIE**

Tento koncept pozostáva zo základných intervencií, ktoré možno vykonávať v rámci prevencie syndrómu frailty u seniorov:

- F Food intake maintained – udržanie výživy a príjmu bielkovín: – 1,3 g/kg/deň – prevencia anorexie a malnutície
- R Resistance exercise – pohyb, chôdza, posilňovanie, odporový tréning: – udržanie svalovej sily končatín – využívanie ergoterapeutických metódik
- A Atherosclerosis prevention – prevencia aterosklerózy a jej rizikových faktorov – liečba metabolických porúch
- I Isolation avoidance – choďte medzi ľuďmi, buďte aktívni „Go out and do things“ – neuzatvárajte sa v bytoch, predchádzajte izolácii
- L Limit Pain – zabezpečiť kontrolu bolesti: – riešiť neuropatickú a muskuloskeletálnu bolesť T Tai - chi – posilňovanie rovnováhy a stability Balance exercises – dlhodobý rekondičný program (Bodáková, 2011).
- Y Yearly functional checking – pravidelné kontroly funkčného stavu organizmu

Z hľadiska poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti je teda v rámci prevencie syndrómu frailty nevyhnutné zabezpečiť pacientovi dostatočný príjem kvalitnej potravy (pestrá, vhodne upravená strava, nutrične definované nápoje, sipping).

Zdravá výživa pozitívne ovplyvňuje kvalitu života, zlepšuje celkový stav organizmu, zlepšuje telesnú a duševnú výkonnosť (Martinková, 2011).

Veľmi dôležité je zamerať sa na pohybovú aktivitu seniora. Pohybová aktivita neznamená len podávanie športových výkonov, ale akýkoľvek telesný pohyb. Patrí sem chôdza, práca v domácnosti či v záhrade. V seniorskom veku nastáva veľký zlom v pohybovej aktivite v dôsledku zmeny sociálneho postavenia v spoločnosti. Vhodne zvolená pohybová aktivita u seniora má vplyv na pohyblivosť kĺbov, silu kostí, funkčný a nezávislý život, spánok i sebaistoť seniora (Puteková, 2015).

Ďalšími krokmi v prevencii syndrómu frailty sú vykonávať dôslednú ošetrovateľskú rehabilitáciu, posilňovať stabilitu a prevenciou pádov a eliminovať strach z nich, motivovať seniora k aktivite, podporovať ho



a pomáhať mu pri vykonávaní bežných denných a samoobslužných aktivít, podporovať a umožniť pacientovi sociálne kontakty, predchádzať vzniku sociálnej izolácie, sledovať u pacienta príznaky bolesti, zrealizovať jej komplexné posúdenie a vykonať intervencie k jej eliminácii.

V oblasti prevencie je žiaduce dôkladné a individualizované posúdenie seniora, v rámci ktorého možno využiť štandardné posudzovacie škály ako napr. Mini nutritional Assessment na posúdenie rizika vzniku malnutície, ADL test základných denných činností a IADL test inštrumentálnych denných činností na posúdenie sebestačnosti seniora, Test rovnováhy a chôdze podľa Tinietovej či Test vstaňte a choďte.

## ZÁVER

Význam konceptu frailty vo svete narastá a aplikuje sa do klinickej praxe s dôrazom pre prospech pacienta a účelnosť zdravotnej starostlivosti. Slovenská republika napriek tomu v tejto oblasti vo veľkej miere zaostáva. Starostlivosť o seniorov je u nás bohužiaľ ešte stále vo veľkej miere zameraná na sekundárnu a terciálnu prevenciu. Pacienti s frailty syndrómom sú skupinou najviac odkázanou na dlhodobú zdravotnú starostlivosť, čo má negatívny dopad na ich kvalitu života i na čerpanie zdrojov. Preto je dôležité, zamerať sa na primárnu prevenciu syndrómu frailty v populácii seniorov a zvýšiť povedomie zdravotníkov o tomto syndróme.

## ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- BLOOM, D. E., BOERSCH-SUPAN, A., MCGEE, P., SEIKE, A. 2011. *Population ageing: facts, challenges, and responsens.* [online]. 2011. 10 s. [cit. 2012.10.1.] Dostupné na internete: [https://www.hsph.harvard.edu/pgda/WorkingPapers/2011/PGDA\\_WP\\_71.pdf](https://www.hsph.harvard.edu/pgda/WorkingPapers/2011/PGDA_WP_71.pdf).
- BODÁKOVÁ, D. 2011. Frailty syndróm – charakteristika. In *Paliat. med. liec. boles.*, 2011, 4(2): 52–54.
- BOWLING, A. 1999. Ageism in cardiology. In *BMJ (Clinical research ed.)*. ISSN 0959-8138. 1999. vol. 319, no. 7221, pp. 1353 - 1355.
- GRAMMENOS, S. 2005. *Vliv demografického stárnutí v rozšířené Evropské unii na oblasti kvality života, podpory zdraví a zdravotnictví. Závěrečná správa.* Bruxelles: Centre for European Social and Economic Policy, 2005.
- KALVACH, Z.; ONDERKOVÁ, A. 2006. Stáří. *Pojetí geriatrického pacienta a jeho problému v ošetrovateľské praxi.* Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.

- KALVACH Z, ZADÁK Z, JIRÁK R, et al. 2008. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. 1. vyd. Praha: Grada 2008: 164–167. ISBN 978-80-247-2490-4.
- MARTINKOVÁ, J. 2011. *Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s Alzheimerovou chorobou*. In: Ošetrovateľstvo. Prague: Ottova tiskárna s.r.o., 2011. s. 119 – 134. ISBN 978-80-260-1322-8.
- WEBER, P. et al. 2000. *Minimum z klinické gerontologie*. Brno, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.
- PUTEKOVÁ, S. 2015. Senior a pohybová aktivita. In: *Cesta k modernímu ošetrovatelství XVII.*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2015. s. 59-61. ISBN 978-80-87347-20-1.
- TKÁČOVÁ, L., PACOLAKOVÁ, M. 2014. Inštitucionálna starostlivosť o seniorov na Slovensku a v Rakúsku z pohľadu ošetrovateľstva. In *Inštytucionálne i pozainštytucionálne formy wsparcia osób starszych*. Stalowa Wola: Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Wydział Zamiejscowy Prawa i Nauk o Społeczeństwie w Stalowej Woli, 2014. ISBN 978-83-61307-19-8. s. 273-286.

**FENOMÉN SEKUNDÁRNEJ TRAUMATIZÁCIE  
U POMÁHAJÚCICH PROFESIONÁLOV****THE PHENOMENON OF SECONDARY TRAUMATIZA-  
TION IN HELPING PROFESSIONS***Karkošková Slávka*

Detailované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku  
Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča

**ABSTRAKT**

*Úvod:* Ľudské bytosti sú sociobiologicky vzájomne prepojené. Byť svedkom utrpenia inej osoby môže byť traumatizujúcim zážitkom, dokonca aj pre profesionálov. V zahraničnej odbornej literatúre sa pre tento jav používajú rozličné označenia, ktoré sú však na Slovensku málo známe.

*Jadro:* Predkladaný príspevok je prehľadovou štúdiou zameranou na fenomén nepriamej traumatizácie. Sumarizuje obsah takých teoretických konceptov ako je sekundárny traumatický stres, traumatizácia v zastúpení či únava zo súcitu. Následne oboznamuje s výsledkami relevantných zahraničných výskumov, ktoré odhalili rôznorodé následky nepriamej traumatizácie, zmapovali jej výskyt, rizikové faktory ako aj možnosti prevencie.

*Záver:* Opierajúc sa o výsledky pilotného prieskumu, autorka načrtáva potrebu realizácie rozsiahlejšieho výskumu zameraného na problematiku nepriamej traumatizácie pomáhajúcich profesionálov na Slovensku a špecifikuje okruh prioritných respondentov.

**KEÚČOVÉ SLOVÁ:** sekundárna traumatizácia, traumatizácia v zastúpení, únava zo súcitu, posttraumatický rast, sprostredkovaná nezdolnosť.

**ABSTRACT**

*Introduction:* Human beings are socio-biologically interrelated. Witnessing the suffering of another person can be a traumatic experience, even for professionals. The foreign scholarly literature uses different terms for this phenomenon, terms however barely known within Slovakia.

*Core:* The submitted paper is the surveillance study aimed at the phenomenon of indirect traumatization. It summarizes the content of such theoretical concepts as secondary traumatic stress, vicarious traumatization or compassion fatigue. Then it informs about results of relevant foreign

research, which revealed diverse effects of indirect traumatization, mapped the incidence, risk factors as well as prevention options.

*Conclusion:* Building on the results of the pilot survey, the author outlines the need to implement extensive research focused on the issue of indirect traumatization of helping professionals in Slovakia and specify circuit of priority respondents.

**KEYWORDS:** secondary traumatization, vicarious traumatization, compassion fatigue, post-traumatic growth, vicarious resilience.

## ÚVOD

Ľudské bytosti sú sociobiologicky vzájomne prepojené. Byť svedkom utrpenia inej osoby môže byť traumatizujúcim zážitkom. Dávno bolo odpozorované, že nielen príslušníci pomáhajúcich profesií, ktorí prichádzajú do kontaktu s traumatizovanými jedincami, ale aj laici, ktorí sú svedkami alebo náhodnými nezúčastnenými divákmi (*bystander*) traumy iných, môžu v dôsledku toho zakúšať rôzne symptómy (Bloom 2003). V zahraničnej odbornej literatúre sa pre tento jav používajú rozličné označenia: sekundárna traumatizácia, resp. sekundárny traumatický stres (*secondary traumatic stress*), traumatizácia v zastúpení (*vicarious traumatization*)<sup>1</sup>, alebo aj únava zo súcitu (*compassion fatigue*). Niektorí autori uvedené termíny používajú ako synonymá toho istého javu, iní sa pokúšajú o ich odlišenie, zvlášť pokiaľ ide o vymedzenie symptómov a príčin daného javu (Nilson 2014, Rothschild a Rand 2006).

## VYMEDZENIE ZÁKLADNÝCH POJMOV

Termín **sekundárna traumatizácia** ako prvý zrejme použili autori Rosenheck a Nathan (1985) v kontexte prenosu traumatických symptómov z rodičov na potomkov. Zistilo sa, že napr. potomkovia jedincov, ktorí prežili holokaust, alebo potomkovia vojnových veteránov, ktorí osobne nezažili dané traumatické udalosti počas vlastného života, vykazovali mnoho rovnakých posttraumatických symptómov ako ich rodičia. Tento fenomén bol vnímaný ako akási traumatická nákaza, ktorú možno chytiť obdobne ako nejaký vírus. V rámci pojmu sekundárna traumatizácia sa neskôr začali rozlišovať dve kategórie osôb, ktoré ňou môžu byť postihnuté: (1) rodinní príslušníci a blízki, ktorí môžu trpieť traumou ich milovanej osoby v dôsledku blízkosti vzťahu, napr. partner znásilnenej ženy (Rothschild a Rand 2006), a (2) pomáhajúci profesionáli, ktorí sú svedkami utrpenia traumatizovaných klientov. Sekundárne vystavenie traume sa líši od primárneho vystavenia, pri ktorom jedinec priamo zažije

---

<sup>1</sup> z angl. *vicarious* – nevlastná, prevzatá, sprostredkovaná, v zastúpení

traumatickú udalosť. Naproti tomu k sekundárnej expozícii dochádza cez kontakt s traumatizovaným jedincom, pričom tento kontakt môže (nie však zákonite vo všetkých prípadoch) vyvolávať v druhom človeku distress a symptómy typické pre posttraumatickú stresovú poruchu (PTSD<sup>1</sup>) (Stamm 2010). Niektorí autori popisujú sekundárny traumatický stres ako emočný distress zakúšaný osobami, ktoré sú v priamom kontakte s osobou vykazujúcou symptómy PTSD a starajú sa o ňu či už ako blízki alebo v rámci profesionálnej praxe (Jenkins a Baird 2002). Figley (1995) definuje sekundárny traumatický stress ako prirodzené správanie alebo prežívanie, objavujúce sa v dôsledku vedomosti o traumatizujúcej udalosti, ktorú zažil niekto iný, je to stres prameniacy z pomáhania alebo z túžby pomôcť traumatizovanej osobe.

Termín **traumatizácia v zastúpení** sa v odbornej literatúre vzťahuje skôr na bio-psycho-sociálno-spirituálne dopady profesionálnej práce s obeťami traumy. Ide tu o kumulatívny transformatívny efekt (tak v pozitívnom ako aj v negatívnom zmysle), ktorý má na pomáhajúceho práca s obeťami traumy (McCann a Pearlman 1990, Bloom 2003). K tejto transformácii dochádza v dôsledku empatického zaangažovania sa do traumatického materiálu prinášaného klientom. Je to výsledok vystavenia a empatického načúvania príbehom traumy a utrpenia, najmä v prípadoch interpersonálneho násillia, kde je utrpenie spôsobené vedome a je teda odrazom ľudskej krutosti (Pearlman a Saakvitne 1995). Trauma môže mať takú silu a intenzitu, že ovplyvní aj tých, ktorí ju priamo nezakúsili. Podľa Perryho (2014) je načúvanie opisom traumatickej skúsenosti druhých vždy späté s rizikom absorbovania časti traumy. Ako svedok utrpenia plynúceho z ľudskej krutosti môže byť pomáhajúci profesionál sprostredkovane traumatizovaný. Je to výsledok absorbovania obrazov, zvukov a pocitov plynúcich z detailných opisov príbehov traumy, ktoré obeť rozprávajú hľadajúc úľavu od vlastnej bolesti. Pomáhajúci profesionáli zachytávajú množstvo mäúcich a rozporuplných pocitov svojich klientov, hlboké zúfalstvo, hnev, bolesť, registrujú následky násillia, vnímajú koľko úsillia stojí ich klientov proces zotavovania sa z utržených rán (Richardson 2001). Aj keď pozorujúci alebo počúvajúci nie sú priamo vystavení traumatickým udalostiam, môžu ich zakúšať nepriamo. Spoznávanie osobitne hrozivého príbehu môže byť sprevádzané aj okamžitou telesnou reakciou, nervový systém totiž reaguje aj na podnety, ktoré vnímame sprostredkovane (Rothschild a Rand 2006). Príbehy iných môžu prenikať do života pomáhajúceho profesionála, rozlične sa v ňom usádzajú, a viesť

---

<sup>1</sup> z angl. *Posttraumatic Stress Disorder*

k jemným i výraznejším zmenám (Richardson 2001). Nepriame zakúšanie traumy môže ovplyvniť rôzne aspekty života pomáhajúceho profesionála. Dôsledky môžu byť krátkodobé ale aj dlhodobé, pretrvávajúce dlho po tom, čo práca s klientom skončila. Niektoré dôsledky môžu byť aj potenciálne trvalé (Morrison 2007). Pri opakovanom vystavovaní sa traumatickému materiálu môže dochádzať k zosilneniu dôsledkov<sup>1</sup> (Campbell 2002; Morrison 2007; Billings et al. 2015).

Termín **únava zo súcitu** sa v odbornej zahraničnej literatúre chápe prevažne ako kombinácia sekundárneho traumatického stresu a pracovného vyčerpania (syndrómu vyhorenia) u pomáhajúcich profesionálov alebo iných osôb, ktoré sa starajú o trpiacich jedincov (Figley 2002; Dunkley a Whelan 2006; Adams et al. 2006). K tejto únave dochádza keď je pomáhajúci sám traumatizovaný a zápasí s vlastnou kapacitou súcitiť s klientmi či iným ľuďmi (Adams et al. 2006). Súcit je viac než len empatia voči trpiacemu; zahŕňa cielenejšie úsilie o priblíženie sa k tomu, čo trpiaci prežíva. Je založený na oduševnenom spojení, ktoré presahuje pocity a smeruje k sociálnym činom zameraným na zmiernenie utrpenia druhých. Stres plynúci z túžby pomôcť druhým a z nemožnosti tak vždy urobiť, môže byť vyčerpávajúci a môže negatívne vplývať na psychické a fyzické zdravie pomáhajúceho (Salston a Figley 2003). Mathieu (2007, 2009) vymedzuje únavu zo súcitu ako intenzívne telesné a emočné vyčerpanie spojené so zjavným narušením schopnosti pomáhajúceho cítiť empatiu voči klientom, kolegom, priateľom i príbuzným, a chápe ju ako riziko povolania v tom zmysle, že takmer u každého, kto je empatický voči svojim klientom, sa napokon v rôznych stupňoch môže vyvinúť.<sup>2</sup>

Mnohé štúdie kontinuálne používajú vyššie spomenuté termíny ako ekvivalentné označenia bio-psycho-socio-spirituálnych reakcií vyskytujúcich sa u pomáhajúcich profesionálov, pričom majú za to, že tieto reakcie sú podobné tým, aké sa objavujú u traumatizovaných klientov (Baird a Jenkins, 2003). Všetky tri termíny sú v oblasti traumatológie akceptovateľné, a hoci medzi týmito tromi formami nepriamej traumatizácie existujú jemné odlišnosti, nie je dostatok dôkazov o tom, že sa jedná o skutočne odlišné javy (Stamm 2010).

---

<sup>1</sup>Takýto jav (opakovaná expozícia traumatickému materiálu a následné zintenzívnenie nepriamej traumatizácie) je normálnou a nevyhnutnou súčasťou napr. kvalitatívneho výskumu, kde výskumník opakovane číta prepisy interview, aby mohol analyzovať dáta. Analýza individuálnych výpovedí je emočne obťažnejšia než analýza kvantitatívnych dát, ktoré sú zgrupované a sumarizované.

<sup>2</sup>Richardson (2001) uvádza, že termín *únava zo súcitu* sa používa tiež k popisu vyčerpania a znečitlivenia ľudí voči násilným a traumatickým udalostiam, ktoré sú prezentované v médiách.

## NÁSLEDKY NEPRIAMEJ TRAUMATIZÁCIE

Väčšina autorov (napr. Figley 1995; Jenkins a Baird 2002; Baird a Jenkins, 2003; Bride 2007; Perry 2014) má za to, že symptómy nepriamej traumatizácie sú takmer identické so symptómami **posttraumatickej stresovej poruchy** (PTSD), často sa vyskytujúcej u primárnych obetí traumy. Symptómy PTSD možno všeobecne zadeliť do troch trsov: (1) *intrúzie*, t.j. vtieravé (opakované a nechcené) znovuprežívanie traumatických udalostí napr. v podobe snov, nočných mor, zábleskov spomienok, obsesívnych myšlienok či fyziologických reakcií, (2) vyhýbavé reakcie prejavujúce sa ako všeobecné znecitlivenie (otupenie) voči podnetom a vyhýbanie sa podnetom, ktoré súvisia s traumatickým materiálom, (3) nadmerné nabaudenie prejavujúce sa ako nadmerná ostražitosť a ťažkosti v sústredení sa (Ehlers a Clark 2000; Morrison. 2007; Perry 2014). U sekundárne traumatizovaných pomáhajúcich profesionálov sa môžu objaviť čiastočné alebo úplné symptómy PTSD.<sup>1</sup>

Ďalším častým následkom nepriamej traumatizácie môže byť **narušenie referenčného rámca**, alebo tzv. kognitívnych schém. Ide tu o zmeny v systéme presvedčení, ktoré jedinec má o sebe, o iných ľuďoch, o svete, kauzalite a zmysle (Bloom 2003; Morrison 2007). Sekundárne traumatizovaný jedinec môže strácať pozitívne ilúzie – teda optimistické (hoci nie logické) očakávania všetkého druhu, ktoré sú pre ľudí, ktorí neboli konfrontovaní s traumou, samozrejmosťou a robia život jednoduchším, radostnejším, bezstarostnejším. Ide tu predovšetkým o (1) stratu viery v zmysel, poriadok a predvídateľnosť diania – pomáhajúci je totiž svedkom toho, že svet nie je spravodlivý, že obeť sa stali obeťami nezávinene, a že ich trauma nemá žiaden zmysel sama o sebe, a (2) a stratu pocitu osobnej moci a bezpečia – trauma človeka totiž učí, že svet je nebezpečné miesto, že pokiaľ ide o násilie, je možné čokoľvek, a že človeka v tomto neochráni ani dospelí, ani Boh, ani on sám. Navyše taký fenomén ako je domáce násilie otriasa aj tým najviac opatrovaným kultúrnym presvedčením – že rodina je bezpečné miesto. Pomáhajúci môže začať vnímať svet ako omnoho nebezpečnejšie miesto (než tomu bolo pred vystavením traume) a môže sa cítiť hlboko zneistený pokiaľ ide

---

<sup>1</sup>Napr. zahraničný výskum realizovaný na vzorke 600 sociálnych pracovníkov pôsobiach v oblasti sociálnoprávnej ochrany detí odhalil, že najčastejšie uvádzaným symptómom sekundárneho traumatického stresu sú intrúzívne myšlienky, ktorými trpelo až 40,5% respondentov. 15,2% respondentov vykazovalo symptómy zo všetkých troch trsov symptómov PTSD a 55% respondentov vykazovalo čiastočné príznaky PTSD (Bride 2007).

o jeho vlastnú schopnosť postarať sa o a ochrániť seba a iných. Ak bol klient traumatizovaný interpersonálnym násilím, pomáhajúci profesionál môže v dôsledku sekundárnej traumatizácie začať vnímať ľudí ako zlých, nedôveryhodných, vykorisťujúcich, odcudzených. Môže byť pre neho stále ťažšie uchovať si nádej a vieru v ľudské dobro.

U sekundárne traumatizovaného jedinca sa môžu objaviť **zmeny v úrovni uspokojovania základných psychických potrieb**, akými sú bezpečie, dôvera, úcta, intimita či kontrola. Narušený pocit bezpečia sa môže prejavovať zvýšenou bojzivosťou, pocitmi osobnej zraniteľnosti, obavami o vlastnú bezpečnosť, strachom o život a bezpečie blízkych, správaním zameraným na zvýšenie bezpečia. Sekundárne traumatizovaný jedinec (zvlášť ak bol konfrontovaný s prípadmi násilia zo strany jedinco, ktorí majú pozitívny sociálny imidž, dobrú povesť) môže vykazovať zníženú schopnosť dôverovať ľuďom, môže byť zaplavený pochybnosťami o tom, či možno vôbec niekomu veriť alebo či sa vôbec možno spoľahnúť na vlastný úsudok. Pre sekundárne traumatizovaného jedinca môže byť ťažké uchovať si nielen sebaúctu (zvlášť pokiaľ ide o oblasť vlastnej kompetencie) ale aj úctu k iným (môže sa objavovať zvýšená podozrievavosť ohľadne motivácie správania sa druhých ľudí). Utrpenie plynúce zo sekundárnej traumatizácie môže zasiahnuť aj oblasť intimity: jedinec môže mať ťažkosti tráviť čas osamote, môže sa uchýľovať k seba-medikácii (cez jedlo, alkohol, drogy, alebo kompulzívne správanie ako napr. nakupovanie, cvičenie, sex), alebo sa môže vnútorne „izolovať“, stiahnuť sa od iných (či je to rodina, priatelia alebo kolegovia). U sekundárne traumatizovaného jedinca sa môžu objavovať tiež tendencie opätovne nadobudnúť kontrolu – cez zvýšené kontrolovanie seba a iných, alebo cez vyhýbanie sa všetkému, čo je vnímané ako vymykajúce sa našej kontrole (Bloom 2003).

Práca s ľuďmi, ktorí sa stali obeťami špecifických druhov násilia, najmä sexuálneho násilia, môže u pomáhajúcich pracovníkov vyvolať **zmeny v ich psychosociálnych vzťahoch** – vzťahoch s priateľmi a príbuznými ale aj so širším sociálnym okolím. Pomáhajúci profesionáli môžu vo svojich sociálnych kruhoch narážať na negatívne a neprímerané postoje (predsudky) voči problematike, ktorej sa profesionálne venujú, čo môže byť pre nich zraňujúce, frustrujúce, sebaspochybňujúce a vzbudzujúce pocity odcudzenia od ostatných. Okruh dovtedajších priateľov sa môže zredukovať, pretože s mnohými z nich už môže byť ťažké nájsť spoločnú reč (Morrison 2007). Dokonca aj medzi kolegami z pomáhajúcich profesií sa jedinec môže cítiť izolovaný, pretože samotná téma sexuálneho násilia je veľmi izolujúca, mnohých šokuje, desí natoľko, že nechcú o nej otvorene hovoriť a dávať jej v diskusii taký priestor,



aký obvykle doprajú iným, menej náročným témam. Sociálne predsudky voči niektorým háklivým témam môžu otriasť aj **náboženskými a spirituálnymi presvedčeniami** pomáhajúceho profesionála, ak je svedkom toho, že náboženská komunita je neraz ochotnejšia chrániť páchatel'a než zastať sa obeť (Richardson 2001).

Sekundárny traumatický stres môže mať potenciálny dopad tak na osobnú ako aj na profesionálnu oblasť fungovania konkrétneho jedinca (Baird a Jenkins 2003). V rámci osobného fungovania Yassen (1995) rozlišuje následky:

- *Telesné*: šok, potenie, zrýchlený tep, ťažkosti s dýchaním, somatické reakcie, bolesti, závraty, zhoršená imunita,
- *Emočné*: bezmocnosť, pocity viny, otupenosť, strach, smútok, depresia, úzkosť,<sup>1</sup> precitlivosť, prudké zmeny nálad, emočná zaplavenosť, vyčerpanosť,
- *Kognitívne*: znížená sústredenosť, zmätenosť, strata zmyslu, znížené sebedomie, „posadnutosť“ traumou, apatia, rigidita, dezorientácia, myšlienky zamerané na ublíženie sebe alebo iným, pochybnosti o sebe, perfekcionizmus, minimalizácia (zľahčovanie problému),
- *Behaviorálne*: netrepezlivosť, podráždenosť, uzavretosť, náladovosť, regresia, spánkové poruchy, nočné mory, nadmerná bdelosť, zvýšená úľaková reakcia, zmeny chuti do jedla, negatívne stratégie zvládania záťaž (fajčenie, alkohol, drogy), náchylnosť k nehodám, strácanie vecí, sebapoškodzujúce správanie,
- *Spirituálne*: pochybnosti o zmysle života, strata cieľa/perspektívy, znížený pocit osobného naplnenia, pretrvávajúci pocit beznádeje, hnev voči Bohu, spochybňovanie dovtedajších náboženských presvedčení.
- Na úrovni profesionálneho fungovania sa dopad sekundárneho traumatického stresu môže prejaviť v štyroch oblastiach (Yassen 1995):
- *Výkon pracovných povinností*: zníženie kvality, pokles v kvantite, znížená motivácia, vyhýbanie sa pracovným úlohám, zvýšená chybovosť, snaha o perfekcionizmus, posadnutosť detailmi,
- *Morálka*: pokles dôvery, strata záujmu, nespokojnosť, negatívny postoj, apatia,<sup>2</sup> demoralizácia, pocit nedostatočného ocenenia,

---

<sup>1</sup>Niektorí autori (napr. Cerney 1995, Stamm 2010) upozorňujú, že neliečená únava zo súcitu sa môže napokon rozvinúť do depresie, generalizovanej úzkosti a iných stresom - podmienených ochorení.

<sup>2</sup>Niektorí autori (napr. Figley 2002, Morrison 2007, NSPCC 2013) uvádzajú aj zvýšený výskyt prejavov cynizmu, ako dôsledok toho, že jedinec v rámci svojej

- *Interpersonálne vzťahy*: stiahnutie sa od kolegov, netrpezlivosť, zníženie kvality vzťahov, chabá komunikácia, sledovanie vlastných potrieb, konflikty medzi zamestnancami,
- *Správanie*: absencie, vyčerpanie, chybné rozhodnutia, podráždenosť, nedochvilnosť, nezodpovednosť, časté zmeny zamestnania, práca nadčas<sup>1</sup>.

Morrison (2007) upozorňuje, že je dôležité „**nepatologizovať**“ **tieto reakcie** (teda nevnímať ich ako abnormálne, choré). Výskumy zamerané na fenomén nepriamej traumatizácie ukazujú, že ide o normálne ľudské reakcie na opakované vystavenie distresujúcim udalostiam. Uvedené však neznamená, že príznaky nepriamej traumatizácie treba ignorovať alebo brať na ľahkú váhu. **Podcenenie tohto problému môže byť škodlivé** nielen pre samotného pomáhajúceho profesionála ale aj pre jeho klientov, zvlášť pre tých, ktorí spadajú do kategórie osobitne zraniteľných klientov (patria sem najmä obeť interpersonálneho násillia, a osobitne detské obeť násillia). Profesionáli, u ktorých sa rozvinuli následky nepriamej traumatizácie, môžu mať zníženú schopnosť empatie a poskytovania adekvátnej podpory detským klientom (NSPCC 2013). Profesionáli sa môžu cítiť bezmocní, môžu vykazovať zníženú schopnosť uvažovať kriticky a komplexne, sú menej schopní identifikovať rizikové faktory a náchylnejší podceňovať možné nebezpečenstvo, ktorému sú klienti vystavení. Môžu mať tiež tendenciu pracovať povrchno, nevracať sa k starším prípadom, vyhýbať sa spolupráci s kolegami a supervízií. Znížená schopnosť efektívne intervenovať a poskytovať klientom podporu činí z príznakov nepriamej traumatizácie naliehavú výzvu, ktorou by sa mali orgány sociálnoprávnej ochrany zaoberať (Regehr et al. 2010, ACS-NYU Children's Trauma Institute 2012). Akonáhle sú korene a príznaky nepriamej traumatizácie správne pochopené a je im venovaná náležitá pozornosť, nepriamu traumatizáciu možno uspokojivo zvládať. (Billings et al. 2015).

Treba však zdôrazniť, že nepriama traumatizácia môže mať nielen negatívny, ale **aj pozitívny vplyv** na osobnosť. Narušenie konceptov doterajšieho vnímania sveta, identity, a kľúčových psychologických potrieb totiž poskytuje príležitosť aj pre pozitívne transformačné zmeny, ktoré môžu viesť skôr k rozšíreniu a rastu vedomia než k jeho zúženiu a

---

profesie sa na dennom poriadku a po dlhšiu dobu stretáva v bolestných príbehoch svojich klientov s niektorými z tých najhorších aspektov ľudskej povahy.

<sup>1</sup>Figley (1995) uvádza, že únava zo súcitu môže viesť k postupnému zanedbávaniu starostlivosti o seba, ako sprievodnému javu toho, že jedinec sa extrémne obetuje v procese pomáhania druhým.

úpadku (Rosenbloom et al. 1995, Bloom 2003). Koncepty ako **posttraumatický rast** (z angl. *post-traumatic growth*, PTG<sup>1</sup>) a **sprostredkovaná nezdolnosť** (z angl. *vicarious resilience*<sup>2</sup>) sa v zahraničnej odbornej spispe používajú k opisu transformácie a vnútorného spevnenia, ku ktorým môže dôjsť u profesionálov prostredníctvom ich empatie a interakcie s traumatizovanými klientmi (Hernandez et al. 2007, Hernandez-Wolfe et al. 2014).<sup>3</sup>

Positívna transformácia, ku ktorej môže dôjsť vplyvom nepriamej traumatizácie, súvisí okrem iného s tým, že pomáhajúci profesionál príde o ružové okuliare a začne vnímať svet jasnejšie a živšie. Vrstvy ilúzií sa odstránia a jedinec čelí svetu tak v jeho hrôzach ako i nádhre. Zvlášť jedinci, ktorí pracujú s obeťami násilia, opisujú hlboké pocity uspokojenia zo svojej práce, pri ktorej môžu vnímať aj silu a nezdolnosť svojich klientov (Richardson 2001).

Mnohí terapeuti, ktorí pracujú s obeťami traumy uvádzajú, že si svoj život viac cenia a berú ho vážnejšie, sú schopní hlbšie porozumieť sebe aj iným, vytvárajú nové priateľstvá a hlbšie intímne vzťahy, cítia sa inšpirovaní každodennými príkladmi odvahy, odhodlania a nádeje svojich klientov. To platí zvlášť o tých, ktorí sa v dôsledku práce s klientmi, zapojili

---

<sup>1</sup> Koncept PTG je chápaný ako proces i výsledok, pri ktorom ľudia nie iba prekonajú traumu, ale dokážu sa ďalej rozvinúť a rásť. Inými slovami, *nielen prežijú*, ale skôr *transformujú* skúsenosť tak, že má pre nich nejaký pozitívny prínos. PTG nie je prejavom toho, že jedinec nebol traumou negatívne zasiahnutý – ale je, naopak, výsledkom zápasu jedinca s traumou. Predstavuje kvalitatívne zmeny vo fungovaní jedinca, presahujúce tú úroveň adaptácie, ktorá existovala pred traumou (Tedeschi a Calhoun 2004). Takáto *transformácia* avšak neznamená, že jedinec už v dôsledku traumy netrpí. Skôr platí, že negatívna symptomatológia koexistuje spolu s pozitívnymi zmenami (Tedeschi 1999). PTG nie je ponímaný ako statický výsledok, ale ako pokračujúci proces, ktorý je späť i s rozvojom všeobecnej životnej *múdrosti*. U ľudí, ktorí vo svojom živote čelili veľkým výzvam, sa môže rozvinúť „schopnosť vyvažovať reflexiu a konanie, vážiť známe i neznáme aspekty života, dokázať väčšmi prijímať niektoré životné paradoxy a otvorenejšie a uspokojivejšie riešiť fundamentálne otázky ľudskej existencie“ (Calhoun a Tedeschi, 1999, s. 21).

<sup>2</sup> Koncept *sprostredkovanej nezdolnosti* zahŕňa pozitívne vplyvy, ktoré na pomáhajúcich profesionálov má to, že vnímajú rôzne podoby nezdolnosti svojich klientov.

<sup>3</sup> Medzi možné pozitívne vplyvy práce s traumatizovanými jedincami sa zaradzuje aj fenomén nazývaný *uspokojenie zo súcitu* (z angl. *compassion satisfaction*), zahŕňajúci potešenie a naplnenie čerpané z výkonu pomáhajúcej profesie (Hernandez-Wolfe et al. 2014).

do sociálnych aktivít. Títo terapeuti uvádzajú, že majú hlbší pocit zmyslu života a priateľstvá, ktoré im umožňujú zachovať si radosť napriek všetkým hrôzám. Tým, že neustále podporujú kapacitu pre integráciu u seba i u svojich klientov, títo zaangažovaní terapeuti prehlbujú svoju vlastnú integritu (Herman 1992).

Brady et al. (1999) vo výskume na vzorke tisíc psychoterapeutiek zistili, že tie, ktoré boli viac vystavené klientom so sexuálnou traumou, dosahovali vyššie skóre v oblasti „spirituálnej pohody (blaha)“. Terapeutky, ktoré liečili viac obetí zneužívania viedli viac existenčne a spirituálne uspokojujúci život než tie, ktoré boli vystavené menšiemu počtu traumatizovaných klientov.

Mnohí jedinci, ktorí pracujú s problematikou sexuálneho násillia, majú príležitosť byť svedkami, a dokonca aj zohrávať kľúčovú úlohu pri zotavovaní ľudí, ktorým bolo ublížené. Rôznorodé sociálne i spirituálne otázky a témy, ktoré sa otvárajú pri tom, keď človek čelí traume, môžu byť príležitosťou pre bohatý osobnostný rozvoj. Skutočnosť, že táto práca núti ľudí, aby sa zapojili do proaktívnej starostlivosti o seba, môže byť príležitosťou k tomu, aby rozvíjali také aspekty vlastného self, ktoré by inak zostali zanedbané. Napokon, pôsobenie v tejto oblasti môže znamenať aj vytváranie pozitívneho a trvalého vplyvu na závažný sociálny problém (Morrison 2007).

### **VÝSKYT A DETERMINUJÚCE FAKTORY NEPRIAMEJ TRAUMATIZÁCIE**

Vo všeobecnosti sa riziko nepriamej traumatizácie vyskytuje u osôb, ktoré zodpovedajú za poskytovanie starostlivosti o osoby zažívajúce určitý typ krízy. V minulosti sa za osoby s najvyšším rizikom považovali pracovníci rôznych zložiek pohotovosti, napr. policajti, požiarnici, pohotovostní zdravotnícki technici, zdravotné sestry, kňazi. V posledných rokoch sa zoznam rozšíril o širokú škálu odborníkov, ktorí pracujú s deťmi a rodinami v kríze. Zoznam zahŕňa pediatrov, psychológov, psychiatrov, psychoterapeutov, poradcov, právnikov zaoberajúcich sa rodinným a trestným právom, sociálnych pracovníkov pôsobiacich v oblasti sociálnoprávnej ochrany, väzenských dozorcov, probačných úradníkov, profesionálnych rodičov (pestúnov) a pedagógov (Perry 2014).

Najrizikovejšiu skupinu pre rozvinutie nepriamej traumatizácie predstavujú odborníci, ktorí pracujú s týranými, zanedbávanými a zneužívanými deťmi (Zlotnik et al. 2005; Littlechild 2005; Conrad a Kellar-Guenther 2006; NSPCC 2013; Perry 2014). Odborníci pôsobiaci v tejto oblasti sú náchylní voči nepriamej traumatizácii najmä z dôvodu osobitnej zraniteľnosti svojich klientov (ACS-NYU Children's Trauma Institute 2012). Nakoľko títo odborníci nie sú všemocní, nemajú kontrolu

nad dianie v životoch svojich klientov a nie sú vždy schopní adekvátne ovplyvniť ich životy, nepriama traumatizácia môže mať toxickejší dopad než priame vystavenie násiliu (Horowitz 2006). Deti sú v napĺňaní existenčných (aj emočných) potrieb celkom závislé na dospelých. Keď dospelí ubližujú tým najzraniteľnejším, v každom morálnom človeku to evokuje silné reakcie. Nezmyselná a ohavná podoba niektorých tráum spôsobených deťom otriasa vierou v ľudskosť (Perry 2014).

V porovnaní s inými oblasťami poradenstva a terapie bol vyšší výskyt nepriamej traumatizácie zistený aj u pracovníkov, ktorí prichádzajú do kontaktu s obeťami (a páchatel'ami) domáceho násillia a sexuálneho násillia (Bloom 2003; Schauben a Frazier, 1995; Johnson a Hunter 1997; Cunningham 2003; Morrison 2007). Zvýšené riziko nepriamej traumatizácie je prítomné aj u odborníkov, ktorí pôsobia v oblasti výskumu sexuálneho násillia a násillia v párových vzťahoch. Od výskumníkov sa očakáva, že budú načúvať a/alebo analyzovať hlboké osobné výpovede o skúsenostiach respondentov s násillím a že v snahe čo najviac porozumieť dynamike a dôsledkom tohto násillia budú chcieť vedieť viac o ich myšlienkach, prežívaní a správaní. Emočné zaangažovanie je pritom základným nástrojom používaným pri zhromažďovaní takýchto informácií a je zároveň aj kanálom nepriamej traumatizácie (Figley 1995; Morrison 2007; Coles et al. 2014; Billings et al. 2015).

Okrem vyššie uvedeného existujú **individuálne faktory**, ktoré môžu potenciálne zvyšovať riziko nepriamej traumatizácie u konkrétneho jedinca. Za takýto individuálny rizikový faktor sa považuje napr. **nespracovaná trauma vo vlastnej anamnéze**. Mnoho odborníkov malo vo svojom živote nejakú traumatickú skúsenosť. Konfrontácia s podobnou traumou u klientov môže byť pre nich spúšťačom bolestných spomienok, úzkosti a posttraumatických symptómov (Pearlman a Mac Ian 1995; Brewin, Andrews et al. 2000; Bloom 2003; Cunningham 2003; Newell a MacNeil 2010; Perry 2014). V tomto kontexte je dôležitým determinantom aj **individuálny štýl copingu** (t.j. zvládania záťaže). Aktívny štýl copingu ako je napr. hľadanie emočnej podpory a príprava na projekty je spojený s nižšou mierou symptómov nepriamej traumy, zatiaľ čo nadužívanie látok (alkoholu, drog), vyhýbanie a stiahnutie sa môže zvyšovať mieru symptómov nepriamej traumy (Dunkley a Whelan 2006; Pearlman a McKay 2008).

Za ďalší rizikový faktor pre rozvoj symptómov nepriamej traumatizácie možno považovať mladý vek a **nedostatok skúseností**, kedy jedinca ešte nemá dostatočne rozvinuté mechanizmy zvládania záťaže plynú-

cej z práce s traumatizovanými klientmi (Pearlman a MacLan 1995; Jenkins a Baird 2002; Bell et al. 2003; Baird a Kracen 2006). Podobne aj **chýbajúci alebo nedostatočný výcvik** (ktorý by okrem iného zahŕňal aj oblasť poradenských zručností, reagovania na klientov v kríze, zvládania ťaživých emócií) môže zvyšovať pravdepodobnosť nepriamej traumatizácie (Coles et al. 2010).

Za ďalšie rizikové faktory Osofsky (2011) považuje aj odvíjanie vlastnej hodnoty od toho, ako veľmi človek pomáha iným, **nerealistické očakávania** od seba a od iných, sebakritickosť, neschopnosť dávať alebo prijímať emočnú podporu. Bloom (2003) za rizikové považuje aj ignorovanie zdravotných hraníc, nadmerné pracovné zaťaženie (branie si toho na seba priveľa) a priveľa negatívnych výsledkov. Billings et al. (2015) podotýkajú, že nepriamu traumatizáciu môžu determinovať aj nevyriešené **pocity viny a nepohody** výskumníkov plynúce z toho, že nie sú schopní priamo asistovať účastníkom výskumu pri napĺňaní množstva ich potrieb, zatiaľ čo sami majú osobné a profesionálne benefity z výskumných dát a životných príbehov respondentov. Jednotliví výskumníci často nemajú dosah na to, nakoľko budú ich výskumné zistenia zohľadňované tvorcami politik a pomôžu obetiam. Značný časový odstup medzi dokončením výskumného projektu a potenciálnou implementáciou výskumných zistení môže byť pre výskumníkov zdrojom frustrácie a stresu.

Za fenoménom nepriamej traumatizácie stojí celý komplex príčin. Ide tu o individuálne biologické, psychické, sociálne, morálne, spirituálne a filozofické komponenty<sup>1</sup>, ktoré sú v interakcii s profesionálnym a so-

---

<sup>1</sup> Bloom (2003) pri **biologickej kauzalite** poukazuje najmä na fenomén emočnej nákazy – emócie trpiaceho sa prenášajú aj na toho, kto mu pozorne načúva. Spolu trpiaci majú však často tendenciu blokovať emócie, vyhýbať sa ich odhaleniu, čo je spojené s fyziologickou záťažou organizmu. Chronická inhibícia negatívnych emócií uchováva organizmus v stave permanentného alarmu (stresovej reakcie). – V rámci **psychickej kauzality** zohráva významnú rolu najmä strata pozitívnych ilúzií. Ak pomáhajúci pripustí, že sa to či ono sa klientovi skutočne stalo, pocíti zraniteľnosť, ktorá je spätá s týmto uvedením si skutočnosti – „môže sa to stať aj mne“. Častý pocit bezmocnosti, ktorý obeť traumy pociťujú môže ovplyvňovať aj pomáhajúceho – prináša pocit bezmoci, vyjadrený v myšlienke „nie je nič, čo by som mohol/mohla spraviť“. – **Sociálnu kauzalitu** nepriamej traumatizácie možno vysvetliť najmä tým, že potreba verbalizovať traumatickú skúsenosť naráža na sociálne bariéry – tendencie nevidieť, nepočuť, nehovoriť o zle a utrpení. Aby sa ľudia chránili pred zaťažujúcimi traumatickými príbehmi iných a strážili si svoje ilúzie, používajú rôzne obranné mechanizmy, ako je zmena témy, vnucovanie vlastnej perspektívy, zveličovanie zodpovednosti obeť, vyhýbanie sa kontaktu s obeťou, atď. Jedinec len ťažko môže porozumieť traumatickej udalosti bez konsenzuálnej validácie svojich zážitkov. Tak primárne ako aj sekundárne obeť

ciopolitickým kontextom (Bloom 2003). Morrison (2007) konštatuje, že v minulosti sa väčšina výskumu zameraného na fenomén nepriamej traumatizácie sústredila na úroveň individuálnych determinantov, zvlášť na tzv. copingové stratégie pomáhajúcich profesionálov. Tento prístup je v súčasnosti kritizovaný, pretože individualizuje problém, a môže v pracovníkoch zanechávať dojem, že ak trpia symptómami nepriamej traumatizácie, je to predovšetkým ich vina. Skutočnosť, že prejavy nepriamej traumatizácie sa môžu líšiť od človeka k človeku, navyše ešte vytvára dojem, že je to skôr osobný problém než normálna a očakávaná reakcia na opakované vystavovanie sa traumatickému materiálu. Zistilo sa, že **stigmatizovanie** ľudí trpiacich symptómami nepriamej traumy negatívne ovplyvňuje možnosti prístupu k pomoci, ktorá je nevyhnutná pre zotavenie sa a podkopáva tiež dôležitosť starostlivosti o seba (Billings et al. 2015). Preto je dôležité odstraňovať túto nežiaducu stigmatizáciu, okrem iného aj tým, že príčina nepriamej traumatizácie bude lokalizovaná v samotnej traume a jej sociálnych súvislostiach a nie v individuálnych pracovníkoch, ktorí s tým zápasia.

Z vyššie uvedených dôvodov sú primárne **ochranné faktory**, potenciálne znižujúce riziko, resp. závažnosť nepriamej traumatizácie, situované na úroveň organizácie, ktorá zamestnáva pomáhajúcich odborníkov. Zvlášť dôležité je vytváranie takej organizačnej kultúry, ktorá vníma nepriamu traumatizáciu ako „normálny“ efekt práce s traumatickým materiálom klientov, resp. respondentov výskumu a ponúka spôsoby, ako tento problém zvládať (Bloom 2003; Billings et al. 2015). Významnou súčasťou prevencie je **edukácia** pracovníkov o fenoméne nepriamej traumatizácie (o jej príčinách, o rozpoznávaní symptómov i o možnostiach riešenia), pričom vzdelávanie by malo ideálne začínať na počiatku profesionálnej kariéry a malo by kontinuálne pokračovať (Richardson 2001; Morrison 2007; Coles et al. 2014; Billings et al. 2015).

Organizácia by mala pracovníkom, ktorí prichádzajú do kontaktu s traumatizovanými klientmi, vytvárať priestor pre pravidelný **debriefing**

---

traumy môžu narážať na obranné mechanizmy iných ľudí, ktoré im sťažujú proces spracovania traumy. – V pomáhajúcom procese sa môže objavovať taktiež celý rad **etických a filozofických** konfliktov a dilem, ktoré sa spolupodieľajú na prehlbovaní nepriamej traumatizácie. Pomáhajúci môže neraz čeliť dileme komu/čomu dá prednosť (a komu ublíži): sebe, klientom (ktorí očakávajú liečivý prístup), organizácii (ktorej prežitie závisí na rýchlom výkone), atď. Osobné bariéry i vonkajšie limity v možnostiach pomoci môžu provokovať pálčivú otázku: Som viac súčasťou problému alebo riešenia?

(z angl. „debrief“ – podať hlásenie) (Regehr a Cadell 1999; Richardson 2001; Morrison 2007; NSPCC 2013). Ide o pološtrukturované pracovné stretnutie, kde možno otvorene rozobrať, ako pracovník vnímal a emočne prežíval náročné sedenie s klientom. V tomto kontexte treba podotknúť, že odborníci môžu byť mimo svoje pracovisko tlačení k mlčanlivosti o prípadoch jednak z právnych a etických dôvodov, alebo aj preto, že sa venujú témam, ktoré sú spoločensky tabuizované. Preto by organizácia mala podporiť svojich pracovníkov aj vytváraním príležitostí pre verbalizovanie bolestných aspektov ich práce v prítomnosti pozorných a podporujúcich poslucháčov, ktorých by inak bolo ťažké nájsť (Morrison 2007). Za podstatnú súčasť prevencie a liečby nepriamej traumatizácie je považovaná aj dôkladná **supervízia**, vedená tak, aby sa pracovníci cítili dostatočne bezpečne na to, aby mohli vyjadriť svoje pocity, zneistenia a obavy (Morrison 2007; NSPCC 2013). Ďalšou stratégiou (ako zmierňovať negatívny vplyv nepriamej traumatizácie na pracovníkov) je ponúkanie prístupu k špecializovanému (na traumou zameranému) **poradenstvu**, zabezpečovanému buď interným alebo externým sociálnym pracovníkom alebo psychológom (Ellsberg a Heise 2005; Billings et al. 2015).

Súčasťou zdravej atmosféry v organizácii je aj **rozpoznávanie úspechov**. Je dôležité vedome si všímať úsilie pracovníkov a ich každodenné pracovné úspechy. Prehnané zdôrazňovanie pracovnej zodpovednosti v kombinácii so sekundárnym traumatickým stresom môže totiž spôsobiť, že ľudia sa sústredia iba na to, čo nefunguje, a to v konečnom dôsledku narúča pracovný výkon a morálku. Je preto potrebné hovoriť aj o pozitívnych aspektoch tejto náročnej práce, vrátane zdôrazňovania a oslavovania dobrých správ a dosiahnutých úspechov (Morrison 2007; ACS-NYU Children's Trauma Institute 2012). **Ďalšie organizačné opatrenia**, ktoré by bolo žiaduce aplikovať v záujme prevencie rozvoja symptómov sekundárneho traumatického stresu u pomáhajúcich pracovníkov, sú napr.: nepodporovanie práce nadčas, flexibilný pracovný čas, poskytovanie pracovného voľna na účely ďalšieho vzdelávania, či nadštandardná výmera dovolenky, určená na zotavenie sa z nepriamej traumatizácie (Morrison 2007), redukovanie počtu prípadov na jedného pracovníka, prijatie opatrení na elimináciu akejkoľvek subkultúry násillia, zneužívania a manipulácie na pracovisku (Bloom 2003). Na širšej spoločenskej úrovni možno k prevencii negatívnych následkov nepriamej traumatizácie prispievať cez zvyšovanie verejného povedomia o tomto fenoméne, profesijné vzdelávanie, budovanie koalícií, sociálne akcie a legislatívne reformy (Bloom 2003).

Napokon je potrebné uviesť niekoľko odporúčaní, ktorých implementácia **na individuálnej úrovni** môže výrazne znižovať riziko nega-



tívnych následkov nepriamej traumatizácie. V tejto súvislosti rôzni autori (Richardson 2001; Bloom 2003; Morrison 2007; Perry 2014; Billings et al. 2015) uvádzajú celý rad odporúčaní. Odporúča sa predovšetkým zdravý životný štýl vrátane primeranej stravy, spánku, fyzickej aktivity (pohybu, tanca, cvičenia, a pod.), starostlivosť o telo vrátane nezanedbávania liečby akýchkoľvek ochorení, zachovávanie zdravej rovnováhy medzi prácou a osobným životom, dostatok oddychu a relaxačných aktivít (hudba, umenie, oddychové, čítanie, príroda, aktivity navodzujúce uvoľnenie a smiech, a pod.), pestovanie záujmov, ktoré sú celkom oddelené od práce, plánovanie práce tak, aby medzi jednotlivými vystaveniami sa traumatickému materiálu boli prestávky. Odborníci taktiež zdôrazňujú, že je potrebné získať vedomosti o traume a jej následkoch, reflektovať osobné skúsenosti súvisiace s témami, ktoré prinášajú klienti, identifikovať spúšťače, ktoré môžu navodiť sekundárnu traumatizáciu, zabezpečiť si terapiu, ak sú v hre osobné nespracované záležitosti/traumy, preskúmať osobné postoje k obetiam a páchatelom, poznať svoje hranice tolerancie, vyjasniť si vlastné chápanie zmyslu života a praktickej aplikácie kľúčových spirituálnych a morálnych hodnôt, vymedziť hranice vlastnej zodpovednosti, normalizovať vlastné reakcie (uvedomiť si, že nie ste jediný, kto čelí stresu z práce s traumatizovanými klientmi, identifikovať a pripomínať si úspechy. Kľúčový význam v prevencii nepriaznivých následkov sekundárnej traumatizácie má dobrá sociálna podpora. Odporúča sa verbalizovať prežívaný stres a problémy, využívať príležitosti na debriefing, intervíziu a supervíziu, prijímať pozitívnu spätnú väzbu ak sa ponúka, poskytovať pozitívnu spätnú väzbu iným, získať emočnú podporu od kolegov, rodiny a priateľov, vyhýbať sa sociálnej izolácii a utužovať profesionálne kontakty.<sup>1</sup>

#### **ZÁVER: POTREBA VÝSKUMU NEPRIAMEJ TRAUMATIZÁCIE V PODMIENKACH SLOVENSKA**

Zatiaľ čo v zahraničí je fenomén nepriamej traumatizácie intenzívne skúmaný, nemáme vedomosť o tom, že by sa dosiaľ výskum s takýmto zameraním realizoval na populácii slovenských odborníkov z radov pomáhajúcich profesií. Aj z tohto dôvodu sme v mesiacoch január - február 2015 uskutočnili menší pilotný prieskum, ktorého cieľom bolo zistiť ako

---

<sup>1</sup> Konštruktívnou copingovou stratégiou môže byť aj vytváranie odborných koalícií zameraných na presadzovaní pozitívnych spoločenských zmien. Sociopolitické zaangažovanie v smere eliminácie rôznych foriem násilia môže byť cestou ako pozitívne presmerovať pocity hnevu a bezmocnosti, ktorým odborníci pracujúci s obeťami násilia často čelia.

často odborníci prichádzajú do kontaktu s traumatizovanými klientmi, či sa u nich vyskytujú symptómy nepriamej traumatizácie, nakoľko sú oboznámení s fenoménom nepriamej traumatizácie, a či majú záujem o vzdelávanie v predmetnej problematike (Baranová 2015).

Prieskumu sa zúčastnilo 99 respondentov, z toho 3 muži a 96 žien, pričom 18 z nich bolo vo vekovej kategórii 20-30 rokov, 51 vo vekovej kategórii 31-40 rokov, 27 vo vekovej kategórii 41-55 rokov a 3 respondenti mali vek nad 55 rokov. Išlo o sociálnych pracovníkov pôsobiacich v Prešovskom a/alebo Košickom kraji. Vykonávali sociálnu prácu v teréne, v charitách, v zariadeniach sociálnych služieb, pričom väčšina z nich (78) mala viac než 5-ročnú prax v odbore a vysokoškolské vzdelanie I. stupňa.

Z výsledkov prieskumu vyplynulo, že počas výkonu praxe sa s klientom, ktorý bol obeťou domáceho násillia stretlo takmer 43 % respondentov, s obeťou prírodného živlu prišlo do kontaktu 36 % respondentov, s obeťou sexuálneho zneužívania sa stretlo 9 % respondentov, s obeťou násillného trestného činu sa stretlo taktiež 9 % respondentov, a 27 % respondentov označilo viacero možností odpovedí (teda sa stretlo s obeťami rôznych druhov traumatických zážitkov).

Z odpovedí na otázky, ktorými sme zisťovali výskyt symptómov nepriamej traumatizácie vyplynulo, že až 30 % respondentov prežívalo únavu a vyčerpanie, 20% respondentov priznalo precitlivosť, podráždenosť, pocity bezmocnosti, strachu a úzkosti, 18% respondentov priznalo pociť nepochopenia, 12% priznalo poruchy spánku a stratu záujmu, 9% uvádzalo pocity zlosti a hnevu, depresie, nočné mory, problémy so sústredením, zmenu chuti do jedla, stratu zmyslu života, oslabenú imunitu.

Napriek prítomným symptómom možnej nepriamej traumatizácie, na otázku čo je to nepriama (alebo sekundárna) traumatizácia nevedelo odpovedať až 55 % respondentov. Nemali ani tušenie čo by mohli tieto termíny znamenať a uviedli jednoslovnú odpoveď „neviem“. U zvyšných 45 % respondentov prevažovala tendencia spájať predmetné pojmy s tým, že trápenie blízkej osoby, ktorá je v nepriaznivej situácii (úraz, choroba, zdravotné postihnutie, náhla smrť, strata blízkeho) sa sprostredkovane prenáša na okolie. Respondenti, ktorí sa pokúsili predmetné pojmy definovať, ich vôbec nedávali do súvisu s výkonom pomáhajúcej profesie. Potešujúce však je, že až 91% respondentov prejavilo záujem o vzdelávanie zamerané na fenomén sekundárnej traumatizácie a stratégie jeho zvládania.

Výsledky pilotného prieskumu potvrdili očakávanie, že sociálni pracovníci prichádzajúci do kontaktu s traumatizovanými klientmi nie sú

dostatočne informovaní o fenoméne sekundárnej traumatizácie. Takýto stav nie je samozrejme výlučne u nás. Tím zahraničných výskumníkov, ktorí realizovali kvalitatívny výskum na vzorke 18 profesionálov (sociálnych pracovníkov, poradcov a policajtov) pracujúcich s prípadmi sexuálneho zneužívania detí (CSA) v Malajzii, napr. zistil, že väčšina respondentov si vôbec nebola vedomá toho, že by ich práca s obeťami CSA mohla nejako negatívne ovplyvňovať. Výskumníci konštatovali potrebu vzdelávania profesionálov o rizikách a riešeniach nepriamej traumatizácie, ku ktorej môže dôjsť v dôsledku práce s obeťami traumy (Nen et al. 2011). Bloom (2003) podotýka, že pri vystavení nepriamej traumatizácii majú pomáhajúci profesionáli zodpovednosť činiť také rozhodnutia v ich osobnom i profesionálnom živote, ktoré podporujú pozitívne transformačné zmeny.

Na základe vyššie uvedeného konštatujeme, že je potrebné realizovať rozsiahlejší výskum na vzorke pomáhajúcich profesionálov pôsobiacich na Slovensku, a to najmä na pozíciách, kde značnú časť klientely tvoria klienti so skúsenosťou domáceho alebo sexuálneho násillia. Osobitná pozornosť by mala byť venovaná najmä odborníkom pôsobiacim na poli sociálnoprávnej ochrany detí, u ktorých je (ako vyplýva zo zahraničných výskumov) riziko nepriamej traumatizácie najvyššie. Výskum na vzorke týchto pracovníkov je zvlášť potrebný aj z dôvodu osobitnej zraniteľnosti ich maloletých klientov a s ohľadom na to, že špecifickým cieľom *transformácie a deinštitucionalizácie v oblasti náhradnej starostlivosti* je zníženie počtu detí umiestnených v inštitúciách na základe rozhodnutia súdu (MPSVaR 2011, s.19-20). Sanácia rodín v rôznych životných situáciách a vývojových stupňoch rizikových životných situácií vrátane rodín, z ktorých boli deti vyňaté a umiestnené v náhradnej starostlivosti, predstavuje pre pomáhajúcich profesionálov nesmierne náročnú úlohu. Nie menej náročný je aj výkon roly profesionálnych rodičov či pestúnov, ktorí prijímajú do starostlivosti deti aj s veľmi závažnými traumami v anamnéze. Pre adekvátne zvládanie svojej roly potrebujú títo pomáhajúci pracovníci komplexnú podporu a taktiež supervíziu, ktorá sa bude adresne zaoberať aj fenoménom nepriamej traumatizácie.

## ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- ACS-NYU CHILDREN'S TRAUMA INSTITUTE. 2012. *Addressing Secondary Traumatic Stress Among Child Welfare Staff: A Practice Brief*. New York : Department of Psychiatry, New York University Langone Medical Center.

- ADAMS, R. E., BOSCARINO, J. A. a FIGLEY, C. R. 2006. Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1): 103-108.
- BAIRD, K. a KRACEN, A. C. 2006. "Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis." *Counselling Psychology Quarterly* 19(2): 181-188.
- BAIRD, S., a JENKINS, S. R. 2003. Vicarious traumatization, secondary traumatic stress, and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff. *Violence and Victims*, 18(1): 71-86.
- BARANOVÁ, E. 2015. *Traumatizácia sociálneho pracovníka prostredníctvom traumy klienta*. [Diplomová práca vypracovaná pod vedením doc. ThDr. Mgr. Slávky Karkoškovej, PhD]. Prešov: ÚSVaZ bl. P. P. Gojdiča, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o.
- BELL, H., KULKARNI, S. a DALTON, L. 2003. Organizational Prevention of Vicarious Trauma. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services* 84(4): 463-470.
- BILLINGS, D., COHEN, R., COLES, J. et al. 2015. *Guidelines for the prevention and management of vicarious trauma among researchers of sexual and intimate partner violence*. Pretoria, South Africa: Sexual Violence Research Initiative.
- BLOOM, S. L. 2003. Caring for the caregiver: Avoiding and treating vicarious traumatization. In: GIARDINO, A. et al. *Sexual Assault, Victimization Across the Lifespan*. Maryland Heights, MO, GW Medical Publishing, pp. 459-470.
- BRADY, J., GUY, J., POELSTRA, P. a BROKAW, B. 1999. Vicarious traumatization, spirituality, and the treatment of sexual abuse survivors: A national survey of woman psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(4): 386-393.
- BREWIN, C., ANDREWS, B. a VALENTINE, B. 2000. Meta analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68: 748-766.
- BRIDE, B. E. 2007. Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52(1): 63-70.
- CALHOUN, L. G. a TEDESCHI, R. G. 1999. *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- CAMPBELL, R. 2002. *Emotionally Involved: The impact of researching rape*. London: Routledge.
- CERNEY, M. S. 1995. Treating the "heroic treaters". In C. R. Figley (Ed.). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, (pp. 131-148). New York: Brunner/ Mazel.
- COLES, J., ASTBURY, J., DARTNALL, E. a LIMJERWALA, S. 2014. A qualitative exploration of researcher trauma and researchers' responses to inves-

- tigating sexual violence. *Violence Against Women* 20(1): 95-117.
- COLES, J., DARTNALL, E., LIMJERWALA, S. a ASTBURY, J. 2010. Researcher Trauma, Safety and Sexual Violence Research. *SVRI Briefing Paper*.
- CONRAD, D. a KELLAR-GUENTHER, Y. 2006. Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse and Neglect*, 30(10): 1071-1080.
- CUNNINGHAM, M. 2003. Impact of trauma work on social work clinicians: Empirical findings. *Social Work*, 48(4): 451-59.
- DUNKLEY, J. a WHELAN, T. 2006. Vicarious traumatization: Current status and future directions. *British Journal of Guidance & Counselling* 34(1): 107-116.
- EHLERS, A. a CLARK, D. M. 2000. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy* 38(4): 319-345.
- ELLSBERG, M. a HEISE, L. 2005. *Researching violence against women: A practical guide for researchers and activists*. Washington DC, United States: WHO, PATH.
- FIGLEY, C. 1995. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In: Figley, C. (eds.) *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those Who Treat The Traumatized*. New York: Brunner-Routledge.
- FIGLEY, C. R. 2002. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology* 58(11): 1433-1441.
- HERMAN, J. L. 1992. *Trauma and recovery*. London: Pandora.
- HERNANDEZ-WOLFE, P., KILLIAN, K., ENGSTROM, D. a GANGSEI, D. 2014. Vicarious Resilience, Vicarious Trauma, and Awareness of Equity in Trauma Work. *Journal of Humanistic Psychology*. (21 May 2014). DOI: 10.1177/0022167814534322.
- HERNANDEZ, P., D. GANGSEI a D. ENGSTROM. 2007. Vicarious resilience: a new concept in work with those who survive trauma. *Family Process* 46(2): 229-241.
- HOROWITZ, M. 2006. Work-related trauma effects in child protection social workers. *Journal of Social Services Research*, 32(3): 14.
- JENKINS, S. R. a BAIRD, S. 2002. Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress* 15(5): 423-432.
- JOHNSON, C. a HUNTER, M. 1997. Vicarious traumatization in counsellors working in the New South Wales Sexual Assault Service: An exploratory study. *Work & Stress*, 11(4): 319-28.
- LITTLECHILD, B. 2005. The nature and effects of violence against child protection social workers. *British Journal of Social Work*, 35(3): 386 -401.

- MATHIEU, F. 2007. *Running on empty: Compassion fatigue in health professionals*. Kingston, Ont: WHP.
- MATHIEU, F. 2009. *The compassion fatigue workbook: Creative tools for transforming compassion fatigue & vicarious traumatization*. Kingston, Ont: WHP.
- McCANN, L. a PEARLMAN, L.A. 1990. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1): 131-149.
- MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY (MPSVaR). 2011. *Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike*. Bratislava: MPSVaR.
- MORRISON, Z. 2007. 'Feeling heavy': Vicarious trauma and other issues facing those who work in the sexual assault field. *ACSSA Wrap*. No. 4, sept. 2007. (Australian Centre for the Study of Sexual Assault, Melbourne, Australia, [www.aifs.gov.au/acssa](http://www.aifs.gov.au/acssa)).
- NEN, S., ASTBURY, J., SUBHI, N., ALAVI, K., LUKMAN, Z. M., SARNON, N., FAUZIAH, I., HOESNI, S.M. a MOHAMAD, M. S. 2011. The impact of vicarious trauma on professionals involved in child sexual abuse cases (CSA). *Pertanika Journal of Social Science and Humanities*, 19(S): 147-155.
- NEWELL, J. M. a MacNEIL, G. A. 2010. Professional Burnout, Vicarious Trauma, Secondary Traumatic Stress, and Compassion Fatigue: A Review of Theoretical Terms, Risk Factors, and Preventive Methods for Clinicians and Researchers. *Best Practice in Mental Health* 6(2): 57-68.
- NILSSON, P. 2014. Are Empathy and Compassion Bad for the Professional Social Worker? *Advances in Social Work*, 15(2): 294-305.
- NSPCC. 2013. Vicarious trauma: the consequences of working with abuse. *An NSPCC research briefing*, August 2013.
- OSOFSKY, J.D. 2011. *Clinical work with traumatized young children*. New York: Guilford Publications, Inc.
- PEARLMAN, L. a MacIAN, P. 1995. Vicarious traumatization: an empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology*, 26(6): 558-565.
- PEARLMAN, L. a SAAKVITNE, K. 1995. *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York, W.W. Norton & Company.
- PEARLMAN, L. A. a McKAY, L. 2008. *Understanding and addressing vicarious trauma: Online training module four*. Pasadena, CA: Headington Institute.
- PERRY, B.D. 2014. *The Cost of Caring: Secondary Traumatic Stress and the Impact of Working with High-Risk Children and Families*. Houston, TX: The ChildTrauma Academy ([www.ChildTrauma.org](http://www.ChildTrauma.org)).

- REGEHR, C. a CADELL, S. 1999. Secondary trauma in sexual assault crisis work: Implications for therapists and therapy. *Canadian Social Work* 1(1): 56-63.
- REGEHR, C., LeBLANC, V., SHLONSKY, A. a BOGO, M. 2010. The Influence of clinicians' previous trauma exposure on their assessment of child abuse risk. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(9): 614–618.
- RICHARDSON, J. I. 2001. *Guidebook on Vicarious Trauma: Recommended Solutions for Anti-Violence Workers*. London, Ontario, Canada: Centre for Research on Violence Against Women and Children in for the Family Violence Prevention Unit, Health Canada.
- ROSENBLOOM, D. J., PRATT, A. C. a PEARLMAN, L. A. 1995. Helpers' responses to trauma work: Understanding and intervening in an organization. In: Stamm BH, ed. *Secondary Traumatic Stress: Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators*. Lutherville, Md: Sidran Press, 1995; pp. 65-79.
- ROSENHECK, R. a NATHAN, P. 1985. Secondary traumatization in children of Vietnam veterans. *Hospital and Community Psychiatry*, 36(5): 538-539.
- ROTHSCHILD, B. a RAND, M. 2006. *Help for the Helper: The Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma*. New York: W. W. Norton, 2006.
- SALSTON, M. D. a FIGLEY, C. R. 2003. Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16(2): 167-174.
- SCHAUBEN, L. J. a FRAZIER, P. A. 1995. Vicarious trauma: The effects on female counsellors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19: 43–49.
- STAMM, B. H. 2010. *The concise ProQOL manual (2nd ed.)*. Retrieved from [http://www.proqol.org/uploads/ProQOL\\_Concise\\_2ndEd\\_12-2010.pdf](http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf)
- TEDESCHI, R.G. 1999. Violence transformed: Posttraumatic growth in survivors and their societies. *Aggression and Violent Behavior*, 4: 319–341.
- TEDESCHI, R.G. a CALHOUN, L.G. 2004. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1): 1-18.
- YASSEN, J. 1995. Preventing secondary traumatic stress disorder. In Figley, C. R. (ed.). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York: Brunner/Mazel, 1995.
- ZLOTNIK, J. L., DePANFILIS, D., DAINING, C. a LANE, M. M. 2005. *Factors influencing retention of child welfare staff: A systematic review of research*. Washington, DC: Institute for the Advancement of Social Work Research.

**ВИКОРИСТАННЯ ЛЮДСЬКОГО КАПІТАЛУ  
ТРУДОВИХ МІГРАНТІВ У РОЗВИТКУ МЕДИЧНИХ ТА  
СОЦІАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ/**

**POUŽITIE ĽUDSKÉHO POTENCIÁLU  
PRICHÁDZAJÚCICH MIGRANTOV  
V ZDRAVOTNÍCTVE A SOCIÁLNYCH INŠTITÚCIÁCH  
ZAKARPATSKEJ OBLASTI**

---

**HUMAN POTENTIAL OF INCOMING MIGRANTS  
IN HEALTH AND SOCIAL INSTITUTIONS  
OF ZAKARPATSKA RUS**

*<sup>1</sup> Химинець Володимир - <sup>2</sup> Цімболинець Ганна*

<sup>1</sup> д.е.н, професор Кафедри міжнародних економічних відносин  
Ужгородського національного університету

<sup>2</sup> здобувач, науковий працівник Кафедри міжнародних економічних  
відносин Ужгородського національного університету

**АНОТАЦІЯ**

На даний час в Україні існує гостра потреба в нових медичних та соціальних закладах різної форми та для надання паліативної допомоги. А одним з перспективних напрямів їх розвитку є саме використання досвіду, навичок та інтелектуального капіталу трудових мігрантів, які сьогодні вже працюють у цій сфері за кордоном. Їхня рееміграція є дуже важливим фактором розвитку регіону, оскільки вони сформували потужний людський капітал, який може бути використаний у поповненні ряду висококваліфікованих спеціалістів, людей, які ознайомлені з найновішими стандартами, навиками та знаннями, удосконалили свої особисті риси, зокрема, цілеспрямованість, наполегливість, здатність до самоорганізації, що є також дуже важливим. Одночасно, держава може заощадити великі фінансові ресурси, які потрібно витратити на підготовку кваліфікованих фахівців відповідних соціальних спеціальностей з бюджету. Для того, щоб реалізувати дану перспективу, потрібно насамперед створити належні умови праці, гідну її оплату.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** трудові мігранти, розвиток регіону, хоспіс, паліативна допомога.



## SUMMARY

Nowadays, there is an urgent need for new medical and social institutions of different types and for palliative care in Ukraine. And one of the perspective directions of their development is use of experience, skills and the intellectual capital of migrant workers who are already working in this field abroad. Their re-emigration is a very important factor in the development of our region as they have formed a powerful human capital that can be used in recruiting a number of highly qualified specialists, people who are familiar with the latest standards, skills, knowledge and have improved their personal qualities, including purposefulness, perseverance, ability to self-organization, which is also very important. At the same time, the state could save large financial resources that should be spent on training qualified specialists of different social professions from budget. In order to implement such perspective, we must first of all create appropriate working conditions and worthy payment.

**KEY WORDS:** migrant workers, development of region, hospice, palliative care.

## ВСТУП

На сьогоднішній день явище трудової міграції або заробітчання є одним з найхарактерніших проявів сучасного українського суспільства. Особливо актуальним воно постає саме в західних регіонах наближених до кордонів з ЄС, зокрема в Закарпатській області.

Незважаючи на кризові явища, нестабільну соціальну та політичну ситуацію в основних країнах-реципієнтах, кількість трудових мігрантів безперервно зростає насамперед через значні диспропорції в доходах, високий рівень безробіття, відсутність можливості забезпечити сім'ю за наявних розмірів оплати праці (значно нижчим рівнем середньомісячної заробітної плати порівняно із середньоукраїнським показником). та платоспроможного попиту на фахівців того чи іншого профілю, що унеможливує їхню самореалізацію в регіоні (перевищення пропозиції праці над попитом у 10 разів).

## МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дані матеріали сформовані на базі чисельних соціологічних досліджень, опитувань, а також аналізу статистичних спостережень науковців, громадських організацій та засобів масової інформації.

## **Виклад основних результатів дослідження**

За різними оцінками за кордоном знаходиться від 5 до 7 мільйонів працездатного населення. Українські заробітчани переважно виконують низькокваліфіковану роботу, особливе місце серед якої займає догляд за людьми похилого віку та дітьми, робота в сім'ях, прибирання.

За даними Міжнародної організації міграції, у цій сфері зайнято приблизно 17% усіх трудових мігрантів з України. За даними соціологічного опитування у межах проекту Інституту відкритого суспільства (м. Будапешт) – 18.3% [3]. Що стосується конкретно Закарпатської області то тут помітна тенденція до розширення зайнятості заробітчани у сфері охорони здоров'я – близько 8% всіх заробітчани.

Найбільш привабливими країнами для цього виду діяльності є Італія в якій у сфері догляду за літніми людьми зайнято приблизно 63% усіх мігрантів (переважно жінки), Польща, де українці складають чверть усіх мігрантів, Німеччина, Канада, Чехія. За догляд за людьми похилого віку у Німеччині платять 1800 євро на місяць. В Італії – не більш як тисячу євро. У Канаді за годину догляду за лежачим хворим платять 50 канадських доларів, медсестрам – до 70, в Польщі близько 600 – 700 доларів на місяць [2].

Не можна й не зазначити, що протягом останніх років помітна тенденція й до виїзду кваліфікованого медичного персоналу. Попит на українських лікарів спостерігається у Польщі, де потрібні всі лікарські спеціальності, але особливо затребувані терапевти, дитячі лікарі та хірурги, Чехії, Норвегії, Росії, Білорусі, Італії, Великобританії, Ірландії. Такий стан речей пояснюється насамперед через те, що багато кваліфікованих медиків із Центральної Європи емігрують до країн Західної Європи, Азії та США. Тим чином, вони звільнили робочі місця для своїх найближчих сусідів – українців. Адже у світі дефіцит медичних кадрів складає чотири мільйони фахівців, а в США і Великій Британії не вистачає більше 100 тисяч чоловік, що працюють у цій галузі [1].

Всупереч всім міфам про те, що дипломи країн СНД в Америці не котируються, американське законодавство визнає всі дипломи країн, що входять до Всесвітньої організації охорони здоров'я. Необхідно лише знати англійську мову і пройти тестування, щоб підтвердити кваліфікацію лікаря. В Німеччині якщо ваша освіта не

відповідатиме нормам, комісія розгляне ваш робочий стаж. Якщо і його виявиться недостатнім, щоб компенсувати різницю, вам призначать адаптаційний курс навчання *Anpassungslehrgang* (тривалість визначається окружним управлінням і зазвичай становить близько 1-го року, максимум - 3 роки) або кваліфікаційний іспит (*Kenntnisprüfung*) на вибір. Тому, багато наших співвітчизників та мешканців нашого регіону вибирають для себе можливість виїхати за кордон для отримання гідної оплати праці. З одного боку вони є джерелом грошових трансферів, які насичують економіку області, а з іншого володіють безцінним досвідом роботи в медичній та соціальній сфері, адже для того, щоб виконувати роботу на належному рівні, багато мігрантів проходять різні тренінги, курси, відвідують семінари, саме вони ознайомлені з роботою новітніх медичних устаткувань, медикаментів, інноваційних методик лікування та профілактики, роботи з різними соціальними категоріями населення, європейськими стандартами роботи в медичних закладах. Важливим економічним аспектом при цьому є те, що для підготовки відповідного спеціаліста в Україні з бюджету потрібно витратити в середньому біля 15 тисяч доларів протягом семи років навчання.

Надзвичайно затребуваними в європейських країнах є робота медичних сестер. В Україні близько 300 тисяч медичних сестер. На відміну від східних областей, на Заході надлишок кадрів. Передусім це пояснюється великою кількістю медичних коледжів, популярністю професії, а ще високим рівнем безробіття в регіоні, особливо у сільській місцевості, на противагу цьому у Німеччині, за офіційними даними, на кожні три вакансії в геріатричних відділеннях є лише одна кваліфікована медсестра. Одною з вагомих причин популярності наших працівниць є те, що українська медсестра працює за трьох європейських, бо вона в середньому обслуговує 30 пацієнтів, при тому, що закордонна практика – 10 на день. Для прикладу, на зміну у відділенні шпиталю працює чотири лікарі і дві, а то й одна медсестра, при цьому саме середній медичний персонал забезпечує 80% роботи в медичних закладах [4].

Майже півмільйона українців щорічно потребують професійної паліативної допомоги. Проте спеціалізованих закладів, де надають таку медичну допомогу в Україні, – обмежена кількість. Сьогодні в Україні є приблизно понад 600 ліжок для паліативної допомоги, а потрібно їх, за підрахунками ВООЗ, приблизно 4 тисячі 600. І тільки від раку щодня гинуть у муках із болем близько 260 осіб.

Найбільшою проблемою, на думку лікарів, залишається те, що потрібно приховувати онкологічний діагноз від самих хворих і говорити про це тільки з родичами. Всього в Україні є 9 хоспісів, де надають паліативну допомогу, а також майже у половині областей є спеціалізовані відділення при лікарнях, у Києві їх 3. Проте досі немає офіційної статистики ліжок-місць і немає стандартів, що таке ліжко паліативної допомоги чи відділення.

Паліативна допомога – це комплексний підхід, мета якого забезпечити максимально можливу якість життя паліативних хворих і членів їхніх родин, шляхом запобігання та полегшення страждань завдяки ранньому виявленню і точному діагностуванню симптомів болю та розладів життєдіяльності, проведення адекватних лікувальних заходів, симптоматичної (ад'ювантної) терапії та догляду, надання психологічної, соціальної, духовної та моральної підтримки, незалежно від захворювання, віку, соціального статусу, національності, релігійних та політичних переконань, місця проживання хворого тощо. Надання паліативної допомоги розпочинається від моменту постановки діагнозу невиліковного прогресуючого захворювання та обмеженого прогнозу життя і продовжується до закінчення періоду скорботи родини.

«Ми не можемо додати днів до вашого життя. Але можемо додати життя до ваших днів!» – таким є гасло світових хоспісів. У той час, коли в розвинених країнах роблять усе для того, щоб люди з невиліковними недугами почувалися максимально комфортно, важкохворі українці змушені страждати від болю та байдужості вітчизняної системи. Уже кілька років поспіль громадські організації в Україні намагаються привернути увагу суспільства до долі сотень тисяч недужих, на яких офіційна медицина «поставила хрест». Таких людей посилають додому помирати, бо за виροками лікарів у стаціонарі їм уже нічим не допоможеш. Саме тоді на зміну клінічній медицині має прийти так звана паліативна. Паліативна й хоспісна медицина – це професійна медична та психологічна допомога пацієнтам із важкими невиліковними хворобами й обмеженою тривалістю життя. До таких пацієнтів належать люди похилого віку та особи з онкологією, СНІДом, туберкульозом, серцево- та церебросудинними захворюваннями, цукровим діабетом, хворобою Альцгеймера тощо. Хоспісна допомога надається або на дому, або стаціонарно в медичних закладах. У нас цей напрям медицини слаборозвинений. Нині в Україні функціонує буквально декілька хоспісів, найбільші з яких знаходяться в Івано-Франківську, Харкові, Львові. Також у деяких регіонах при онкологічних диспансерах

відкриті відділення паліативної допомоги, де є ліжка для паліативних хворих [5].

Щодо Закарпаття, то тут відчувається гостра потреба у вдосконаленні роботи медичних закладів, їх модернізації, проведення капітальних ремонтів, закупівлі медикаментів, різноманітного діагностичного устаткування та техніки, що є пріоритетним напрямком регіональної соціальної політики. На Закарпатті – жодного діючого хоспісу. Є тільки декілька відділень при лікарнях (по одному в Жорнаві, Доброні, Мукачеві). Назвати ці ліжко-місця хоспісом не можна. Якість послуг там далеко не найкраща. У нас часто під паліативною допомогою насамперед розуміють знеболення. Але насправді це комплексний догляд за тяжкохворими. Щоправда на Виноградівщині у скорому часі планують відкрити перший в області хоспіс. Його будівництво розпочалося ще у 2013 році. Заклад розрахований на 25 ліжок і буде центром з надання паліативної допомоги для мешканців Виноградівського, Берегівського, Іршавського та Хустського районів. Проект втілюють в життя за грантові кошти. Опікуватимуться невиліковно хворими провідні спеціалісти області та представники духовенства. За словами спеціалістів, нині на Закарпатті майже 3000 людей потребують паліативної допомоги. Оскільки в нас немає жодного діючого хоспісу, на сьогодні 90% таких хворих перебувають удома, де рідні чи близькі доглядають за ними. За рекомендаціями ВООЗ, на область, де живе понад мільйон громадян, мають бути одразу кілька паліативних центрів загалом на 100 ліжко-місць. Однак ні на державному, ні на обласному рівні чиновники не беруться до створення хоспісів.

Виїзних бригад, які б займалися знеболенням важкохворих закарпатців, також немає. Скрутна ситуація із аптеками, що відпускають наркотичні знеболювальні препарати. В обласному центрі Закарпаття їх тільки дві. Розвинені європейські країни сповідають філософію гуманного ставлення до людей, що страждають на невиліковні хвороби, намагаються полегшити той біль, яким сповнений кожен день їхнього життя. У Європі кваліфіковану допомогу невиліковно хворим надають не лише медики, але й психологи та духовенство. У більшості випадків за кордоном хоспіси або приватні, або ж фінансуються за меценатські кошти, де немає страху до невиліковно хворих. Медики, волонтери, родина – усі намагаються зробити життя цих людей максимально комфортним. Вони не ізолюють їх і себе від суспільства. Головне -

це підхід працівників закладу до хворих. Ці люди справжні професіонали, що чітко знають свою роботу й бачать у людині людину. Варто зазначити, що перед тим, як узяти людину на вакантну посаду у хоспісі, вона довгий час має пропрацювати там волонтером. До роботи в хоспісах потрібно залучати багато молоді. Волонтери проводять час із важкохворими, гуляють з ними, дивляться фільми, читають. Українцям потрібно більше залучатися до цієї справи і просто перейти від великого співчуття до конкретних дій.

*Хоспіс в Ужгороді.* На Закарпатті за сприяння Мукачівської єпархії греко-католицької церкви теж може з'явитися перший паліативний центр. Ще минулого року Ужгородська міська рада виділила земельну ділянку під хоспіс. Розташована вона при Маріяповчанському монастирі (біля парку Перемоги, вул. Заньковецької, 9а). Згодом ініціатори подали дозвільну документацію для початку будівництва. Це було зроблено ще наприкінці 2014 року. Проте й досі Ужгородська мерія не дала дозвіл на зведення паліативного центру. Пов'язане це з тим, що вже рік не вщухають пристрасні навколо забудови парку біля озера поряд з покинутим цегельним заводом. У прихильників будівництва хоспісу свої аргументи - заклад місту потрібно, а на його зведення і утримання з бюджету не витратять ні копійки - все за кошти меценатів. Противники ідеї стверджують: це одне з найулюбленіших місць відпочинку городян, навіть на генплані позначено - як парк, і люди готові взятися за його відновлення. Меценати вже готові приступити до будівництва. У такій ситуації міська влада повинна з повною відповідальністю поставитися до вирішення цього питання. Організувати громадські слухання, підтримати будь-які ініціативи, що сприятимуть зведенню хоспісу в місті [5].

Ще одним масштабним проектом є заплановане на січень 2017 року будівництво сучасної туберкульозної лікарні. Мова йде про будівництво туберкульозної лікарні на 60 ліжок у Виноградівському районі та впровадження інноваційних методів моніторингу туберкульозу, профілактики та лікування.

Даний проект має стратегічне значення, завдяки якому будуть втілені сучасні ефективні методи лікування всіх форм туберкульозу. Планується впровадити нові моделі амбулаторного лікування, що дасть можливість оперативно виявляти та лікувати пацієнтів, значно знизити рівень захворювання у краї [6].

Немаловажливим є й розширення та удосконалення функціонування закладів для людей похилого віку. За даними Міністерства охорони здоров'я, кожна п'ята літня людина — самотня, а серед самотніх багато неспроможних подбати про себе. Тим часом до будинку для літніх людей не так уже й легко потрапити: закладів не вистачає на всіх, хто потребує соціального захисту. До того ж, потрібно щедро заплатити. А гарантій, що якісно доглянуть, немає.

### **Висновки**

Тому можна зробити висновки, що на даний час існує гостра потреба в медичних та соціальних закладах різного типу в області. А одним з перспективних напрямів їх розвитку є саме використання досвіду, навичок та інтелектуального капіталу трудових мігрантів, які у пошуках кращої долі вирушили на заробітки. Їхня рееміграція є дуже важливим фактором розвитку регіону, оскільки вони сформували потужний людський капітал, який може бути використаний у поповненні ряду висококваліфікованих спеціалістів, людей, які ознайомлені з найновішими стандартами, навиками та знаннями, удосконалили свої особисті риси, зокрема, цілеспрямованість наполегливість, здатність до самоорганізації, що є також дуже важливим. Одночасно, держава може заощадити великі фінансові ресурси, які потрібно витратити на підготовку кваліфікованих фахівців відповідних соціальних спеціальностей з бюджету. Для того, щоб реалізувати дану перспективу, потрібно насамперед створити належні умови праці, гідну її оплату. Саме цим шляхом можна поліпшити не тільки соціально-економічну та демографічну ситуацію, а стати на крок ближчими до європейських стандартів, що дозволить прискорити євроінтеграційні процеси та вийти на новий рівень розвитку суспільних відносин в регіоні.

### **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

- Денисюк О. Українці в Польщі: і на будівництві, і в бізнесі [Електронний ресурс] / Оксана Денисюк // BBC Україна. – 2015. – Режим доступу до ресурсу: [http://www.bbc.com/ukrainian/society/2015/07/150722\\_poland\\_ukraine\\_workers\\_hk](http://www.bbc.com/ukrainian/society/2015/07/150722_poland_ukraine_workers_hk)
- Мікловда В. П. Трудова міграція закарпатців [Електронний ресурс] / В. П. Мікловда, М. І. Пітюлич // Закарпаття онлайн. – 2013. – Режим доступу до ресурсу: <http://zakarpattya.net.ua/Zmi/115818-Trudova-mihratsiia-zakarpattsiv-2>.

- П'ятковська О. Р. "Інституційні механізми залучення коштів трудових мігрантів як інвестиційного ресурсу розвитку економіки периферійних територій західних регіонів України". Аналітична записка [Електронний ресурс] / О. Р. П'ятковська, О. А. Радіца, М. І. Флейчук // Регіональний філіал Інституту стратегічних досліджень у м. Львові. – 2013. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.niss.gov.ua/articles/1338/>.
- Терещук Г. Українські медсестри: в Україні не поціновані, на Заході – затребувані [Електронний ресурс] / Галина Терещук // Радіо Свобода. – 2014. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.radiosvoboda.org/content/article/25005904.html>.
- «Чи потрібен Ужгороду хоспіс?» [Електронний ресурс] Карпатський об'єктив. – 2015. – Режим доступу до ресурсу: <http://karpatskijobjektiv.com/chi-potriben-uzhgorodu-hospis/>.
- «За» і «проти» обласної туберкульозної лікарні на Виноградівщині [Електронний ресурс] Голос Карпат. – 2015. – Режим доступу до ресурсу: <http://goloskarpat.info/analytics/563b6abf8c204/>.



## REFORMA VZDELÁVANIA AKO POTREBA PRE DÔSTOJNÝ ŽIVOT

---

### THE REFORM OF EDUCATION AS THE NEED FOR A DIGNIFIED LIFE

*Kováčová Eva*

Detailované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku

*„Najväčšie bohatstvo pre dôstojný život  
sú zdravie, rodina a vzdelanie.“*

#### **ABSTRAKT**

Dostupnosť vzdelávania sa má čo najviac priblížiť k vzdelávajúcim sa. Je to posolstvo Memoranda o celoživotnom vzdelávaní. Jednou z možností je súčasné subsystémy celoživotného vzdelávania vzájomne prepojiť a umožniť občanom pružne nadobúdať potrebné vzdelanie a kvalifikáciu podľa vývoja a aktuálnych potrieb jednotlivca a potrieb zamestnávateľov, počas celého trvania aktívneho života človeka.

**KLÚČOVÉ SLOVÁ:** Celoživotné vzdelávanie. Kompetencie. Vzdelanie. Vzdelávanie. Reforma.

#### **ABSTRACT**

One of the option is the current subsystems of lifelong learning to be interconnected and allow citizen of flexibility acquire the necessary education and qualification of the actual needs of the individual and the needs of employers throughout the whole duration of the active life of human being.

**KEY WORDS:** Lifelong learning. Competences. Education. Training. Reform.

#### **ÚVOD**

Celoživotné vzdelávanie je definované v zákone č. 568/2009 Z. z. o celoživotnom vzdelávaní. Celoživotné vzdelávanie je chápané ako aktivity, ktoré napomáhajú človeku v osobnostnom rozvoji, v získavaní kompetencií, vedomostí, schopností, zručností. Máme zákon o celoživotnom vzdelávaní, ale nie je dostatočne aplikovateľný. Aj keď si svoje poslanie musí v prvom rade riešiť každý človek sám, práve kvôli zabráneniu hromadenia negatívnych skúseností pri výbere ďalšieho vzdelávania je dôležité, aby sa nezanedbávalo kariérne poradenstvo a pomoc v hľadaní možností a alternatív v ďalšom vzdelávaní ak občan potrebuje poradiť a aby

kariérne poradenstvo bolo dostupné pre koho kohokoľvek kto potrebuje pomoc v kariérnom rozhodovaní.

### **REFORMA V KONTEXTE CELOŽIVOTNÉHO VZDELÁVANIA**

Každý človek je jedinečný a vyžaduje riešenie šité na mieru. Dôležité je porozumieť jeho potrebám a podporovať pozitívne zážitky a to nasledovne:

1. Pomôcť s výberom najvhodnejšej cesty
2. Realizácia voľby
3. Zhodnotenie spokojnosti

### **Oblasť formálneho vzdelávania**

Chceme poukázať na rezervy, ktoré je možné riešiť. V klasickej škole sa rozvíjajú najmä tieto kompetencie: psychomotorické, osobnostné, sociálne, komunikatívne, kognitívne, učebné a informačné kompetencie. Ak od dieťaťa, alebo žiaka očakáva škola zodpovednosť, sústredenosť a ochotu spolupracovať, musí mu škola vytvoriť podmienky a ukázať ako sa to všetko robí. Ak očakávame pozornosť, musíme ju preukázať skôr, než ju budeme požadovať od žiaka.

Pri edukácii viacnásobne platia slová neznámeho autora:

*„...ak mi chytiš rybu nasýtiš ma na jeden deň, ak ma naučíš ryby chytať nasýtiš ma na celý život...“*

### **Oblasť neformálneho a informálneho vzdelávania**

*Súčasný stav:*

Legislatíva o ďalšom vzdelávaní nevytvára dostatočné podmienky pre jasnejšie prepojenie formálneho a neformálneho vzdelávania (nie je zabezpečená horizontálna priestupnosť, ktorá by subsystemy spájala) chýba integračný zákon pre oblasť celoživotného vzdelávania a to pre všetky skupiny obyvateľstva a v celej šírke biodromálneho horizontu. Ďalším problémom je financovanie celoživotného vzdelávania - je nedostatočné a neupravuje ho žiaden zákon (čiastočne je vzdelávanie nezamestnaných riešené v Zákone č. 5/2004 Z. z., avšak bez právneho nároku). Sociálne znevýhodnené skupiny by mali mať vzdelávanie ako nárokovateľnú položku zo zákona a u zamestnaných by túto možnosť mal riešiť sociálny fond pre účely zvyšovania kompetencií v zamestnaní.

Po ukončení edukačného procesu absolventi škôl sú vydaní napospas legislatívy, ktorá nepustí. Ak je rodina sociálne odkázaná, štartovacia čiara „dospelého dieťaťa“ je mizerná, často neostáva nič iné, ako sociálna sieť. Dnes už vieme, že len sociálne dávky, aktivačné práce či ponuka krátkodobých prác nepomôžu. Mladých treba vyzbrojiť kompetenciami a tie im rodina odkázaná na sociálne dávky nie vždy vie poskytnúť. Od poradenstva – rozvoja sociálnych kompetencií sa v oblasti služieb za-

mestnanosti upustilo. Úrady práce sklzáli do pozície evidenčného úradu. Vrátime sa k podstatnej myšlienke „...*ak chcem od niekoho niečo očakávať, musíme ho na to najprv naučiť.*“ Nie sme všetci rovnako vybavení vedomosťami ani schopnosťami, túto tézu musíme prijať a ak ju dokážeme prijať, dokážeme pochopiť aj fakt, že pravidelným vštepaním vzniká návyk a ak je návyk podporovaný stáva sa rutinou to tvrdí Charles Duhigg (2012,s. 59). Faktom je, že absentuje neformálne a informálne vzdelávanie pre sociálne znevýhodnené skupiny – rekvalifikačné kurzy sú v drvivej väčšine sprostredkované pre klientov, u ktorých je vyššia pravdepodobnosť, že sa po rekvalifikácii uplatnia a týkajú sa zväčša klientov s minimálne učňovským vzdelaním.

#### *Riešenie:*

Zastrešiť existujúce subsystemy vzdelávania, vzájomne ich otvoriť a prepojiť do funkčných vzťahov doplnených celoživotným poradenstvom tak, aby spĺňali reálne potreby občanov (Pozri: Rozhodnutie EP a Rady č. 1720/2006/ES). Vzdelávanie a prácu na osobnostnom rozvoji jednotlivcov treba posunúť smerom k mimovládny inštitúciám. Tony Merry v kultúrnom a politickom kontexte uvažuje o poradenstve, ktoré vníma ako viac dostupné pre ekonomicky zvýhodnených ľudí oproti chudobným, alebo inak znevýhodneným, pretože návštevy poradcu si vyžadujú platenie poplatkov (2004, s. 18). Sieť rôznych poradenských inštitúcií, z hľadiska proporcionality nie je dostupná každému. Poradenská pomoc, ako prevencia by mala byť bezplatná a dostupná každému, podobný model funguje a je funkčný vo Švajčiarsku. (dostupné na [www.eures.sk](http://www.eures.sk)). Súčasný systém kariérneho poradenstva na Slovensku nedostatočne pokrýva určité skupiny obyvateľov: zamestnanú populáciu, remeselníkov a živnostníkov, nevidovaných nezamestnaných, populáciu po produktívnom veku, marginálne a sociálne znevýhodnené skupiny. Na tento problém vidíme priestor v mimovládnom sektore, vyžaduje sa však zmena legislatívy v oblasti celoživotného vzdelávania.

#### **ZÁVER**

Riešenie problému spočíva v komplexom riešení a dobrým nástrojom by mohlo byť riešenie možností a príležitostí kontinuálneho vzdelávania. Po zdraví a rodine je aj vzdelanie ďalším bohatstvom, ktoré nie je možné odcudziť, ale práve naopak košať a skrz toho si zabezpečiť aj dôstojnú starobu. Hlavnou úlohou spoločnosti je rozširovať šance aj príležitosti pre každého človeka, preto možnosť šanca k dôstojnému žitiu nemá byť odopretá nikomu, aby si živobytie vedel zabezpečiť podľa

vlastných potrieb, aby človek bol akcie schopný a akčný na trhu práce dovtedy kým to sám bude chcieť.

## ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

DUHIGG,CH.: *Sila zvyku*. Bratislava: Tatran, 2012.ISBN 978-80-222-0636-5 ,s. 59

MERRY, T.: *Naučte sa byť poradcom*: Bratislava: Ikar, 2004. ISBN 80-55-0768-8, s.143

<http://www.asociaciavp.wbl.sk/Diskusne-prispevky-.html>

[https://www.eures.sk/clanok\\_detail.php?id=18](https://www.eures.sk/clanok_detail.php?id=18)

*Lisabonské programy spoločensva, Európa 2020*. Dostupné na: <http://www.iminerva.sk/default.aspx?ami=1400&smi=1410> .

*Memorandum o celoživotnom vzdelávaní*. Dostupné na: [https://www.minedu.sk/data/files/2607\\_2000\\_memorandum\\_o\\_celozivotnom\\_vzdelavani.pdf](https://www.minedu.sk/data/files/2607_2000_memorandum_o_celozivotnom_vzdelavani.pdf)

*Rozhodnutie EP a Rady č. 1720/2006/ES, ktorým sa ustanovuje akčný program v oblasti celoživotného vzdelávania*. Dostupné na: <http://eurlex.europa.eu/lex/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:327:0045:0068:SK:PDF>

SCHAVEL,M. 2007. *Návrh Stratégie celoživotného vzdelávania a celoživotného poradenstva. Predkladacia správa*. [online]. Dostupné na: <http://www.prohuman.sk/socialna-praca/vzdelavanie-v-socialnej-praci-a-perspektivy-v-dalsom-vzdelavani-socialnych-pracovnikov>

Vyhláška MŠ SR č. 282/2009 Z. z. o stredných školách v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 5/2004 Z.Z. o službách zamestnanosti v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 567/2001 Z. z. o ďalšom vzdelávaní v znení neskorších predpisov

Zákon č. 568/2009 Z. z. o celoživotnom vzdelávaní v znení neskorších predpisov

Zákon č. 217/1948, Všeobecná deklarácia ľudských práv, OSN, v znení neskorších predpisov

**PROBLÉMY RODINY S DIEŤAŤOM  
S DETSKOU MOZGOVOU OBRNOU  
A ÚLOHA SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA  
PRI RIEŠENÍ TÝCHTO PROBLÉMOV**

---

**PROBLEMS OF FAMILIES WITH CHILDREN  
SUFFERING FROM CEREBRAL PALSY  
AND ROLE OF A MEDICAL SOCIAL WORKER  
DEALING WITH THESE PROBLEMS**

*Kulhová Zuzana*

Detailované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku

## Úvod

Dieťa je súčasťou systému všeobecne známeho ako rodina, je teda dôležité pripomenúť, ako je nevyhnutné dbať na zdravý vývin dieťaťa a dobrý súlad v rodinnom kruhu. Vzájomné vzťahy v rodine môžu silne narušiť dieťa s detskou mozgovou obrnou. Preto je potrebné takýmto rodinám ponúknuť odbornú pomoc a možnosti odbremenenia. Patrí sem aj umiestnenie dieťaťa do sociálneho zariadenia a s tým spojená akákoľvek pomoc zo strany sociálnych pracovníkov, ale aj celého pracovného tímu, ktorý sa bude spolupodieľať na starostlivosti o dieťa. Pre každého rodiča je ťažké prijať a vyrovnáť sa s myšlienkou, že jeho dieťa trpí detskou mozgovou obrnou. Prichádzajú rôzne otázky, výčitky a seba obviňovania typu: prečo sa táto choroba týka práve nás a nášho dieťaťa, kde sme urobili chybu, respektíve čo sme zanedbali? Na tieto a iné otázky chceme dať odpoveď v našom príspevku.

**Detská mozgová obrna**, ďalej (DMO) alebo tiež infantilná cerebrálna paréza (ICP) bola pôvodne nazývaná ako Littleova choroba podľa londýnskeho lekára Johna Littlea, ktorý v roku 1859 ako prvý túto poruchu popísal. Je definovaná ako neurovývojové neprogresívne postihnutie motorického vývoja dieťaťa, ktoré vzniklo na podklade prebehnutého (a ukončeného) prenatálneho, perinatálneho alebo včasne postnatálneho poškodenia vyvíjajúceho sa mozgu. Poškodenie, ktoré sa objavuje v prenatálnom, alebo v postnatálnom období nie je stacionárne, ale sa ďalej vyvíja.

Najväčšie zmeny sa prejavujú na musculo– skeletárnom systéme, kde spasticita obmedzuje normálnu hybnosť, nedovoľuje spontánne natáhať sval a výsledkom je vynútené držanie, porucha rastu svalu, vznik

kontraktúr, deformít kĺbov a kostí (Kraus, 2005). Ide o celý rad porúch centrálnej nervovej sústavy (CNS), ktoré postihujú motorický systém, descendentné nervové vlákna v mozgovej kôre a často sa prejavuje neurokognitívnymi, senzoriickými a senzitivnými léziami. K ďalším prejavom patria poruchy komunikačných schopností, poruchy intelektu, poruchy zraku, sluchu, pamäti, problémy s prijímaním potravy a pomerne často sa pridružujú epileptické záchvaty. *Spastická* forma tvorí asi 60% všetkých detských mozgových obŕn a je spôsobená postihnutím centrálného motoneurónu. Pre spastickú formu je charakteristické zvýšenie svalového tonusu, zvýšené sú šľachovo - okosticové reflexy.

#### Spastické formy delíme na ďalšie:

*Diparetická* – ide o ochrnutie oboch dolných končatín - *hemiparetická* ide o jednostranné postihnutie hornej a dolnej končatiny - kvadruparetická postihuje všetky 4 končatiny.

*Extrapyramídová* – postihuje motoriku horných a dolných končatín, býva postihnutá aj hybnosť rečových orgánov a preto je reč ťažko zrozumiteľná. U detí trpiacich DMO sa tiež vyskytujú poruchy vnímania, pozornosti, pamäti, reči, zraku a sluchu. V správaní sa môže prejaviť aj nekľud, nestálosť, neposednosť alebo naopak pomalosť, nezáujem, náladovosť, afektívna dráždivosť. Mozočková forma je ako samostatná jednotka relatívne vzácna a tvorí asi 5 - 15 % DMO. Dominantnú úlohu pri vzniku cerebelárnej formy DMO zohrávajú prenatálne a genetické faktory. U väčšiny detí s touto formou môžeme sledovať poruchy mentálneho vývoja, ktoré však nebývajú ťažké. Príznaky sú viditeľné po 1. a 2. roku veku, kedy dieťa začína normálne chodiť (Kraus,2005). Mozočková forma DMO je typickým príkladom „vzrievania patológie“, kedy sa jednotlivé príznaky postihnutia mozočku objavujú postupne v závislosti na zrelosti mozgových štruktúr a ich zapájaní do motorických funkcií. Klinické príznaky, ktorými sú svalová hypotonia, oneskorený lokomočný vývoj, ataxia trupu, hypermetria, intenčný tremor, veľká asynergia, nastupujú postupne v priebehu dozrievania CNS. Niekedy sprevádza cerebelárny syndróm autizmus (Kolář, 2009)

*Zmiešané formy* - u pacientov s DMO sa často vyššie uvedené formy rôzne kombinujú. Najčastejšiu kombináciu predstavuje spastická forma DMO s athetoidnými pohybmi, ale sú možné aj iné kombinácie. Vždy je dôležité previesť funkčnú analýzu, ktorá je základom liečby a rehabilitácie, než klasifikácie.

K pochopeniu tohto problému je potrebné už v úvode rozlíšiť užšiu a širšiu rodinu. Užšia rodina pozostáva z príbuzných prvého stupňa (rodičia a deti), pričom širšia rodina zahŕňa príbuzných druhého a tretieho

stupňa (prarodičia, strýkovia, sesternice, tety) a ďalší (Fontana, 1997). Rodina je spoločenská skupina, v ktorej hlavnú úlohu zohrávajú matka a otec. Ide o celok, ktorý podlieha premenám súvisiacim najmä s priebehom života jedincov. Opiera sa o spoločenské zvyky a vytvára svoje vlastné.

Rodina má vlastnosti skupiny formálnej i neformálnej súčasne. Plní úlohy voči svojim členom či už sú zdraví alebo majú istý druh zdravotného postihnutia.

Prevendárová (1998) uvádza, že „funkcie zabezpečujú jednak uspokojovanie potrieb a záujmov jednotlivých členov rodiny, ale zároveň aj potrieb a záujmov spoločnosti ako celku. Je zrejmé, že pre rodinu s postihnutým dieťaťom je oveľa ťažšie plniť svoje funkcie.“

#### Rodina predovšetkým plní tieto funkcie:

- *reprodukčnú* – dáva nových jedincov vlastnej skupine, ale aj celej spoločnosti,
- *produkčnú* - poskytuje spoločnosti pracovníkov a rozmnožuje jej produktívne sily,
- *biologickú* – ponúka každodenné služby (strava, čistota bytu, odevu), stará sa o člena rodiny, ktorý sa nedokáže o seba sám postarať,
- *socializačnú* – prejavuje sa vo vzťahu k deťom, ktoré tým, že vyrastajú v rodine stávajú sa súčasne členmi spoločnosti, ale taktiež vo vzťahu k manželom, nakoľko proces ich adaptácie na manželstvo je procesom socializácie,
- *psychohygienickú* – ktorá dáva jednotlivcom pocit bezpečnosti, citovej rovnováhy, ako aj všetky podmienky na rozvoj osobnosti. Rodina plnením tejto funkcie stabilizuje psychické zdravie spoločnosti (Stone, 1986).

„Na svete v súčasnosti žije približne 600 miliónov mužov, žien a detí (približne 10 percent svetovej populácie), ktorí majú zdravotné postihnutie. V skutočnosti sa však tento fenomén priamo alebo nepriamo dotýka oveľa väčšej skupiny ľudí. Podľa Amerického národného inštitútu pre otázky výskumu zdravotného postihnutia a rehabilitácie ide o jeden z fenoménov s najstaršou relevanciou v súvislosti s otázkami verejného zdravia. Jeho odborníci vychádzajú z toho, že ľudia sa vo svojom živote dotýkajú zdravotného postihnutia z rozličných uhlov pohľadu. Niektorí majú sami zdravotné postihnutie (od narodenia, ako výsledok úrazu v mladosti, choroby z povolania, ako výsledok starnutia či inej príčiny), iní opatrujú svojich najbližších so zdravotným postihnutím, alebo poskytujú

osobnú asistenciu iným ľuďom so zdravotným postihnutím.“ (Repková, 2003).

### Rola matky

Vzťah matky ku dieťaťu s DMO môže mať dve negatíva. V prvom prípade matka poskytuje dieťaťu prehnanú starostlivosť a pozornosť a neustále porovnáva svoje dieťa s inými deťmi. Kŕmi ho častejšie ako je to potrebné, potravu mu poskytuje ako prvok odmeny, nehľadiac na výživovú hodnotu. Výsledkom býva obezita, nevhodné stravovacie návyky a neskoré samostatné jedenie. V druhom prípade je dieťa zanedbávané a odmietané. Matka sa obviňuje, prečo sa to stalo práve jej a na dieťa sa prizerá s odporom a nevôľou. Často je to až nenávisť voči vlastnému dieťaťu. (Jakubíková, M. – Derňárová, L., 2005).

### Rola otca

Stať sa otcom, najmä ak je to prvý raz, je úžasná vec, nad ktorou nemôžeme len tak mihnúť okom. Je to najsilnejší zážitok aj v živote muža, otca a prináša ozajstnú zodpovednosť a starosť. Podľa Juhásovej (2005) je „vzťah otca k svojmu zdravotne postihnutému dieťaťu odlišný ako vzťah matky, ktorá je viazaná k svojmu dieťaťu prirodzenou materinskou láskou. Niekedy si otcovia vytvárajú dobrý vzťah k dieťaťu zložitejšie a dlhodobejšie. Príčinou môžu byť ťažkosti pri vyrovnávaní sa so svojimi pocitmi, alebo ich obmedzuje pracovné zaťaženie, pre ktoré majú menej možností nadviazať kontakt so svojím dieťaťom. Táto psychická záťaž sa môže prejaviť pocitmi napätia, nervozitou, pocitmi odcudzenia. Niektorí manželia majú tendenciu dištancovať sa od situácie rodiny odchodom, rozvodom a tým vyriešiť situáciu. Možná je aj vnútorná »emigrácia« otcov, ktorí zostávajú s rodinou, ale centrum ich záujmu je mimo rodiny.“

### Vzťahy súrodencov

Medzi súrodencami s postihnutím a bez postihnutia sa vyvíjajú vzťahy podľa postojov rodičov k handicapu dieťaťa. K vytváraniu negatívneho vzťahu medzi súrodencami prispievajú rodičia prenášaním zodpovednosti na dieťa bez postihnutia. Naproti tomu zdravý vzťah medzi súrodencami bez a s postihnutím pomáha k prínosnej vzájomnej interakcii medzi členmi rodiny a rovesníkmi, pripomína Sandra L. Harrisová (1997). Zdravo fungujúca rodina sa môže stať zdrojom sociálnej opory.

Každá rodina sa stretáva s rôznymi nepriaznivými situáciami, ktoré ovplyvnia bežný priebeh života v rodine. Nezáleží však na tom, či je to rodina s dieťaťom zdravým alebo chorým. Taktiež nemusí ísť len o negatívnu udalosť, akou je napr. rozvod alebo finančná kríza. Môže sa to týkať aj radostných udalostí, ktoré môžu priniesť do rodiny stres a napätie.



Podľa Prevendárovej (2001) „*ak má rodinný systém zostať zachovaný, musí neustále reagovať na meniace sa vonkajšie a vnútorné podmienky. Vyžaduje to mobilizáciu síl v rodine a riešenie vznikajúcich záťažových situácií, prípadne adaptáciu na ne (to je jeden zo spôsobov ich riešenia). V opačnom prípade dochádza k vychýleniu z rovnováhy, vzniku konfliktu, krízy, prípadne k rozpadu rodiny. V súvislosti s adaptáciou na záťažové situácie zohrávajú významnú úlohu vôľové vlastnosti jedinca, jeho schopnosť prekonať prekážky, húževnatosť a celkové optimistické ladenie. Nezvládnutie záťaže sa u človeka prejavuje najmä psychickým vyčerpaním, znížením pracovnej schopnosti, dlhodobou únavou, emocionálnymi zmenami a poruchami spánku. Nezvládnutie záťaže a následky z toho vyplývajúce sú najčastejšie dôvodom, prečo ľudia vyhľadávajú poradenskú a psychoterapeutickú pomoc.*“

Charakteristické situácie v rodine s dieťaťom s DMO, s ktorými sa rodina najčastejšie stretáva:

- *Manželská kríza*
- *Neúplná rodina*
- *Rozvod v rodine*
- *Rodinný stres*
- *Vyčerpanie a syndróm vyhorenia*

### **POTREBY A PRÁVA RODINY S DIEŤAŤOM S DMO**

Rodina s dieťaťom s DMO má inú sociálnu identitu, je niečím výnimočná. Existencia postihnutého dieťaťa je príčinou toho, že sa mení životný štýl rodiny, pretože sa musí rodina prispôbovať najmä jeho potrebám, v dôsledku čoho sa mení aj ich správanie – nielen v rodine, ale tiež vo vzťahu k spoločnosti. Rodičia sa môžu v rámci obrannej reakcie prejavovať inak ako predtým, respektíve inak ako bolo zvykom alebo sa od spoločnosti môže izolovať.

Narodenie dieťaťa s nejakým závažným ochorením znamená pre celú rodinu vždy hlbokú ranu. Úmrtie blízkeho človeka a informácie o diagnóze vlastného ochorenia patria medzi najväznejšie spúšťače stresu a traumatickej krízy. Rodičia s dieťaťom s DMO zvyčajne nemajú žiadnu predchádzajúcu skúsenosť, bolestne hľadajú vzťah k svojmu „inému“ dieťaťu a často musia takýto vzťah obhajovať pred členmi rodiny. Pre rodičov nastáva veľká úľava, ak si uvedomia, že pocit napätia a ohrozenia je dôsledkom zvýšenej citlivosti ako odmietania či škodoradosti. Je potrebné s príbuznými o tejto situácii hovoriť otvorene, aby mohli všetci v užšom či širšom okolí nájsť správny spôsob, ako môžu čo najlepšie pomôcť postihnutému dieťaťu a jeho rodine.

## Práva rodiny:

- *Právo rodiny na dostupnosť informácií*
- *Zdravotná starostlivosť o deti s DMO*
- *Nárok na vzdelanie*
- *Právo na uplatnenie sa v zamestnaní*
- *Právo na voľnočasové aktivity*

Podľa Rievajovej (2006) „cieľom rodinnej politiky na Slovensku je znižovanie rizika chudoby a sociálneho vylúčenia rodín s nezaopatrenými deťmi, čo predpokladá zabezpečenie zvýšenej podpory a pomoci rizikovým skupinám rodín, ktoré si objektívne nemôžu zabezpečiť alebo zvýšiť príjem vlastným pričinením, napr. osamelí rodičia v čase potreby osobnej starostlivosti o dieťa do troch rokov veku, alebo potreby osobnej starostlivosti o člena rodiny s ťažkým zdravotným postihnutím.“

Podľa Staneka (2006) medzi najdôležitejšie opatrenia rodinnej politiky ako súčasť sociálnej politiky patria:

- priame peňažné dávky pre rodiny a deti (príspevok pri narodení dieťaťa, prídavky na deti, rodičovský príspevok),
- daňové opatrenia pre rodiny,
- služby pre rodiny s deťmi, najmä verejné zariadenia dennej starostlivosti pre deti do veku nástupu na povinnú školskú dochádzku. Dôležitú úlohu zohráva legislatíva. Uvedená skupina klientov sa podieľa na využívaní jednotlivých foriem pomoci, ktorú štát poskytuje. Z tohto hľadiska sú to klienti, ktorí sa môžu v dôsledku zdravotného postihnutia dostať do hmotnej alebo sociálnej núdze, prípadne do oboch (Šramatá, 2005). 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu a zákon č. 448/2008 o sociálnych službách.

Kompenzáciu sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia udáva zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 551/2010 Z. z. v znení zákona č. 180/2011 Z. z. Podľa § 2 ods. 2 uvedeného zákona je „sociálny dôsledok ťažkého zdravotného postihnutia znevýhodnenie, ktoré má fyzická osoba z dôvodu jej ťažkého zdravotného postihnutia v porovnaní so zdravou fyzickou osobou bez zdravotného postihnutia rovnakého veku, pohlavia a za rovnakých podmienok a ktoré nie je schopná z dôvodu ŤZP prekonať sama.“

## **SOCIÁLNE SLUŽBY**

Ústavná starostlivosť je jednou zo základných foriem sociálnych služieb. Poslaním domova sociálnych služieb pre osoby s mentálnym

postihnutím je pomoc rodinám s výchovou a starostlivosťou o deti, mládež a dospelých s mentálnym postihnutím. V mnohých prípadoch domov sociálnych služieb nahrádza rodinu a rodinné prostredie. Existencia domova sociálnych služieb je spojená s vývojom našej spoločnosti. Ústavné prostredie zasahuje do života každého klienta ústavu, preto súčasná sociálna práca sa zameriava na pomoc rodinám s postihnutými jedincami. Cieľom je, aby každá osoba s postihnutím mohla vyrastať v rodinnom prostredí. V posledných rokoch došlo k rozvoju ústavnej starostlivosti po stránke kvantitatívnej a kvalitatívnej. V súvislosti s rozvojom ústavnej starostlivosti sa často hovorí o integrácií, normalizácií a humanizácií. Integrácia znamená prekonávanie neprirodzeného oddelenia ľudí s mentálnym postihnutím od sveta nepostihnutých. Ide o program začlenenia jedinca medzi zdravú populáciu. Normalizácia vystihuje skutočnosť, že deti s DMO môžu žiť bežným životom tak, ako ich nepostihnutí rovesníci. Každý človek má právo na kvalitný zmysluplný život. Humanizácia znamená brať postihnutých občanov za rovnocenných partnerov. V súčasnej dobe existuje niekoľko typov domovov sociálnych služieb.

*Delenie z hľadiska dĺžky pobytu v zariadení:*

- ambulantná starostlivosť,
- týždenná starostlivosť,
- celoročná starostlivosť.

V sociálnej práci sa stretávame s mnohými definíciami sociálneho pracovníka, ako definuje Chytil (2002) „sociálny pracovník rieši sociálne problémy, sprostredkuje pomoc pri riešení sociálnych problémoch, snaží sa zabrániť ich vzniku alebo vyhroteniu“ alebo napr. Žilová (2000) „soc. pracovník pomáha jednotlivcovi vytvárať si rovnováhu medzi možnosťami a požiadavkami soc. prostredia a vlastnými potrebami a schopnosťami.“ Úloha **sociálneho pracovníka** s deťmi s detskou mozgovou obrnou, je viac než náročná a vyžaduje si úzku spoluprácu s rodinou. Mnohokrát sa však stretávame s neochotou nielen zo strany sociálneho pracovníka, ale aj zo strany rodiča. Matka si často neuvedomuje, že odmietanie pomoci a nespolupráca so sociálnym pracovníkom nevedie k pozitívam týkajúcich sa pomoci. Rodičia sú odmietaví aj k pracovníkom sociálnych zariadení, čo narúša harmóniu vzťahov medzi dieťaťom a pracovníkmi. Konzultácie sociálneho pracovníka s rodičom, sa v mnohých prípadoch končia nervozitou a sťažnosťami zo strany rodičov. Rodičia sú presvedčení, že to, čo ich dieťa potrebuje, vedia najlepšie oni sami. V mnohých prípadoch sa stretávame so situáciou, kedy matka doslova „odkladá“ dieťa do sociálneho zariadenia. Vo väčšine prípadov sa jedná o matky alkoholičky,

závislé, alebo matky zo sociálne slabého prostredia. Je preto veľmi náročné pre sociálneho pracovníka dokázať naviesť takúto matku na správnu opateru o svoje choré dieťa. Na druhej strane sa stretávame s rodičmi, ktorí opateru o svoje dieťa nepodceňujú a kladú na starostlivosť veľký dôraz. Spolupráca s takými rodičmi je viac než príkladná. Nie je azda nič lepšie ako dobré vzťahy a pokoj v rodine, či už ide o dieťa choré alebo zdravé.

Podľa Matějčka (1986) „*rodičom dieťaťa so zdravotným postihnutím treba zdôrazňovať, čo môžu, a nie to, čo nemôžu. Rodičom pomáha, ak je ich výchovná práca ocenená a spoločnosť ju prijíma ako významnú a záslužnú vec. Stále sa stretávame s tým, ako ich sebavedomie a spoločenskú prestíž znižuje napríklad mnoho predsudkov a povier o dedičnom zatažení. Boj proti nim znamená pomáhať rodičom, aby sa so situáciou realisticky vyrovnali. Je to úloha médií na širokej osvetovej fronte, ale je to aj úloha jednotlivých odborných pracovníkov zdravotníckych či sociálnych odborov v ich dennej prípadovej práci.*“

V snahe pomôcť týmto klientom sú organizované kurzy sociálnej rehabilitácie pre telesne a ťažko telesne postihnutých v rámci Slovenska, krajov, či okresov, preto je nutné zhromaždiť témy najdôležitejších prednášok a praktických cvičení, ktoré by mali byť zaradené do programu kurzov. Témy majú slúžiť ako podklad pre prednášajúcich v jednotlivých oblastiach.

V prvej fáze je nutné zamerať sa na problematiku osôb imobilných. Niektoré témy možno použiť, prípadne s určitými úpravami, pre celú skupinu osôb ťažko telesne postihnutých. Musia sa získať podklady i pre ďalšie prednášky a praktické cvičenia týkajúce sa napr. ľudí postihnutých DMO, po amputáciách dolných a horných končatín, skoliozami apod. Takéto kurzy sú veľmi nápomocné rodičom detí s DMO. Detailné informácie ku kurzom sociálnej rehabilitácie na podporu nezávislejšieho života osôb s telesným a ťažkým telesným postihnutím ([www.nrozp.sk](http://www.nrozp.sk))

Sociálna rehabilitácia je proces, v ktorom osoba s dlhodobým, či trvalým zdravotným postihnutím absolvuje nácvik potrebných zručností, ktoré smerujú k dosiahnutiu samostatnosti a sebačinnosti v maximálnej možnej miere s ohľadom na jej zdravotné postihnutie. S cieľom dosiahnuť čo najvyšší stupeň spoločenskej integrácie. Ide o aktívne nástroje a väčšinou služby, ktoré majú pôsobiť na znižovanie miery závislosti osoby vyplývajúcej z jej zdravotného postihnutia a následného handicapu. Jedná sa o nácvik sebaobsluhy, vedenie domácnosti, nácvik špeciálnych komunikačných zručností, nácvik používania kompenzačných pomôcok, nácvik

priestorovej orientácie a samostatného pohybu, nácvik sociálnej komunikácie, poradenstvo... (www.dssbrezovicka.sk)

Druhy jednotlivých kurzov:

- *Kurz na zlepšenie mobility a priestorovej orientácie*
- *Kurz na zlepšenie jemnej motoriky*
- *Kurz asertivity*
- *Kurz poradenstva a sebaobhajoby ľudských práv.*

**ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY**

- BARIÉRY V ŽIVOTE ZDRAVOTNE POSTIHNUTÝCH, [online]. 2013. [citované na internete 2013.09.22]. Dostupné na internete: <http://www.nrozp-bariery.sk/>.
- FONTANA, D. 1997. *Psychológie ve školní praxi*. Portál. 1997. ISBN 80- 717-80-634, s.302.
- HARRISOVÁ, I. 1997. *Poslední obrance Camelotu*. Vydavatel.sk. Beta. 1997. ISBN 80-86029-18-2.
- CHYTIL, O. 2002. *K problematice využívání terminologie ve výuce sociální práce*. Dizertačná práca. Trnava. FZaSPTU. 2002.
- JAKUBÍKOVÁ, M. – DERŇÁROVÁ, Ľ. 2005. Psycho-sociálna problematika rodín detí s vrodenými vadami. In *Kvalita života a ľudské práva v kontextoch sociálnej práce a vzdelávania dospelých*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, ISBN 80-8068-425-1, s. 438 – 441.
- JUHÁSOVÁ, A. 2005. Akceptácia rodiny s mentálne postihnutým dieťaťom v širšom sociálnom kontexte. In *Sociália*. Trnava: Trnavská univerzita v Trnave. ISBN 978- 808082-160-9, s. 419 – 423.
- KOLÁŘ, P. et. al. 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KRAUS, J. a kol. 2005. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 348 s. ISBN 80-247-1018-8.
- MATĚJČEK, Z., 1986. *Rodič a dítě*. Praha: Avicenum, zdravotnícké nakladatel'stvo, n. p., Praha. 1986. 295 s. 08-011-86.
- PREVENDÁROVÁ, J. 1998. *Rodina s postihnutým dieťaťom*. Nové Zámky: Vydavateľstvo Psychoprof, spol. s r. o. 1998. 132 s. ISBN 80-967148-9-9.
- PREVENDÁROVÁ, J. 2001. *Rodinná terapia a poradenstvo – základné pojmy a teoretické východiská*. 2. doplnené vydanie. Bratislava: Humanitas, 2001. 109 s. ISBN 80-968053-6-3.
- REPKOVÁ, K. 2003. Občania so zdravotným znevýhodnením ako sociálna minorita – základ formulovania antidiskriminačnej legislatívy. In *Sociológia*. ISSN: 049-1225. Ročník 35, 2003, č. 2, s. 141 – 161.

- RIEVAJOVÁ, E. a kol. 2006. *Sociálne zabezpečenie*. 2006, Bratislava: Vydavateľstvo Sprint – vbra Bratislava. 2006. 271 s. ISBN 80-89085-62-8.
- ŠRAMATÁ M. 2005. Sociálna práca s občanmi so zdravotným postihnutím. In *Úvod do sociálnej práce*. Trnava: SAP – Slovak Academic Press, spol. s r. o. 2005. 124 s. ISBN 80-89104-35-5.
- TERAPIE V SOCIÁLNEJ OBLASTI, [online]. 2013.[citované na internete 2013.09.23]. Dostupné na internete: <http://www.dssbrezovicka.sk/terapie.php>.
- ŽILOVÁ, A. 2000. *Kapitoly z teórie sociálnej práce*. Edis 2000, Žilina:119 s. ISBN 80-7100-783-8.

**STRES V PRÁCI SESTRY****STRESS IN NURSE'S WORK**

<sup>1</sup> Lancošová Katarína - <sup>2</sup> Tkáčová Ľubomíra

<sup>1</sup> Psychiatrická nemocnica n.o. Michalovce

<sup>2</sup> Detašované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku

**ABSTRAKT**

Práca sestry si vyžaduje zodpovednosť za zdravie a život iného človeka. Každé oddelenie je špecifické a nesie zo sebou odlišné pracovné podmienky a stresujúce situácie s ktorými sa sestry stretávajú. Schopnosť zvládať stres je dôležitým predpokladom na poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra, ktorá sa dokáže vyrovnáť so stresom, svoju prácu vykonáva s radosťou a láskou. Povolanie sestry je stresujúce, preto si vyžaduje dostatočné vedomosti o copingových stratégiách. Sestry by mali myslieť viac na seba, na svoje zdravie. Len silná a zdravá sestra dokáže pomôcť chorému v jeho ťažkých chvíľach počas hospitalizácie.

**KLÚČOVÉ SLOVÁ:** Sestra. Stres. Coping. Copingové stratégie. Ergonómia.

**ABSTRACT**

The nursing profession requires responsibility for health and life of other person. Every health department is specific and related to various working conditions and stressful situations the sisters regularly encounter. The ability to manage stress is important assumption for attribute for the provision of quality health care. The nurse, who is able to deal with stress, performs her work with pleasure and affection. The nursing profession is stressful, therefore it requires sufficient knowledge of coping strategies. Nurses should think more about themselves, about their own health. Only the mentally strong and healthy nurses are able to help the patient in his worrying time during hospitalization.

**KEY WORDS:** Nurse. Stress. Coping. Coping strategies. Ergonomics.

Stres je nešpecifická, fylogenetický stará, stereotypná adaptačná reakcia, pripravujúca osobnosť pôvodne na fyzickú aktivitu (reakcia útok – útek). Stresové poruchy sa považujú za maladaptívne následky archaického alarmu, ktorý nie je fyziologický skonzumovaný. Všeobecne

možno stres definovať ako reakciu organizmu na akúkoľvek nadmernú záťaž, ktorá je organizmom vnímaná ako nadlimitná. Stres prežívame vtedy, keď sme vystavení psychofyzickej záťaži, ktorá prevyšuje naše momentálne individuálne možnosti zvládnuť túto záťaž alebo sa jej prispôbiť (Nôtová, 2010). Z histórie sa o stres ako prvý začal zaujímať Seyle, ktorý sa zamerával na humorálne a klinické prístupy. Ukázalo sa, že pri riešení rôznych situácií nastáva vysoký stupeň emočného napätia, preto sa tento pojem od päťdesiatych rokov stal predmetom psychologického výskumu. Na základe toho v monografickej práci o strese Appley a Trumbull (In Daniel, 2005) stres delia na:

- systémový stres - vzniká ako dôsledok pôsobenia extrémnych fyzikálnych podmienok stimulácie, motivácie a vysokých aspirácií;
- psychologický stres - je predovšetkým dôsledkom neprimeranej intenzívnej stimulácie, motivácie a vysokých aspirácií.

Podľa Venglárovej a kol. (2011) rozlišujeme dva druhy stresu:

- eustres - je stres príjemný, ktorý na nás pôsobí priaznivo a dodáva nám energiu. Je viazaný na pozitívne ladené emočné procesy. Môže pri ňom dôjsť tiež k preťaženiu človeka, ale v kladnom slova zmysle. Príkladom je situácia, kedy sa snažíme zvládnuť niečo, čo nám prináša radosť, avšak vyžaduje to určitú námahu (narodenie dieťaťa, svadba);
- distres - je stres nepríjemný, ktorý pôsobí škodlivo a vyvoláva preťaženie organizmu človeka a v danej situácii prevyšuje jeho možnosti. Je spojený s negatívne ladenými prežívanými emočnými procesmi (sklamanie, strach).

Podnety, ktoré môžu navodiť stres, nazývame stresory. Stresory sú negatívne životné faktory. Stresormi je spôsobený pocit ohrozenia, strach, že sa niečo stane, pocit, že strácame nad sebou kontrolu (Cungi, 2005). Na človeka pôsobí buď jeden stresor, alebo viac stresorov. Stresory môžu byť malé – ministresory - vyjadrujú mierne okolnosti, ktoré vyvolávajú stres, napríklad dlhodobá devalvácia (ponížovanie) človeka v zamestnaní či v osobnom živote, alebo dlhodobo pociťovaný nedostatok lásky. Makrostresory sú desivo pôsobiace, deptajúce, až všetky vplyvy presahujúce určitú hranicu, ktorú človek nie je schopný zvládnuť (Venglářová a kol., 2011).

Práca sestry na je náročná po fyzickej a psychickej stránke. Psychická záťaž sa v psychológii všeobecne považuje za psychický maladaptatívny stav, ktorý vzniká ako dôsledok anticípácie, to je



predvídaním udalostí, ktoré sú pre pracovníka nepriaznivé. Psychická záťaž sestier je podmienená dlhodobým psychickým zaťažením pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti a vyplýva predovšetkým:

- zo zodpovednosti za život pacienta;
- z nepriaznivých pracovných vzťahov na pracovisku;
- z nedocenenia práce sestier;
- z vysokého pracovného nasadenia, čo môže vyústiť do syndrómu vyhorenia;
- zo sústavného kontaktu s trpiacim pacientom, čo spôsobuje únavu;
- zo samostatnosti v rozhodovaní (Kadučáková, 2011).

Stres má fyzickú podstatu a pôsobí aj na emócie. Často si myslíme že je to len v našej myslí, ale nie je to tak. Bez ohľadu na rozum či dôvtip, stres na nás pôsobí, pretože je súčasťou doby v ktorej žijeme. Problémy vyvolané stresom vyplývajú zo skutočnosti, že náš organizmus je uspokojený reagovať na krátkodobý stres. Ľudské telo nie je schopné prekonať dlhodobú zvýšenú hladinu stresových hormónov. Chronický stres môže vyvolať najrozličnejšie syndrómy, signály a príznaky (Middletonová, 2012). Křivohlavý (2010) rozdelil príznaky stresového stavu na tri druhy príznakov:

- behaviorálne príznaky - ktoré sa objavujú v našom správaní a jednaní - nerozhodnosť, zmenený denný rytmus (problémy zo zaspávaním alebo spaním), neustále sťažovanie sa, zmeny vo vzťahu k strave (nechutenstvo alebo zvýšená chuť k jedlu), znížená pozornosť, strata chuti pracovať a zhoršená kvalita práce;
- psychické príznaky – prudké a výrazné zmeny nálady (od veľkej radosti k veľkému smútku a naopak), zvýšená podráždenosť (iritabilita), úzkosť (anxiozota), nadmerné pocity únavy, popudlivosť, nadmerné snenie a obmedzovanie kontaktov s druhými ľuďmi;
- fyziologické príznaky - búšenie srdca, bolesti hlavy, zvýšené svalové napätie, exantém, zmeny menštruačného cyklu, nezáujem o sex, impotencia, nepríjemné pocity v krku, časté nutkanie na močenie a iné.

Venglářová a kol. (2011) tvrdia, že stresová reakcia organizmu je riadená dvoma mechanizmami- nervovým riadením (prostredníctvom sympatik) a humorálnym riadením (prostredníctvom hypofýzy). Stres je spúšťačom mnohých chorôb. Dlhodobý stres oslabuje imunitný systém,

čo vedie k mnohým ochoreniam, od obvyčajnej nádchy, chrípky až po rakovinu. Nezanedbateľné sú aj problémy so srdcom a ľudia vystavení dlhodobému stresu majú aj častejšie zažívacie problémy. Tie sú spôsobené nesprávnym stravovaním, a teda jedením v chvate, nedostatočným prežitím jedla a nepravidelnosťou v stravovaní. Niekedy sa za celý deň nestihneme najesť a potom do seba hodíme všetko, čo nám príde pod ruku. Raz sa naraňajkujeme, inokedy sme hladní až do obeda. Ďalším stresujúcim faktorom, ktorý ovplyvňuje zažívanie je nervózny žalúdok, či motýlinky v žalúdku. Takémuto stresu hovoríme emocionálny stres. Stres je jedným z faktorov, ktoré môžu aj za obezitu. V strese jeme viac sladkého a organizmus produkuje viac hormónu kortizolu, ktorý udržuje vysokú hladinu cukru v krvi. Organizmus potom produkuje menej rastového hormónu a ukladá tuky do buniek. Najlepším prostriedkom ako sa tomuto vyhnúť je šport. Pri športe sa budeme hýbať, čím sa v organizme začnú tvoriť hormóny šťastia. Zároveň sa tým zbavíme napätia, uvoľníme a zabavíme sa. Častým následkom dlhodobého stresu je aj depresia. Je to stav, kedy sme smutní, nič nás nebaví, svoj život vidíme v čiernych farbách. V tomto prípade sa treba viac stretávať s priateľmi, športovať, chodiť na prechádzky do prírody, nepustiť si k telu negatívnych ľudí so zlou náladou, ktorí nás ešte viac nakazia svojim postojom k životu (Legáth, 2011).

Na sestru je kladená veľká zodpovednosť a v pracovnom procese je veľmi často vystavovaná stresovým situáciám, ktoré musí zvládnuť. Zvládanie (coping) sa definuje ako súbor kognitívnych a behaviorálnych snažení zameraných zvládnuť, redukovať alebo tolerovať vnútorné a vonkajšie požiadavky, ktoré ohrozujú alebo prevyšujú zdroje jedinca (Bratská, 2001). K podstatným prvkom zvládania stresu a záťaže patrí formulovanie rozličných spôsobov, ktorými sa uskutočňuje. V tejto súvislosti sa najčastejšie používajú pojmy copingové stratégie (Fedáková, 2002). Lazarus a Folkmanová (1984) rozlišujú dve formy copingu:

- zvládanie orientované na emócie (*emotional – focused coping*) - snaha vplyvať na vlastné emocionálne reakcie na prežívanie ťažkosti a meniť ich v smere primeranejšieho prijatia situácie;
- zvládanie orientované na problém (*problem – focused coping*) - úsilie pôsobiť na prostredie a meniť ho (Fedáková, 2002).

V postupoch zameraných na zvládnutie emócií ide o upokojenie emócií. Cieľom je udržanie vnútornej rovnováhy človeka. S týmito stratégiami sa človek stretáva v detstve. Niektoré postupy volia deti z vlastnej iniciatívy, iné im odporučila mama. Príkladom môže byť upokojovanie v maminom náručí alebo útek sa niekam schovať. Až v dobe dospievania sa objavujú zložitejšie stratégie. Môžu to byť relaxačné techniky, ktoré sú

veľmi dôležité pri zvládaní stresu (Venglářová a kol., 2011). Stratégie zamerané na riešenie problému zahŕňajú vlastnú aktivitu k odstráneniu stresoru. Napríklad vylúčiť to, čo spôsobuje obavy, strach, eliminovať stresové vplyvy a zmeniť podmienky, ktoré zhoršujú celkový stav. Patrí sem :

- hľadanie sociálnej opory;
- plánované vyhľadávanie riešenia problému;
- sebaovládanie;
- prijatie osobnej zodpovednosti za to, čo sa deje a „vstúpenie do deja“;
- vyhľadávanie pozitívnych stránok na tom, čo sa deje;
- snaha vyhnúť sa stresovej situácii (Křivohlavý, 2010).

Každý človek vo svojom živote musí nájsť spôsob, ako sa vyrovnáť so stresom. Niektoré copingové stratégie nie sú tak užitočné, ako ostatné. Záporné stratégie často stres ešte zhoršia, lebo slúžia len ako dočasné rozptýlenie. Na druhej strane pozitívne copingové reakcie dajú šancu aktívne pracovať a riešiť problémy. Nie všetky pozitívne stratégie pomôžu každému. Je potrebné vyskúšať niekoľko, kým sa nájde tá vhodná. Každý človek je jedinečný a reaguje ináč. Za pozitívne copingové stratégie sa považujú :

- počúvanie hudby, muzikoterapia;
- hra so zvieratám;
- prechádzka, čas strávený v prírode;
- smiech alebo plač;
- spoločnosť s priateľom (nákupy, kino, posedenie v reštaurácii);
- čítanie knihy;
- tvorivá činnosť (písanie, maľovanie);
- modlenie, navštevovanie kostola;
- cvičenie a šport;
- rozhovor s manželkou/manželom alebo priateľkou/priateľom;
- záhradníčenie;
- meditácia, svalová relaxácia;
- masáž;
- joga;
- autogénny tréning;
- Jacobsova progresívna relaxácia;
- vytvorenie akčného plánu na elimináciu prípadne na odstránenie stresu.

Negatívne copingové stratégie zahŕňajú:

- sebakritiku;
- užívanie alkoholu;
- fajčenie;
- rýchlu jazdu autom;
- agresívne, násilné správanie;
- krik na blízkych (manžel/manželka, deti);
- užívanie drog;
- vyhýbanie sa kontaktu s rodinou a priateľmi;
- prejedanie sa, prípadne odmietanie stravy; nadmerné vyspávanie (Smith, Segal, 2014).

Jedným z hlavných pôvodcov stresu sú myšlienky človeka. Ich odstránenie je v jeho moci, lebo každý sa môže naučiť kontrolovať svoje myšlienky a byť za ne zodpovedný. Jedným zo spôsobov ako odstrániť takýto stres je „kognitívna prestavba“. Ide o to zmeniť automatický spôsob myslenia, často plný negatív, katastrofických scenárov, falošných predstáv, spôsobujúcich zlú náladu či nezdravé správanie. Zmeniť svoje myšlienky môže byť náročné, je to však nesmierne dôležité (Mlýnková, 2010). Pre posilnenie pozitívneho myslenia je vhodné vyskúšať psychohygienu, ktorá je definovaná ako systém vedecky prepracovaných pravidiel a rád slúžiacich k udržaniu, prehĺbeniu alebo znovuzískaniu duševnej rovnováhy. Do duševnej hygieny patrí relaxácia, spôsob jednania s ľuďmi, riešenie konfliktov a životných situácií, time management, zvládanie emocionálneho vypätia, stresových situácií, psychickej záťaž, ale tiež správnu životosprávu a spánkom (Myslivcová, 2012). Sama sestra by mala vo svojom osobnom živote dbať na zdravú životosprávu, naučiť sa odpočívať a relaxovať, pestovať svojho koníčka, ďalej sa vzdelávať, nebáť sa zmien a vedieť si stanoviť dosiahnuteľné ciele. Ak sa sestra takto pripraví po stránke teoretickej aj praktickej, je pravdepodobné, že bude lepšie zvládať záťažové situácie, s ktorými sa bude stretávať v celom svojom osobnom i profesionálnom živote (Ječná, Hosák, Čermánková, 2009). Asertivita sa tiež ukázala ako účinná metóda v boji proti stresu. Asertívna komunikácia je jednoduché a otvorené vyjadrenie svojich priání, myšlienok a pocitov. Zahŕňa obhajovanie vlastných potrieb s ohľadom a rešpektovanie potrieb druhých. Medzi zásady asertívnej komunikácie patrí :

- vyjadriť svoje pocity jasne, vhodne a úctivo;
- komunikovať s druhými s rešpektom;
- počúvať bez prerušenia;
- sebakontrola;

- dobrý očný kontakt;
- hovoriť v pokoji a čistým tónom hlasu;
- mať uvoľnené držanie tela;
- nedovoliť druhým zneužívať alebo manipulovať sebou;
- postaviť sa za svoje práva.

Jedna asertívne môže pomôcť sestre získať sebadôveru a sebaúctu, pochopiť a rozpoznať pocity, získať rešpekt od ostatných, zlepšiť komunikáciu, zlepšiť rozhodovacie zručnosti, vytvoriť pozitívne vzťahy a získať väčšie uspokojenie z práce (Eldeeb, Eid, Eldosoky, 2014).

Sestry sú kľúčovým subjektom v zdravotníctve a sú dôležitou súčasťou pri zabezpečení poskytovania kvalitnej a bezpečnej zdravotnej starostlivosti. Povolanie sestry si vyžaduje zodpovednosť, svedomitosť a presnosť pri každom ošetrovateľskom výkone. Sestra pri výkone svojej praxe pracuje v prostredí, ktoré je infekčné. Telo sestry sa stáva barlou, podperou, vysokozdvížnou pákou pre pacienta, ťažným zariadením v denných a nočných službách. Práca sestry je misiou celej rodiny, detí a manžela, ktorí sú do problémov sestier zasvätení nedobrovoľne. Je stále menej atraktívna pre nízke morálne a finančné ohodnotenie. Ich nedostatok spôsobuje fyzickú a psychickú preťaženosť sestier na oddeleniach a v zdravotníckych zariadeniach. Personálne normatívy, ktoré sú dané Ministerstvom zdravotníctva SR sa u nás nedodržiavajú a žiadna inštitúcia ich dodržiavanie nekontroluje. Napriek všetkému väčšinu sestier ich práca naplňa. Pre predchádzanie ich psychického a fyzického vyčerpania je preto potrebné, aby začali myslieť aj na seba, vedeli relaxovať a využívať copingové stratégie (Petrovková, 2012).

## ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- BRATSKÁ, M. 2001. *Zvládanie záťažových situácií v kontexte kvality života*. [online]. 2001. [cit. 2014.09.29]. Dostupné na internete: <<http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Dzuka3/03.pdf>>.
- CUNGI, CH. 2005. *Jak zvládat stres*. Praha: Portál, 2005. 159s. ISBN 80-7178-465-6.
- DANIEL, J. a kol. 2005. *Preklad všeobecnej psychológie*. Nitra: Enigma, 2005. 278 s. ISBN 80- 89132-05-7.
- ELDEEB, G.A. - EID, N.M. - ELDOSOKY, E.K. 2014. Assertiveness and Stress among Undergraduate Nursing Students at Menoufyia University. In *Journal of Natural Sciences Research*. ISSN 2224-3186, 2014, vol. 4, no. 4.

- FEDÁKOVÁ, D. 2002. *Aktuálne prístupy k problematike stratégií správania v náročných situáciách*. [online]. 2002. [cit. 2014.10.02]. Dostupné na internete: <<http://www.saske.sk/cas/archiv/3-2002/fedakova-st.html>>.
- JEČNÁ, V. - HOSÁK, L. - ČERMÁKOVÁ, E. 2009. Stres v povolání psychiatrické sestry. In *Česká a slovenská psychiatrie*. ISSN 1212-0383, 2009, č. 1, roč. 105, s. 27-31.
- KADUČÁKOVÁ, H. 2011. Sestra a psychická pracovná záťaž. In *Zborník prednášok z medzinárodnej konferencie: Jihlavské zdravotnícke dny*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická. 2011. ISBN 978-80-8735-37-5. s. 299-307.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2010. *Sestra a stres*. Praha: Grada Publishing, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
- LEGÁTH, L. 2011. Negatívny dopad dlhodobého stresu. In *Lekárske listy*. ISSN 1335-4477, 2011, č.22,roč. 16, s 19.
- MIDDLETONOVÁ, K. 2012. *Stres, nečakajte na vyhorenie*. Bratislava: Ikar, 2012. 175 s. ISBN 978-80-551-2907-5.
- MLÝNKOVÁ, J. 2010. Jak nevyhořet v ošetrovateľskej profesii. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2010, č. 1-2, roč. 9, s. 44-45.
- MYSLIVCOVÁ, A. 2012. Negatívni myšlení a jeho dopad na lidské zdraví. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2012, č.12, roč. 22, s. 7.
- NÔTOVÁ, P. 2010. So stresom neustále v pätách. In *Neuro magazín*. ISSN 1337-8767, 2010, č. 1, roč. 3, s. 40-41.
- PETROVKOVÁ, L. 2012. *Sestra - poskytovateľ vysoko kvalitatnej, dostupnej a efektívnej ošetrovateľskej starostlivosti*. [online] 2012, [citované 2013.02.27]. Dostupné na internete: <http://www.stranazivnostnikov.sk/blog/sestra-poskytovatel-vysoko-kvalitnej-dostupnej-a-efektivnej-osetrovateľskej-starostlivosti/>.
- SMITH, M., SEGAL, R. 2014. *Stress Management*. [online]. 2014. [cit. 2014.10.02]. Dostupné na internete: <<http://www.helpguide.org/articles/stress/stress-management.htm>>.
- VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. 2011. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada Publishing, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.

**PROCES DEINŠTITUCIONALIZÁCIE ZARIADENÍ  
SOCIÁLNYCH SLUŽIEB V SLOVENSKEJ REPUBLIKE****DEINTITUTIONALISATION PROCESS FACILITIES OF  
SOCIAL SERVICES IN SLOVAKIA***Laššáková Timea*

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

**ÚVOD**

V Slovenskej republike sa začiatkom minulého storočia začal rozvíjať trend poskytovania inštitucionálnej starostlivosti, ktorý prevládala takmer vo všetkých postkomunistických krajinách. Tento trend bol udržiavaný a posilňovaný aj v druhej polovici 20. storočia. V súčasnosti sú takmer všetky zariadenia sociálnych služieb pozostatkami etapy inštitucionalizácie, ktorá so sebou priniesla znaky veľkokapacitnosti, odlúčenosti od komunity, potláčania ľudských práv. Snahou súčasnej sociálnej politiky je zmeniť systém inštitucionálnej starostlivosti deinštitucionalizovať a transformovať ho na systém s prevahou služieb, ktoré sú poskytované v prirodzenom prostredí jednotlivca, prípadne poskytovať služby, ktoré sa organizačne a kultúrne čo najviac podobajú rodinnému prostrediu. Cieľom by mali byť kvalitné sociálne služby dostupné pre každého jednotlivca.

**JADRO PRÁCE**

Slovenská republika dokumentuje silné tradície inštitucionálnej starostlivosti a umiestňovanie občanov v inštitúciách, ktoré sa v minulosti javilo ako najlepšie možné riešenie. Prvé informácie o rizikách spojených s inštitucionalizáciou prenikali do Európy okolo roku 1920. Vzorom pre deinštitucionalizáciu zariadení sociálnych služieb v Slovenskej republike sú najmä severské európske štáty, v ktorých už v období 80.ých až 90.ých rokoch minulého storočia vznikli prvé zákony týkajúce sa deinštitucionalizácie.

Obavy pred negatívnymi dôsledkami pri poskytovaní inštitucionálnych služieb vyjadrila aj Svetová zdravotnícka organizácia, pričom definovala inštitúciu ako každé prostredie, v ktorom osoby s postihnutím, deti a seniori žijú mimo svojej rodiny a tiež prostredie, kde osoby nemajú kontrolu nad vlastným životom a každodennými aktivitami. (World Health Organisation, The World Bank, 2011, s. 305).

Pod pojmom inštitucionálna starostlivosť potom označujeme každý typ sociálnej starostlivosti, ktorá vykazuje nasledovné znaky:

- prijímatelia sociálnych služieb sú izolovaní od širšej komunity, spoločenstva a/alebo sú nútení k spoločnému spolunažívaniu,
- prijímatelia sociálnych služieb nemajú dostatočnú moc nad svojim životom a nad svojimi rozhodnutiami, ktoré sa ich týkajú,
- požiadavky samotnej organizácie sú nadradované nad individuálne potreby jednotlivých prijímateľov sociálnych služieb. (Správa Ad-hoc expertnej skupiny, 2009)

Vychádzajúc z Goffmanovej definície totálnej inštitúcie, ktorý ju definuje ako miesto pobytu, kde veľký počet ľudí rovnakého postihnutia je oddelených od širšej komunity veľmi dlhú dobu a ktorí žijú spoločne (Goffman, 1961) považujeme za potrebné uviesť, že inštitúcia nie je primárne určená počtom osôb v nej žijúcich ale obsahovými znakmi tkz. inštitucionálnej kultúry. Na základe toho môžeme konštatovať, že deinštitucionalizácia neznamená len fyzické presťahovanie mentálne postihnutého jedinca z jednej veľkej inštitúcie do inej, menšej a integrovanej, ale je chápaná ako zmena prístupu k službám pre ľudí s mentálnym postihnutím, v ktorých je hlavným hľadiskom spokojnosť klienta a jeho rodiny.

Deinštitucionalizácia teda filozoficky vychádza zo zmeny myslenia a prístupu spoločnosti ľudí k osobám, ktoré sú z nejakého zásadného dôvodu odkázané na pomoc spoločnosti, pričom ide o proces zmeny dovedajšieho systému sociálnych služieb na kvalitatívne novší a lepší systém sociálnych služieb. Kvalita služieb je najpodstatnejší fakt v zmene poskytovania sociálnych služieb.

### **KVALITA SLUŽIEB V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB**

Prvou organizáciou, ktorá sa zaoberala problematikou kvality života v zariadeniach sociálnych služieb bola Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, ktorá v spolupráci so Slovenským Helsinským výborom vykonala v rokoch 2001 až 2003 monitoring kvality v takmer 300 zariadeniach sociálnych služieb na Slovensku. V monitorovacej správe o dodržiavaní ľudských práv v domovoch sociálnych služieb sú konkretizované oblasti života mentálne postihnutých osôb, kde dochádza k porušovaniu ich ľudských a občianskych práv:

- neopodstatnené zbavovanie spôsobilosti na právne úkony,
- nedôstojné správanie sa personálu ku klientom,
- obmedzenie pobytu a pohybu klientov,
- viaceré monitorované zariadenia sídlia v starých, nevyhovujúcich budovách,



- segregované poskytovanie sociálnych služieb, zvlášť pre mužov a ženy,
- absentujú individuálne rozvojové programy pre obyvateľov,
- minimálna aktivizácia klientov,
- preferovanie zdravotníckej starostlivosti na úkor sociálnych služieb,
- nedostatok pracovníkov v priamom kontakte s prijímateľmi. (Mandžáková, 2010)

Na základe výstupov predmetnej monitorovacej správy, ktorá sa týkala dodržiavania ľudských práv v domovoch sociálnych služieb môžeme oprávnenne konštatovať, že v Slovenskej republike existujú ešte aj v súčasnosti (2015) poskytovatelia sociálnych služieb, v ktorých sú neadekvátne podmienky života prijímateľov sociálnych služieb vzhľadom k ich potrebám a právam. Prostredníctvom predmetného monitoringu kvality bola tiež potvrdená súvislosť medzi kapacitou zariadení sociálnych služieb a ich kvalitou. Podľa výsledkov týchto odborných štúdií kvalita sociálnych služieb stúpa v zariadeniach s nižšou kapacitou a v zariadeniach s vyšším počtom prijímateľov kvalita sociálnej služby klesá. Vo veľkokapacitných zariadeniach prijímateľ stráca svoju identitu, pri nástupe do zariadenia dochádza k ťažšiemu adaptačnému procesu a personál nie je schopný individuálne sa venovať jednotlivým prijímateľom. Z uvedených dôvodov je zrejmé, že je potrebné tradičné domovy sociálnych služieb transformovať, deinštitucionalizovať. Úsilie je potrebné zamerať najmä na vytváranie podmienok podporovaného bývania. Uvedený monitoring kvality uskutočnený v rokoch 2001 až 2003 v zariadeniach sociálnych služieb bol vykonaný prostredníctvom organizácie tretieho sektora. V tomto období na úrovni štátu neboli zaznamenané žiadne snahy o proces deinštitucionalizácie.

Na úrovni štátu vznikla potreba zavedenia procesu deinštitucionalizácie až po aktivitách Európskej komisii, keď bola v roku 2009 publikovaná Správa expertnej skupiny ad hoc o transformácii inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť. Európska komisia v predmetnej správe upozorňuje na nový systém poskytovania sociálnych služieb a odporúča, aby sa občanom zabezpečovali služby v prirodzenom rodinnom prostredí alebo na princípe komunitných sociálnych služieb. V rámci komunity je potrebné budovať rozsah dostupných služieb vysokej kvality tak, aby sa dodržiavali všetky medzinárodné a národné dohovory a legislatívne predpisy pre dodržiavanie ľudských práv. Veľký dôraz sa kladie na nový prístup ku klientovi formou individuálneho plánovania

sociálnej práce s klientom s prihliadnutím na jeho potreby a schopnosti. Cieľom je umožniť ľuďom v nepriaznivej situácii využívať miestne inštitúcie, ktoré poskytujú služby verejnosti a prirodzené vzťahové siete, zostať tak súčasťou prirodzeného miestneho spoločenstva.

Vzhľadom k tomu, že Správa expertnej skupiny ad hoc o transformácii inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť sa zaoberala problematikou kvality poskytovaných služieb so zreteľom na porušovanie ľudských práv prijímateľov služieb, nedá nám nespomenúť závažnú skutočnosť s ktorou sme sa stretli pri študovaní uvedeného materiálu. V predmetnej správe, ktorú vypracovali členovia expertnej skupiny ad hoc je na niekoľkých miestach zariadenie sociálnych služieb nazývané ako „ústav“, na viacerých miestach sa spomína ústavná kultúra, klienti sú označovaný ako chovanci, v lepšom prípade ako používatelia služieb, čo tiež nie je najideálnejšie pomenovanie.

Predmetná Správa expertnej skupiny ad hoc sa stala jedným z kľúčových podnetov na naštartovanie zmien v oblasti kvality sociálnych služieb vo viacerých krajinách Európskej únie. Pozitívne zmeny sa začali diať aj na Slovensku, keď 1. januára 2009 nadobudol účinnosť zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách, ktorý zaviedol určité prvky prechodu na komunitnú starostlivosť. Následne boli vypracované viaceré strategické materiály podporujúce proces deinštitucionalizácie na Slovensku.

### **DEINŠTITUCIONALIZÁCIA AKO KONFRONTAČNÝ PROCES**

Pri zavádzaní nových procesov do praxe dochádza takmer vždy ku konfrontácii a roztrieštenosti názorov jednotlivých skupín nielen laickej ale i odbornej verejnosti. Proces deinštitucionalizácie je procesom, ktorý sa dotýka veľkého okruhu a množstva ľudí. Proces deinštitucionalizácie sa dotýka samotných prijímateľov sociálnych služieb, dotýka sa ich rodinných príslušníkov a dotýka sa v neposlednej miere aj zamestnancov zariadení sociálnych služieb. Je teda pochopiteľné, že názory na takýto citlivý proces, akým deinštitucionalizácia nepochybne je, budú rôzne. Medzi základné bariéry procesu deinštitucionalizácie zaraďujeme nasledovné skutočnosti:

- odmietajúci prístup laickej i odbornej verejnosti k procesu deinštitucionalizácie,
- nedostatok verejných finančných zdrojov na proces deinštitucionalizácie,
- malé percento prijímateľov, ktorí sú vhodní do procesu deinštitucionalizácie (alkohol, drogy),

- zdravotné komplikácie ako kontraindikácia v procese deinštitucionalizácie,
- ekonomická insolventnosť prijímateľov sociálnych služieb.

### DEINŠTITUCIONALIZÁCIA V PRAXI

Deinštitucionalizácia zariadení sociálnych služieb sa v praxi realizuje od roku 2013 prostredníctvom národného projektu Podpora procesu deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb prostredníctvom Implementačnej agentúry pre Operačný program Zamestnanosť a sociálna inklúzia (predtým Fond sociálneho rozvoja). Cieľom uvedeného projektu je podporiť a zahájiť proces deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb pre osoby so zdravotným postihnutím. Projekt sa pilotne realizuje v šiestich samosprávnych krajoch, v nasledovných zariadeniach sociálnych služieb:

- Trnavský samosprávny kraj – DSS OKOČ Opatovský Sokolec,
- Nitriansky samosprávny kraj – ZSS LIPKA Lipová,
- Trenčiansky samosprávny kraj – DSS Adamovské Kochanovce,
- Banskobystrický samosprávny kraj – DSS SLATINKA Lučenec,
- Prešovský samosprávny kraj – CSS Zátišie Osadné,
- Košický samosprávny kraj – DSS LIDWINA Strážske.

Po schválení zmeny opisu projektu dňa 17.2.2014 bolo za Banskobystrický samosprávny kraj zapojené do projektu zariadenie DSS Ladomerská Vieska.

Analýza zariadení sociálnych služieb vybraných predeinštitucionalizáciu

- takmer všetky vybrané zariadenia pre deinštitucionalizáciu sídli v historických budovách, kaštieloch, (zariadenia DSS LIDWINA Strážske sídli v zrekonštruovanej budove bývalej ubytovne),
- vysoké prevádzkové náklady uvedených zariadení,
- kapacita všetkých vybraných zariadení sa pohybuje v rozmedzí 60 až 80 prijímateľov sociálnych služieb,
- všetky zariadenia poskytujú sociálne služby pre deti a dospelých s mentálnym, prípadne kombinovaným postihnutím,
- zariadenia sídli na periférii miest.

### ZÁVER

Názory odbornej i laickej verejnosti na deinštitucionalizáciu sú rôzne. Jedna skupina proces deinštitucionalizácie striktnie odmieta a považuje ho

za zbytočný prepych a komfort prijímateľov sociálnych služieb. Považuje ho za zásah do zabehnutého života prijímateľov, s ktorým boli v podstate stotožnení, vysporiadaní a spokojní. Z nášho pohľadu sa jedná o veľmi preceňovanú tému z hľadiska vhodnosti prijímateľov na proces deinštitucionalizácie. Zamyslel sa niekto z kompetentných osôb nad tým, koľko prijímateľov bude vhodných do procesu deinštitucionalizácie? Osobne som sa zúčastnila medzinárodnej konferencie s názvom „Vplyv demografického vývoja na sociálny dialóg v sociálnych službách“ v Českej republike. Na uvedenej konferencii sa zúčastnili predstavitelia ministerstiev ale aj poskytovatelia sociálnych služieb v Slovenskej a Českej republike. Zástupca MPSV v Českej republike nás informoval s výsledkami pilotného projektu do ktorého bolo prihlásených 35 zariadení s celkovým počtom 1800 prijímateľov sociálnych služieb. Predpoklad bol, že zhruba 1100 prijímateľov sociálnych služieb sa zaradi do procesu deinštitucionalizácie. Skutočnosť však bola, že časť prijímateľov odišla do rodinného prostredia a do komunitných bývaní nakoniec odišlo len 360 prijímateľov. Toto sú teda dôvody, pre ktoré je potrebné zavedenie procesu deinštitucionalizácie na Slovensku prehodnotiť. Napriek tomu je na Slovensku skupina osôb, ktorá sa domnieva, že proces deinštitucionalizácie prinesie kvalitu do poskytovania sociálnych služieb. Nikto sa však nezamýšľa nad tým, za akú cenu to bude. Podľa nášho názoru zavádzať v súčasnej dobe tak zásadný transformačný proces, akým deinštitucionalizácia nepochybne je a keď štát a samospráva zápasia s deficitom verejných financií a majú problém zabezpečiť základné sociálne služby v súčasnej podobe je veľmi nezodpovedné.

Povinnosťou každého manažéra v sociálnej oblasti je pokúsiť sa v rámci svojich možností zvyšovať kvalitu poskytovaných služieb a tým zlepšiť životné podmienky prijímateľov v zariadeniach sociálnych služieb. Natíska sa však otázka: „Je práve proces deinštitucionalizácie jediným kritériom a ukazovateľom kvality sociálnej služby? Nebolo by vhodnejšie a ekonomicky menej náročnejšie zaviesť čiastkové procesy deinštitucionalizácie v súčasných zariadeniach?“ Takýmto čiastkovým procesom je napríklad znižovanie kapacít zariadení, zavedenie individuálneho a citlivého prístupu k prijímateľovi služby, či zabezpečenie kvalifikovanosti personálu zariadenia a tým zabezpečiť kvalitnú sociálnu službu v súčasných inštitúciách. Týmto príspevkom sme chceli upriamiť pozornosť kompetentných osôb na význam a potrebu neustáleho skvalitňovania sociálnych služieb, nie však za akúkoľvek cenu.

**ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY**

- BRICHTOVÁ, L. – REPKOVÁ, K. 2014. *Sociálne služby: zacielené na kvalitu (v kontexte zmien zákona o sociálnych službách od roku 2014)*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2014. 283 s. ISBN: 978-80-7138-138-9.
- CANGÁR, M. 2012. *Východiská deinštitucionalizácie systémov sociálnej starostlivosti vo vybraných krajinách Európy a Slovenskej republiky*. In. Aplikovaná sociálna politika. Bratislava : VŠ ZaSP, 2012. 32-41s. ISBN 978-80-8132-061-3.
- HOLÚBKOVÁ, S. – ĎURANA, R. 2013. *Odvaha na nové sociálne služby*. Žilina: INESS Inštitút ekonomických a spoločenských analýz, 2013. 33s. ISBN 978-80-969765-3-9.
- KRUPA, S. et al. 2006. *Rozvoj komunitných sociálnych služieb*. Bratislava: RPSP, 2006. 109s. ISBN 80-969581-7-8
- MANDZÁKOVÁ, S. 2010. *Kvalita života osôb s mentálnym postihnutím v domovoch sociálnych služieb*. Prešov: Prešovská univerzita, 2010. 137 s. ISBN 978-80-555-0260-1.

# SOCIÁLNE POSTAVENIE SENIORA V SPOLOČNOSTI

## SOCIAL STATUS OF SENIORS IN SOCIETY

<sup>1</sup> Magera Igor - <sup>2</sup> Humeníková Mária

<sup>1</sup> Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

### ABSTRAKT

Postavenie seniorov v spoločnosti podľa mnohých významných ľudí, ako emeritného pápeža Benedikta XVI. a súčasného pápeža Františka je veľmi ťažké. Podľa emeritného pápeža Benedikta XVI. „jedna z najhlbších foriem chudoby, ktorú človek môže zakúšať je samota.“ Práve táto samota sa dotýka najmä staršieho človeka. V poslednej dobe sme svedkami demografických zmien, kedy nám podľa štatistických ukazovateľov obyvateľstvo rapídne starne. Znižuje sa počet novonarodených detí a predlžuje sa dĺžka života. Tento vývoj so sebou prináša do budúcnosti veľké množstvo závažných zmien, na ktoré by sa mala spoločnosť pripraviť a zmieriňovať prípadné napätie medzi generáciami. Úroveň spoločnosti je posudzovaná podľa toho, ako sa dokáže postarať o starších ľudí a podľa miesta aké je pre nich vyhradené v spoločenskom živote. Na zvládnutie danej situácie musí štát prijať nové prístupy a to v oblasti rodinnej, sociálnej, populačnej a hospodárskej politiky.

**KLÚČOVÉ SLOVÁ:** Staroba.Senior. Rodina. Dôstojnosť. Solidarita. Prínos.

### ABSTRACT

The status of the seniors in society by many important people as Emeritus Pope Benedict XVI. and the current Pope Francis is very difficult. According to Emeritus Pope Benedict XVI. "One of the deepest forms of poverty that man can experience is loneliness." Just this loneliness affects mainly older person. We have recently been witnesses of demographic change, which according to our statistical indicators of population is rapidly aging. The number of newborn babies is reduced and life expectancy is lengthened. This trend brings with it a large number of major future changes to which the society should prepare and mitigate potential pressure between generations. The level of the society is judged by that how it can take care of the elderly and of the place which is reserved for them in social life. To handle the situation, the state must accept the new method in family, social, population and economic policy.

**KEYWORDS:** Age, Senior, Family, Dignity, Solidarity, Benefit.

### ÚVOD

**Dobrý deň, sestra staroba!**

*Ach, videl som ťa prichádzať zďaleka a nepodal som Ti ruku. Dlho som Ťa nevlúdne pozoroval....*

*Zdala si sa mi škaredá, nešťastná, ako keby si stále nosila smútok, ako keby si ťahala za sebou vrece biedy, horúcich dní, samoty, schátralosti. Nie, nechcel som, aby si sa ku mne priblížila! Ty však stojíš tesne vedľa mňa, dotýkaš sa ma. Musím si asi zvyknúť na tvoju spoločnosť, pretože ma už nikdy neopustiš. Zbohom mladosti! A navždy! Budeš zaberat' stále viac miesta v mojom živote, a preto s premenou svojho srdca volám teraz na Teba so všetkou úprimnosťou.*

*„Sestra moja...“ Teraz, keď Ťa vidím zblízka, objavujem pôvab. Máš skúsenosti a vieš všetko ako má byť, dávaš veciam ozajstný význam a milosť: oslobodzujúš od strojenosti, zbytočnosti, pýchy a vnášaš ma do pravdy. Moje telo chátra, moja duša je ľahšia, aby sa mohla lepšie vzniesť. Sestra staroba, prijímam Ťa a mám ťa rada, pretože som vďaka Tebe voľnejší a pomaly sa približujem k Bohu!*

Dňa 28. septembra 2014 Svätý otec František pozval na Svätopeterské námestie seniorov z celého sveta. Pri tejto príležitosti v homílii na adresu zariadení pre seniorov povedal tieto slová: *„Nie vždy starší človek, starý otec, stará matka, má rodinu, ktorá ho môže prijať. A tak prichádzajú vhod domovy pre seniorov..., kiez sú naozaj domovmi, a nie väznicami! A kiez slúžia starým ľuďom, a nie záujmom niekoho iného! Nemajú čo byť také ústavy, v ktorých starí ľudia žijú zabudnutí, ako ukrytí, zanedbaní. Cítim sa blízky m takým starým ľuďom, ktorí bývajú v týchto ústavoch, a myslím s vďačnosťou na tých, ktorí ich chodia navštevovať a ujímajú sa ich. Domovy pre seniorov by mali byť „plúcami“ ľudskosti v tom-ktorom meste, štvrti či farnosti; mali by byť „svätyňami“ ľudskosti, kde sa tomu, kto je starý a slabý, venuje taká starostlivosť a opatera ako staršiemu bratovi či staršej sestre.“* (František, 2014).

Vzťah spoločnosti k seniorom je taký, aká je morálna úroveň spoločnosti. Konkrétne sa prejavuje cez jednotlivé sociálne zákony vzťahujúce sa na seniorov. „Do značnej miery sa vytráca láska a úcta k človeku, zmysel a porozumenie pre odlišnosť druhých. Z uvedeného dôvodu môžeme podotknúť, že jedným z negatívnych javov staroby je osamelosť seniorov.“ (Bujdová, Bujda, Razzouková, 2013, s 28)

**POSTAVENIE SENIOROV V SÚČASNEJ SPOLOČNOSTI**

V rôznych kultúrach a dobách sa starší ľudia tešili vysokej úcte alebo na druhej strane boli považovaní za príliš slabých a spoločnosť ich brala ako zbytočnú príťaž a opovrhovala nimi. Status starších ľudí nezávisel len na spoločnosti ako celku, ale taktiež na vnútornej hierarchii, teda na chudobe alebo bohatstve, na šľachte, spoločenskej triede, vrstve alebo

kaste. Keď je staroba utváraná spoločensky, tak postavenie starších ovplyvňuje i mladá generácia. Jedná sa o medzigeneračnú výmenu, ktorá v najlepšom prípade prebieha v harmonickej rovnováhe, avšak veľmi často vedie aj ku konfliktom. Historický pohľad na starobu vykazuje antropologické konštanty a sociálne premenné. Kam až siahla ľudská pamäť, existovali dichotómie pozitívneho a negatívneho obrazu staroby: mladosť a staroba, sila a slabosť, hlúposť a múdrosť. (Stolleis 2009, s. 170-171).

Dnešná moderná doba je rýchla, plná nových technológií, sociálnych zmien, ktorým musí čeliť každý človek, aj senior. Postavenie seniora v našom modernom svete býva často spájané s úbytkom fyzických a psychických síl, so zníženými kompetenciami, nálepkou negatívnej osobnosti, čím sa senior a jeho status dostáva na nízku úroveň. (Balogová 2007, s. 13).

Starší človek v súčasnom spoločenskom systéme plnom inovácii, modernizácie pomaly stráca na dôležitej hodnote svojho života, potrebe odovzdávať nadobudnuté schopnosti, skúsenosti, rady, múdrosť života. Myslíme si, že generácia mladšej kategórie neprejavuje záujem o počúvanie starších ľudí, čo prežili, aký ťažký život mali, alebo čím prispeli k budovaniu lepšej spoločnosti. Dá sa povedať, že málo mladých a mladších ľudí sa snaží čerpať z poznania životných príbehov starších ľudí a ich chápania správneho života a vyrovnávania sa so životom. (Klevetová, Dlabalová 2008, s. 13).

Podľa Malíkovej vzťah jednotlivcov, ako aj celej spoločnosti k seniorom je výsledkom celkovej morálnej úrovni a vyspelosti spoločenského systému. Človek v bežnom živote sa neraz stretáva s negatívnymi postojmi k starobe, k starnutiu, k starším ľuďom, čo vypovedá o morálnych hodnotách súčasnej spoločnosti. Dá sa povedať, že do popredia sa dostáva rebríček mylných a povrchných hodnôt a ukazovateľov, ktorými sú: čaro mladosti, maximálne nasadenie, výkonnosť, flexibilita, pružnosť, rýchlosť a spoločnosť. Zabúda na skutočné hodnoty, akými sú: životná múdrosť, pokora, životné skúsenosti, schopnosti, rady nadhľad, rozvaha, chápanie správneho života, úcta, rešpekt, uznanie, ocenenie, schopnosť vyrovnáť sa so životom vo vzťahu k starším ľuďom. Vyššie spomínané hodnoty by mali byť každodennou samozrejmosťou. Samotný hodnotový systém v spoločnosti sa postupne mení s vývojom modernej spoločnosti, čo môžeme vidieť na povrchných hodnotách, ktoré prevažujú nad morálnymi princípmi, zásadami, poctivou prácou slušných ľudí, ktorí sa postupne stávajú terčom posmechov, ignorácie, nepotrebnosti. (Malíková 2011, s. 35).



S nezdravým postojom k starnutiu sa do popredia dostáva problém, ktorý označuje starších ľudí za zbytočných a nepotrebných. Denne sa stretávame so situáciou, kde štyridsaťroční a päťdesiatroční ľudia sú považovaní za „starých“ pri hľadaní zamestnania na vybrané pracovné pozície a vôbec sa im nedostáva šanca, aby mohli ukázať svoje schopnosti, pracovné skúsenosti, vedomosti. V popredí môžeme vidieť nepriaznivé ukazovatele, ktoré nedoceňujú starnutie, starobu, zosmiešňujú, ignorujú, ponížujú, izolujú, urážajú, nerešpektujú a nevážia si starších ľudí. Seniori svojou poctivou prácou, morálnymi zásadami, princípmi, múdrosťou, veľakrát sa stávajú terčom posmeškov, pasivity, ponížovania, urážania, hostility zo strany omnoho mladších ľudí, čo výrazne vplýva na ich kvalitu života. (Malíková 2011, s. 35).

Bl. Ján Pavol II. (1999, čl. 10-11) v apoštolskom liste *Jeseň života* apeluje na spoločnosť, aby na zraniteľnosť v starobe reagovala:

- vzájomnou závislosťou a potrebnou solidaritou, ktorá spája generácie medzi sebou,
- nevylučovala starších ľudí zo svojho streda a neodmietala ich minulosť, v ktorej sú zakotvené korene prítomnosti,
- neodmietala ich múdrosť a skúsenosť nakoľko sú interpretmi spoločenských ideálov a hodnôt a ochrancami spoluzitia v spoločnosti.
- získala presvedčenie, že v pravej ľudskej civilizácii je vlastné cítiť si a milovať starších ľudí, aby sa napriek ubúdajúcim silám neprestávali cítiť živou súčasťou spoločnosti. Už Cicero poznámenal, že „*lahšie nesie bremeno staroby ten, kto cíti úctu a lásku od mladých.*“

### PRÍNOS SENIORA PRE SPOLOČNOSŤ

Pápež Benedikt XVI. pri návšteve zariadenia seniorov „*Viva gli Anziani*“ („*Nech žijú seniori*“) v Ríme dňa 12. 11. 2012 sa v príhovore ku klientom a personálu dotkol aj súčasného nazerania na seniora v spoločnosti. V príhovore sa vyjadril, že v súčasnej spoločnosti vládne logika efektivity a zisku a neváži si vysoký vek ako taký. Podľa Benedikta XVI. súčasná spoločnosť často staršieho človeka odmieta ako neproduktívneho a nepotrebného. Starší ľudia často prežívajú osamotenosť, opustenosť a sú marginalizovaní. Preto podľa Benedikta XVI. spoločnosť by mala vyvinúť úsilie aby starší ľudia mohli zostať vo svojich domovoch, pretože múdrosť, ktorú nosia v sebe je veľkým bohatstvom. Doslova povedal: „*Neexistuje pravý vzrast a vzdelanie človeka bez plodného kontaktu so seniormi, pretože ich existencia je ako otvorená kniha,*

*v ktorej mladšia generácia môže nájsť cenný návod na cestu životom.*“ Úroveň spoločnosti je posudzovaná podľa toho, ako sa dokáže postarať o starších ľudí a podľa miesta aké je pre nich vyhradené v spoločenskom živote. „*Kto dáva priestor seniorom, dáva priestor životu! Kto si váži starších, váži si život!*“ (Benedikt XVI. 2012). Podľa kardinála Tomka staroba má vlastné hodnoty, ktoré sú veľmi potrebné mladším generáciám a celej spoločnosti. Starí ľudia majú zmysel pre minulosť a pre dejiny, kým mladí často nepoznajú ani len najbližšie dejiny a opakujú omyly minulosti. Starí majú veľa skúseností, ktoré utvárajú životnú múdrosť a môžu doplniť a spresniť nové výdobytky vedy a techniky. Majú aj ucelenejší pohľad na život; ich citové, mravné a náboženské hodnoty sú dôležité pre rovnováhu v rodinách, v spoločnosti i pre jednotlivé osoby. Ľudská spoločnosť by bola lepšia, keby vedela zužitkovať hodnoty staroby. (Tomko, 2010).

Heteš (2011, s. 46 - 103) uvádza prínos seniorov pre spoločnosť v týchto oblastiach:

1. *Starší zamestnanci sú prínosom pre zamestnávateľov, ekonomiku a spoločnosť ako celok.* Starší pracovníci sú ochotní pracovať dlhšie, ak je zabezpečená rovnováha pracovného a rodinného života. Starší pracovníci majú cenné vedomosti, skúsenosti a môžu byť schopní školiť radiť viesť menej skúsených kolegov. Profesionálne a sociálne zručnosti starších zamestnancov získané v priebehu kariéry predstavujú osobitný potenciál. Je potrebné zvýšiť vedomie o tom, že starší zamestnanci spĺňajú vysoké štandardy práce. Starších ľudí charakterizujú vlastnosti ako sú: presnosť, spoľahlivosť a schopnosť komunikovať so zákazníkmi a kolegami. Starších pracovníkov je potrebné považovať za zdroj a nie záťaž.
2. *Staršie osoby majú výraznú kúpnu silu.* Seniori tvoria dôležitú a rastúcu spotrebiteľskú skupinu. Ich podiel bude rásť. Už v súčasnosti predstavujú značnú kúpnu silu. Táto skupina má však osobitné spotrebiteľské správanie iné ako ostatné vekové skupiny. Ich domácnosti majú odlišnú potrebu po tovaroch ako mladšie obyvateľstvo. Veková skladba obyvateľstva je dôležitým prvkom pre výrobcov a poskytovateľov služieb. Obzvlášť sú veľkými spotrebiteľmi sociálnych služieb. (Heteš 2011, s. 52-56)
3. *Celoživotné vzdelávanie.* Podľa Medzinárodnej organizácie práce celoživotné vzdelávanie je stratégiou pre integrovanie starších osôb na súčasný trh práce. Celoživotné vzdelávanie sa týka starších pracujúcich osôb, dôchodcov. Jeho sociálny vplyv je dvojaký. Vzdelávanie a kvalifikácia ma priamy hospodársky dopad. Celoživotné vzdeláva-

- nie podporuje participáciu, integráciu, kvalitu života. (Heteš 2011, s. 57-61)
4. *Zlepšovanie medzigeneračnej solidarity.* Na úrovni rodiny a komunity sú medzigeneračné väzby prínosom pre každého. Vzťahy v rodine môžu byť obojsmerné, keďže starší ľudia často poskytujú významnú finančnú podporu, opateru a vzdelanie vnúčatám a ďalším príbuzným. Staršie osoby, ktoré majú záujem o dobrovoľníctvo by mali byť podporení podľa potrieb a záujmov v ich aktivitách. Možnosť podporovať dobrovoľnícke služby s využitím viacerých generácií podporuje medzigeneračnú solidaritu. (Heteš 2011, s. 80-88)
  5. *Dobrovoľníctvo* je dôležitým prostriedkom pre občanov staršieho veku. Posilňuje sociálnu inklúziu a participáciu založenú na individuálnom chápaní spoločenskej solidarity. Starší dobrovoľníci poskytujú spoločnosti veľa pomocou dobrovoľnej práce. Možný psychosociálny efekt zahŕňa skutočnosť, že starší ľudia sa dostanú mimo svoj domov a stretávajú nových ľudí, vznikajú nové sociálne vzťahy, ktoré môžu nahradiť stratené kontakty v bývalých pracoviskách. Navyše ich životy môžu získať nové perspektívy, keďže je využité ich poznanie. Starší dobrovoľníci majú zároveň možnosť získať pocit uspokojenia a potrebnosti pre spoločnosť. Vykonať zmenu v živote, je niečo čo väčšina starších dobrovoľníkov hľadá vo svojej dobrovoľníckej práci. (Heteš 2011, s. 97-103).

## ZHRNUTIE

Postavenie seniorov v spoločnosti podľa mnohých významných ľudí ako sú pápeži emeritný pápež Benedikt XVI. a súčasný pápež František je veľmi ťažké. Podľa emeritného pápeža Benedikta XVI. „jedna z najhlbších foriem chudoby je, ktorú človek môže zakúšať je samota.“ Práve táto samota sa dotýka najmä staršieho človeka. (Benedikt XV. Caritas in veritate, čl. 53) Pápež František taktiež považuje seniorov za krehkých ľudí a ich krehkosť spočíva práve v osamelosti (František, Evangelii gaudium, čl. 210). Autori, Málíková, Balogová, Heteš a iní, ktorí sa venujú seniorom jednomyselne konštatujú, že vzťah k seniorom závisí od morálnej úrovne spoločnosti. Do popredia sa v spoločnosti dostáva rebríček povrchných hodnôt a na skutočné hodnoty sa zabúda.

Podľa pápeža Františka seniori sú nádejou národov a prispievajú pamäťou, múdrosťou a skúsenosťami pre nás všetkých aby sme hlúpo neopakovali chyby z minulosti. (František, Evangelii gaudium, čl. 108). Sv. Ján Pavol II. v apoštolskom Liste starším naznačil, že kultúra staroby by sa mala prejavovať vzájomnou závislosťou a solidaritou, neodmieta-

ním ich skúsenosti a prežitej minulosti a predovšetkým úctou a láskou k starším ľuďom. (Ján Pavol II. 1999, čl. 10-11).

Prínos seniora pre spoločnosť možno rozdeliť na duchovný a sociálny. V duchovnom rozmere seniori majú životné skúsenosti, múdrosť života, mravné a náboženské hodnoty z ktorých je možno čerpať do osobného života i do života spoločnosti.

V sociálnom rozmere seniori sú prínosom pre ekonomiku, najmä tí ktorí pracujú, majú potenciál kúpnej sily, sú otvorení pre medzigeneračné vzťahy a solidaritu najmä v rodinách. Seniori tvoria aj veľký potenciál pre dobrovoľníctvo.

### ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- BALOGOVÁ, B. (2007), *Seniori v spektre súčasného sveta*. Prešov: Akcent Print, 1. vyd. ISBN 987-80-89295-03-6.
- BATLES, B. P. (2009), Stáří a stárnutí jako oslava rovnováhy: mezi pokrokem a důstojností, [w:] CRUSS, P. (red.), *Perspektivy stárnutí z pohledu psychologie a celoživotního vývoje*, Praha, Portál 2009, s. 13, ISBN 978-80-7367-605-6.
- BENEDIKT XVI.: *Dlhý vek je požehnaním a darom od Boha, ktorý si máme vážiť*, 2012, [online]. [03. 02. 2015]. Dostupné na: [http://sk.radiovaticana.va/storico/2012/11/12/benedikt\\_xvi.\\_v\\_dome\\_seniorov:\\_%E2%80%9Edlh%C3%BD\\_vek\\_je\\_po%C5%BEhnan%C3%ADm\\_a\\_darom\\_o/slo-638109](http://sk.radiovaticana.va/storico/2012/11/12/benedikt_xvi._v_dome_seniorov:_%E2%80%9Edlh%C3%BD_vek_je_po%C5%BEhnan%C3%ADm_a_darom_o/slo-638109)
- BUJDOVÁ, N., BUJDA, S., RAZZOUKOVÁ, E., 2013. Status seniora v súčasnej spoločnosti. In: *Sociálna politika a seniori*. Vydavateľstvo: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, 2013. s. 26 – 32. ISBN 978-80-8075-612-3.
- HETTESŠ, M. 2011. *Starnutie spoločnosti*. Bratislava: VŠZPaSP sv. Alžbety. 2011. 244 s. ISBN 978-80-8132-031-6.
- HETTESŠ, M.: 2012, *Starnutie spoločnosti, Vybrané kapitoly sociálnej práce so seniormi*, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava 2012, 244s., ISBN 978-80-8132-031-6.
- JÁN PAVOL II. *Jeseň života, Apoštolský list starším*, Vydavateľstvo Don Bosco 1999, ISBN 80-88933-39-0.
- KLEVETOVÁ, D., DLBALOVÁ, I. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: rada Publishing. 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- MAGERA I., VANSÁČ P. 2015. *Sociálne potreby seniorov*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Humannum Warszawa, Polska 2015. 271 s. ISBN: 978-83-932603-6-2.
- MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniori v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing. 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

- STOLLEIS, M. (2009), Historia a sociální relativita stárnutí, [w:] CRUSS, P. (red.), *Perspektívy stárnutí z pohledu psychologie a celoživotního vývoje*, Praha, Portal 2009, ISBN 978-80-7367-605-6.
- TOMKO, J. (2010), *Chvála staroby*, 2010, [online]. [03. 02. 2015]. Dostupné na: [http://sk.radiovaticana.va/storico/2010/10/31/kardin%C3%A1l\\_jozef\\_tomko:\\_chv%C3%A1a\\_staroby/slo-435344](http://sk.radiovaticana.va/storico/2010/10/31/kardin%C3%A1l_jozef_tomko:_chv%C3%A1a_staroby/slo-435344).

# MANAŽMENT PROBLÉMOVÉHO SPRÁVANIA U PACIENTA S DEMENCIOU V ZDRAVOTNÍCKOM ZARIADENÍ

---

## MANAGEMENT OF PROBLEM BEHAVIOUR IN PATIENTS WITH DEMENTIA IN HEALTH CARE FACILITIES

*Martinková Jana*

Katedra ošetrovateľstva Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce TU v Trnave

### **ABSTRAKT**

Jedným so závažných problémov poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s demenciou je udržať prijateľné správanie. Problematické správanie sa prejavuje ako nevhodné správanie v rôznych sociálnych situáciách a blúdenie, prípadné stratenie sa. Svojím nevhodným správaním sa pacient stáva nebezpečným pre seba aj okolie. Väčšina prejavov nevhodného správania predstavuje vážny problém v poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Ošetrovateľská starostlivosť si vyžaduje zmeny v komunikácii, zmeny v úprave životného prostredia, trpezlivosť, ohľaduplnosť zo strany zdravotníckeho tímu. Dôležitou úlohou zdravotníckeho tímu je zabezpečiť bezpečnosť pacientovi s demenciou umiestneného v zdravotníckom zariadení.

**KLÚČOVÉ SLOVÁ:** problémové správanie, demencia, ošetrovateľská starostlivosť.

Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s demenciou je veľmi špecifická a náročná. Vzhľadom na to, že u pacienta dochádza vplyvom demencie k poruche kognitívnych funkcií, sa počas starostlivosti objavuje široká škála problémov so správaním, ktoré ovplyvňujú rôzne činnosti. Nové trendy, ktoré sa uplatňujú v modernom ošetrovateľstve, sa bytostne dotýkajú pacientov s duševnou poruchou. Aby ošetrojúci personál dokázal správne rozpoznať problémy, ktoré môžu vzniknúť v oblasti duševného zdravia, musí mať dostatok vedomostí (Dlugošová, Tkáčová, 2010).

Donnelly (2005) uvádza, že behaviorálne a psychologické príznaky demencie môžu patriť medzi najnáročnejšie problémy, s ktorými sa stretáva sestra počas ošetrovateľskej starostlivosti. Základom úspešného manažmentu starostlivosti je identifikovanie problémového správania, sledovanie intervencií a nežiaducich účinkov s cieľom maximalizovať psychický a fyzický potenciál pacienta, a tým minimalizovať stres u zdra-

votníckych pracovníkov. Demencia je sprevádzaná širokou škálou problémového správania. Poruchy správania môžeme definovať ako správanie alebo duševný syndróm spojený so subjektívnou tiesňou, funkčným postihnutím alebo poruchou interakcie s vonkajším prostredím (Lyketsos, Steinberg, Tschanz et al., 2000).

Problémy so správaním môžu ohrozovať vlastnú bezpečnosť pacienta, bezpečnosť inej osoby a ošetrojúceho personálu, ovplyvňujú blúdenie pacienta, agresivitu, halucinácie, spánok a výživu pacienta. Nie je vždy ľahké pochopiť a byť pripravení na nečakané výbuchy, nevyrovnané a agresívne správanie pacienta. Mnohé poruchy správania súvisia so zmenou životného prostredia a neschopnosť vysporiadať sa so stresom. Správnym prístupom, opakovaním jednotlivých činností a pokojnou atmosférou môže sestra prispieť k zníženiu stresu, k zlepšeniu problémového správania, čím sa zvyšuje kvalita života pacienta. Prioritou ošetrovateľskej starostlivosti je určiť príčinu porúch správania, vytvoriť pokojné prostredie, sledovať blúdenie pacienta, identifikovať schovávanie a hľadanie rôznych predmetov, sledovať hnev a agresivitu pacienta, halucinácie, identifikovať problémy so spánkom a problémy s výživou a poslednou prioritou je bezpečnosť sestier a ostatného ošetrovateľského tímu (Joose, 2013).

**Problémové správanie** býva spojené s komunikáciou, pacient sa snaží o komunikáciu so sestrou. Schopnosť komunikovať pacienta so sestrou je ovplyvnená progresiou ochorenia. Sestra vždy musí mať na pamäti, že ak aj pacient nie je schopný komunikovať verbálne, stále vníma a prežíva emócie. Vnímanie a prežívanie emócií zostáva až do konca života. V mnohých prípadoch je problémové správanie odraz na nepríjemné a stresujúce prostredie. Úlohou sestry je identifikovať spúšťač problémového správania pacienta a následne minimalizovať, prípadne odstrániť príčinu k spokojnosti pacienta. Je dôležité, že problémové správanie pacienta nie je zámerné, zmysel pacienta pre realitu je diametrálne odlišný od reality. Je niekoľko spôsobov, ako identifikovať príčiny problémového správania pacienta. Sestra sa skúsi vžiť do situácie pacienta, sleduje reč tela a následne identifikuje pocity, ktoré by mohol pacient vyjadrovať (Finkel, 1996). Sama si sestra položí otázku, čo sa presne stalo, čo vyvolalo a kedy sa začalo problémové správanie pacienta. Ďalšie otázky, ktoré si sestra kladie sú: Má pacient uspokojené individuálne potreby? Pomôže zmena prostredia a atmosféry k pohodliu pacienta? Reagujem správne na problémové správanie pacienta? Prispieva reakcia sestry k upokojeniu alebo naopak k zhoršeniu správania pacienta?

Sestry pracujúce so seniormi by mali byť citlivé k ich špecifickým potrebám a schopné posilňovať existujúce silné stránky starších pacientov s cieľom podpory, ochrany, upevňovania či prinavrátania zdravia (Kabátová, 2015). Úlohou sestry je identifikovať príčiny problémového správania a zároveň vytvoriť pokojné a upokojujúce prostredie. Nie každá sestra dokáže riadiť ošetrovateľskú starostlivosť a vytvoriť príjemné prostredie a atmosféru pri poskytovanej starostlivosti. Toto je jeden z faktorov, ktorý hrá dôležitú úlohu pri zabezpečení pocitu pokoja a bezpečia u pacienta. Akákoľvek zmena prostredia môže potenciálne viesť k zvýšeniu stresorov, ktoré môžu vytvárať nepokoj a dezorientáciu pacienta. Medzi faktory, ktoré môžu spôsobovať nepokoj a dezorientáciu patria hlasné, alebo neidentifikovateľné zvuky, tlmené osvetlenie, zrkadlá, alebo iné odrážajúce plochy, výstredné alebo vysoko kontrastné farby, prípadne vzory tapiet (Niel, 2008). Sestra sama o sebe, ako člen ošetrovateľského tímu sa podieľa na udržaní pokoja a pocitu bezpečia aj tým, že pôsobí vyrovnané, pokojne. Svojím nevhodným správaním môže zvýšiť napätie a nepokoj u pacienta. Vždy zostáva flexibilná, trpezlivá a pokojná. Pacient reaguje na tón hlasu sestry a reč tela viac, ako na obsah verbálnej komunikácie. Ak pacient zostane pri komunikácii nervózny, stráca kontrolu nad sebou, je potrebné komunikáciu prerušiť, aby sa vyhol stresu. Sestra ovláda rôzne stres znižujúce techniky, ktoré sú pre pacienta s demenciou prospešné. Medzi stres znižujúce techniky môžeme zaradiť cvičenie. Pred cvičením je potrebné konzultovať s lekárom, prípadne fyzioterapeutom, ktoré cvičenia s ohľadom na bezpečnosť a fyzickú aktivitu pacienta sú vhodné. Pravidelná chôdza a pohyb môže mať pozitívny vplyv na problémové správanie pacienta ako je agresivita, blúdenie a problémy so spánkom. Pohybové aktivity môžeme doplniť tancom a spevom (Niel, 2008). Jednoduché aktivity môžeme využiť aj pri iných činnostiach, napríklad pri stolovaní, pri skladaní bielizne, pri polievaní. Dôležité je zapájať pacientov čo najviac do každodenných činností. Hudba je jedným z faktorov, ktorý pôsobí upokojujúco. Najčastejšie sa používa prehrávanie obľúbenej hudby, ako spôsob relaxovania. Hudbou môžeme pacienta upokojiť, keď je rozrušený napríklad pri podávaní stravy alebo pri akejkoľvek inej činnosti. Pri hudbe dochádza k interakcii s inými ľuďmi, čo môže byť prospešné pre pacienta. Interakcia s inými ľuďmi napomáha k zvýšenej fyzickej a sociálnej aktivite. Ako jedna z možností, ktoré môžu pozitívne vplyvať na správanie pacienta s demenciou je možnosť stretávať sa zvieratami. Najčastejšie sa používajú psy, mačky, malé zajace. Zvieratá slúžia ako pozitívny zdroj neverbálnej komunikácie. Rôzne hravé interakcie a jemný dotyk so zvieratám pomáha pacienta s demenciou upokojiť a zároveň znižuje agresívne správanie.



Niektoré zariadenia poskytujúce kompletnú starostlivosť o pacientov s demenciou majú vlastné zvieratá, iné zariadenia využívajú organizácie, ktoré ponúkajú návštevné služby.

**Blúdenie** je jedným z problémov ošetrovateľskej starostlivosti. Pri blúdení sa pacient môže dostať do priestorov, ktoré môžu byť nebezpečné. Sú to najmä schody, balkóny, miestnosti s otvorenými oknami, čistiace miestnosti a tiež akékoľvek priestory, ktoré pacientovi umožnia odchod zo zariadenia (otvorené dvere). Dve základné príčiny blúdenia sú dezorientácia a nepokoj. Pacient s demenciou môže vykazovať známky nepokoja keď je hladný, smädný, trpí zápchou, má bolesti, je nervózny, stresovaný (Tariot, 1996). V týchto situáciách sestra uspokojí individuálne potreby pacienta. V prípade, že je nervózny a stresovaný presvedčí sa, či má dostatok pravidelného pohybu a fyzickej aktivity. V prípade zmätenosti pacienta upokojí, zistí príčinu zmätenosti, minimalizuje hluk. V prípade blúdenia, ktoré sa objavuje v určitú dobu, naplánuje na tento čas primeranú aktivitu. V prípade dezorientácie sa sestra poradí s lekárom, či príčina dezorientácie nemôže byť aj v dôsledku nežiaducich účinkov liekov, liekovej interakcie. Okrem týchto spôsobov, môže sestra aj prakticky zabrániť blúdeniu. Zabezpečením inštalácie bezpečnostného zariadenia na dvere, balkónové dvere a okná zabránime nekontrolovanému blúdeniu pacienta. Uschovaním topánok tak isto môže sestra prekaziť úmysel pacienta odísť. Zabezpečením pohodlného sedenia v kresle, ktoré obmedzuje pohyb, čiže je pre pacienta náročné vstať z kresla, tiež môže odradiť pacienta odísť a blúdiť. Ak sa stane, že aj napriek všetkým opatreniam sa pacient s demenciou stratí zo zdravotníckeho zariadenia je potrebné informovať budovy a zariadenia v okolí a políciu. Polícii sestra oznámi, že sa stratil starší človek s demenciou, ktorý má tendenciu odchádzať a túlať sa, požiada políciu o pomoc pri hľadaní a odovzdá aktuálnu fotografiu. Na požiadanie polícii môže poskytnúť nosené šaty. Službukonajúca sestra upozorní príbuzných na skutočnosť, že ich príbuzný môže prísť domov, prípadne sa informuje o tom, kde by sa podľa príbuzných mohol nachádzať. Pacient s demenciou si nedokáže zavolať pomoc, preto je potrebné ho čo najskôr nájsť. Môže sa dostať na miesta, odkiaľ sa nedokáže vrátiť, hrozí mu dehydratácia, podchladenie a úrazy. Do hľadania po stratenej osobe sa okrem polície zapojí aj zdravotnícke zariadenie. Určení pracovníci prehľadávajú okolie, kontrolujú nebezpečné oblasti v blízkosti zariadenia, ako sú vodné plochy, husté porasty, podchody a autobusové zastávky. Ak sa jedná o pacienta, ktorý sa stratil opakovane, prehľadávajú sa miesta, kde bol nájdený. Pokiaľ je podozrenie, že pacient

použil hromadnú dopravu, je potrebné zvážiť pravdepodobnosť miesta, ktoré je vo väčšej vzdialenosti.

**Ukrývanie a premiestňovanie** vecí, predmetov patrí medzi typické príznaky demencie. Pacient si niektoré veci, predmety schováva, pretože má pocit, že mu ich niekto zoberie. Niektoré veci, predmety premiestni a následne zabudne, kde ich dal (Tariot, 1999). Sestra môže niektoré miestnosti a skrine zamykať, aby k nim pacient nemal voľný prístup. Schovávať si pacient môže osobné veci, hygienické potreby, svoje obľúbené predmety, prípadne predmety zdravotníckeho zariadenia. Ak sa veci a predmety stratia, sestra sa snaží zistiť predpokladané úkryty. Ako predpokladaný úkryt môže byť aj odpadový kôš, preto pred likvidáciou odpadu je potrebné skontrolovať ich obsah. Dôležité je uzamykať miestnosť, kde sú uložené čistiace prostriedky, ktoré by mohol pacient premiestniť, uschovať a nakoniec vypiť. Tieto isté opatrenia sa týkajú aj premiestňovania liekov. Lieky musia byť uschované v pracovni sestier, musia byť zabezpečené tak, aby sa k nim pacient nikdy nedostal.

**Agresia, zlosť a agresívne správanie** sú sprievodnými znakmi demencie. Sestra počas ošetrovateľskej starostlivosti sa snaží vytvárať kludné prostredie, čo má veľký vplyv na zvládanie stresu, ktorý často vedie k agresívnemu správaniu. V prípade agresívneho správania sa sestra snaží pacienta vhodným spôsobom upokojiť, nesnaží sa o diskusiu, neoponuje. Pacient s demenciou nedokáže premýšľať o neprijateľnom správaní a nedokáže sa ovládať. Počas agresivity nie je vhodné sa pokúsiť o fyzický kontakt, pretože fyzický kontakt je často dôvodom fyzického násillia (Schneider, 2001). Sestra počas komunikácie poskytne pacientovi priestor, čas, aby sa upokojil. V prípade hroziaceho nebezpečenstva si sestra zavolá pomoc, alebo v najkrajnejšom prípade si zabezpečí bezpečný únik. Po odznení zlosti môže sestra prejsť na pacientovi príjemnejšiu tému alebo činnosť. Vždy sa snaží zistiť, čo bolo príčinou agresivity. Príčinou agresivity môže byť strata súkromia, nezávislosť, nuda, bolesť, akákoľvek činnosť prípadne únava. Pokiaľ sestra zistí, čo bolo príčinou, snaží sa v budúcnosti príčinu odstrániť. Objasnený dôvod, prečo prišlo k agresivite zaznamená do zdravotnej dokumentácie. Ak pacient niektoré činnosti nezvláda, sú pre neho záťaž, môže sestra jednotlivé činnosti rozdeliť. Nikdy nenechá pacienta pri akejkoľvek činnosti agresívneho, vždy zabezpečí súkromie a bezpečnosť pacienta. Niekedy stačí pacientovi pri činnosti pomôcť a agresivita je preč. Sestra nikdy nemôže brať agresívne správanie pacienta osobne.

**Halucinácie** môžu byť dôsledkom zlyhávania zmyslov. Udržiavanie rovnakého a pre pacienta pokojného prostredia môže pomôcť znížiť halucinácie (Borroni, 2008). Filmy plné násillia, negatívne televízne správy

môžu prispieť k paranoji, naopak filmy s pozitívnym obsahom môžu znížiť výskyt halucinácií. Pri výskyte halucinácií sestra pacienta nikdy nepresvedča o tom, čo je skutočné a čo fantázia, diskutuje s pacientom o tom, čo vidí a cíti, reaguje na emocionálny stav pacienta, sústreďí sa na obsah, čo pacient hovorí, ak má sestra obavy, že danú situáciu s pacientom nezvládne, požiada o odbornú pomoc lekára, ordinované lieky môžu niekedy prispieť k zníženiu halucinácií. Na halucinácie vplyva aj zmätok a strata pamäti, pacienti podozrievajú ľudí zo svojho okolia, zdravotnícky personál z krádeže, zrady, prípadne z iných vymyslených skutočností. Pri akýchkoľvek obvineniach, sestra pacientovi neoponuje, nepresvedča pacienta o tom, že jeho obvinenia sú neopodstatnené, snaží sa odvieť pozornosť na iné činnosti. Ak je podozrenie z krádeže konkrétnej veci, prípadne predmetu, ktorý pacient niekam založil, ako napríklad knihu, obľúbený predmet, môže sestra ponúknuť adekvátnu náhradu a tým zmierniť obavy.

**Spánok** je základnou biologickou potrebou človeka. Každé ochorenie mozgu často ovplyvňuje, naruša spánkový cyklus. Pacienti môžu byť bdelí, dezorientovaní, zmätení, tieto stavy začínajú večer a pokračujú počas celej noci. Problémy so spánkom majú dva aspekty. Za prvé to môže byť zmätok, stimulácie vykonávané počas dňa, a takisto únava počas dňa môže mať za následok zvýšenie zmätenosti, nepokoj a neistotu v noci. Za druhé, niektorí pacienti s demenciou môžu mať strach z tmy, môžu v noci hľadať bezpečnosť a ochranu, čím si zmierňujú nepohodlie (Hersch, 2007). Je niekoľko spôsobov, ktorými sestra môže minimalizovať problémy so spaním. Večer zabezpečí pohodlné lôžko, minimalizuje hluk a ostré svetlo, použije upokojujúcu hudbu, ktoré pomôže pacientom zaspáť. Ak pacient radšej spáva v kresle alebo v inej polohe ako v leže, zabezpečí jeho bezpečnosť. Je veľmi dôležité, aby mal pacient pravidelný denný režim, príprava na spánok bola približne každý deň v rovnakú hodinu a takisto boli dodržané rutinné činnosti napríklad pri večernej toalete. Okrem večernej toalety sestra uspokojuje individuálne potreby pacientov pred spaním, napríklad podanie teplého mlieka pred spaním. Dôležitým prvkom je v noci je nočné osvetlenie. Sestra môže použiť tlmené svetlo, čím eliminuje pacientov strach z tmy, a tým minimalizuje rozrušenie pacienta. Veľmi dobrý pomocníkom na navodenie pokojného spánku a upokojenie sú plyšové hračky v tvare zvierat, prípadne bábiky. Počas noci sestra zabezpečuje starostlivosť aj o vylučovanie pacienta, môže používať močové fľaše, podložné misy, pretože chádza na toaletu preruší spánkový cyklus a následne má pacient problém zaspáť. Počas dňa sestra zabezpečuje dostatok fyzickej aktivity pacienta, čím napomáha

pacientovi cítiť sa večer unavený. Vhodne zvolená pohybová aktivita má vplyv na pohyblivosť kĺbov, silu kosti, funkčný a nezávislý život, spánok i sebestačnosť (Puteková, 2015). Pokiaľ je pacient unavený počas dňa, sestra mu zabezpečí krátky odpočinok v popoludňajších hodinách na zotavenie, čo môže tiež viesť k lepšiemu spánku počas noci. Popoludňajší odpočinok nemôže trvať príliš dlho, pretože príliš veľa odpočinku môže spôsobiť nočné bdenie. Veľmi vhodné na podporu spánku je minimalizovanie kofeínu v popoludňajších hodinách (Hersch, 2007).

Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s demenciou je veľmi náročné a stresujúce. Každý deň sa zdravotnícky personál stretáva s novými rôznorodými problémami. Vzhľadom na rozsah a komplexnosť problémov je dôležitý proaktívny prístup a úprava plánu ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s demenciou.

## ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- BORRONI, B., AGOSTI, C., PADOVANI, A. (2008). *Behavioral and psychological symptoms in dementia with Lewy-bodies (DLB): frequency and relationship with disease severity and motor impairment*. [online] Arch Gerontol Geriatr. 2008. Vol.46. Pages 101–6. PMID17467082 [cit. 2013-01-10]. Dostupné na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17467082>.
- DLUGOŠOVÁ, A., TKÁČOVÁ, E. 2010. Komplexní ošetrovateľská péče o pacienta s demencií. In *Sestra*. Praha: Mladá Fronta, ISSN 1210-0404, roč. 20, č. 12, 2010, s. 50-51.
- DONNELLY, M., L. (2005). *Behavioral and psychological disturbances in Alzheimer disease: Assessment and treatment*. BCMJ, ISSN: 1916-2405 Vol. 47, No. 9, 2005, page 487-493.
- FINKEL, S., COSTAE, S. J., COHEN, G., MILLER, S., SARTORIUS, N. (1996). *Behavioural and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment*. International Psychogeriatrics 8 Suppl 3 (11):497-500.
- HERSCH, E.,C., FALZGRAF, S. (2007). *Management of the behavioral and psychological symptoms of dementia*. [online] Clin Interv Aging. 2007. Vol.2. No.4. Pages 611–621. PMID 18225462 [cit. 2013-02-17]. Dostupné na: <http://http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18225462>.
- JOOSSE, L.L., PALMER, D, LANG, N.M.(2013) *Caring for elderly patients with dementia: nursing interventions*, Nursing: Research and Reviews. Volume 2013:3 Pages 107—117, ISSN 2230-522X.
- KABÁTOVÁ, O. (2015). Elderspeak v ošetrovateľstve. In: *Cesta k modernému ošetrovateľstvu XVII*. Praha: Fakulní nemocnice v Motole, 2015. s. 90 – 94. ISBN 978-80-87347-20-1.

- LYKETSOS, C.,G., STEINBERG, M., TSCHANZ, J.,T., NORTON., M.,C., STEFFENS., D.,C., BREITNER., J.,C. (2000). *Mental and behavioral disturbances in dementia: Findings from the Cache County Study on Memory in Aging*. [online] Am J Psychiatry. 2000. Vol.157. No.5. Pages 708–714. PMID10784462 [cit. 2013-02-20]. Dostupné na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10784462>.
- NEIL., W., BOWIE., P. (2008) *Carer burden in dementia--assessing the impact of behavioural and psychological symptoms via self-report questionnaire*. [online] Int J Geriatr Psychiatry. 2008. Vol.23. No.1. Pages 60–64. PMID17603824 [cit. 2013-02-21]. Dostupné na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17603824>.
- PUTEKOVÁ, S. (2015). Senior a pohybová aktivita. In: *Cesta k modernímu ošetrovatelství XVII*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2015. ISBN 978-80-87347-20-1. CD-ROM; S. 59-61.
- SCHNEIDER, A.,S. (2001). *Aggressive behaviors among demented nursing home residents in Japan*. Int J Geriatr Psychiatry ISSN 1099-1166. 2001. Vo.16. Pages 209-215.
- TARIOT, P.,N. *Treatment strategies for agitation and psychosis in dementia*. J Clin Psychiatry. ISSN 0160 – 6689. 1996. Vol. 57. No.14. Pages 21-29.
- TARIOT, P.,N. *Treatment of agitation in dementia*. J Clin Psychiatry. ISSN 0160-6689. 1999. Vol. 60. No. 8. Pages 11-20.

# ERGONÓMIA V PRÁCI SESTRY

---

## ERGONOMICS IN NURSES' WORK

*Mihaľová Marianna*

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

### ABSTRAKT

Človek strávi priemerne polovicu svojho života v práci, kde je vystavený rôznym faktorom pracovného prostredia, ktoré môžu mať negatívny alebo pozitívny vplyv na jeho zdravie. Prezentácia je zameraná na vedomosti sestier v oblasti ergonómie a ich využívanie v praxi pri manipulácii s imobilným pacientom. Pracovné prostredie a podmienky sú dôležité nie len pre sestru, ale aj pre ostatných zdravotníckych pracovníkov, preto by mali byť vytvorené tak, aby efektivita práce bola čo najvyššia, t.j. aby dosahovali maximálny možný efekt pri liečbe a starostlivosti o pacientov.

**KEÚČOVÉ SLOVÁ:** Ergonómia. Prevencia. Manipulácia s pacientom. Fyzická záťaž sestier. Pracovné riziká.

### ÚVOD

Človek strávi priemerne polovicu svojho života v práci, kde je vystavený rôznym faktorom pracovného prostredia (fyzikálne, chemické, biologické, fyziologicko - 149 psychologické, psychosociálne a sociálno-ekonomické) ako i ďalších pracovných podmienok, ktoré môžu mať negatívny alebo pozitívny vplyv na jeho zdravie. Úlohou spoločnosti je vytvárať také podmienky, aby človek mohol svoju prácu vykonávať trvale, bez poškodenia zdravia a aby práca pozitívne vplývala na rozvoj jeho telesných a duševných schopností. V prípade, že sa zanedbávajú pracovné podmienky, pribúdajú pracovné úrazy, ochorenia ktoré vznikli v dôsledku pracovných podmienok (ochorenia z povolania) a iné poškodenia zdravia, stúpa celková chorobnosť, pracovná neschopnosť, znižuje sa produktivita práce, čo následne negatívne ovplyvňuje ekonomiku a kvalitu života celej spoločnosti. Poruchy svalov a kostí súvisiace s pracovným výkonom predstavujú závažný problém u zamestnancov nemocníc, predovšetkým v prípade ošetrovateľského personálu. Takéto poškodenia sa týkajú predovšetkým chrbta a ramena, čo môže byť v oboch prípadoch značne vyčerpávajúce. Ukázalo sa, že ošetrovateľská profesia patrí vo vzťahu k bolestiam dolnej časti chrbta k najrizikovejším povolaniam (Silvia at al., 2002). Primárnou príčinou vzniku týchto porúch je manipulácia s pacientom, ako dvíhanie, premiestňovanie a zmena pacientovej polohy.

**Ergonómiu** môžeme definovať ako náuku o vzťahoch medzi človekom, pracovným prostredím a pracovnými prostriedkami. Znamená určité požiadavky na úpravu práce a pracoviska. Hlavným cieľom ergonómie je uchovanie zdravia človeka, t. j. jeho fyzickej, duševnej a sociálnej spokojnosti, vytvorenie optimálnych podmienok pre výkon jeho práce a zabezpečenie pracovnej pohody. Okrem týchto faktorov má využívanie ergonomických zásad pozitívny vplyv aj na ekonomické ukazovatele. Tieto sú priamo ovplyvňované znížením nákladov na práceneschopnosť, úrazovosť, zvyšuje sa výkonnosť a teda aj rast produktivity práce.

Základné oblasti ergonómie podľa International Ergonomics Association (IEA) sú:

1. **Fyzická ergonómia** - zaoberá sa vplyvom pracovných podmienok a pracovného prostredia na ľudské zdravie. Patrí sem napríklad problematika pracovných polôh, manipulácia s predmetmi, opakované pracovné činnosti, profesionálne podmienené ochorenia najmä pohybového aparátu, usporiadanie pracovného miesta, bezpečnosť práce.
2. **Kognitívna (psychická) ergonómia** - je zameraná na psychologické aspekty pracovnej činnosti. Patrí sem psychická záťaž, procesy rozhodovania, zručnosti.
3. **Organizačná ergonómia** - je zameraná na optimalizáciu socio - technických systémov vrátane ich organizačných štruktúr, stratégií, postupov a podobne.

K špeciálnym oblastiam ergonómie podľa International Ergonomics Association (IEA) patria:

- **Myoskeletárna ergonómia** - ktorej predmetom je prevencia profesionálne podmienených ochorení pohybového aparátu so zameraním na ochorenia chrbtice a horných končatín z preťaženia.
- **Psychosociálna ergonómia** - zaoberá sa psychologickými požiadavkami pri práci a stresovými faktormi. Má úzky vzťah k myoskeletárnej ergonómii, pretože stres, psychologické a sociálne faktory významne ovplyvňujú výskyt ochorení pohybovo - podporného aparátu.
  - **Participačná (účastnícka) ergonómia** - podstatou je, že zmeny v usporiadaní pracoviska sú navrhované a realizované za spolupráce konkrétnych zamestnancov (Gilbertová, Matoušek, 2002).

## MANIPULÁCIA S PACIENTOM V ZDRAVOTNÍCTVE

Pod manipuláciou s pacientom sa u sestier, ale aj u ďalších zdravotníckych pracovníkov rozumieme hlavne vertikalizáciu a prenášanie pacienta. Manipulácia s pacientom sa uvádza ako najčastejšia príčina bolesti v lumbálnej oblasti u zdravotníckych pracovníkov. Aj keď najčastejšou príčinou bolesti v tejto oblasti je zdvíhanie a prenášanie, Práca sestry, fyzioterapeuta, ošetrovateľa v nemocnici, hospici, penzióne si vyžaduje zachovávanie zásad školy chrbta. Keď teda pracujeme s imobilným pacientom (zákon hovorí o 15 kg bremene - pacient však nie je „bremeno“) je potrebné zachovávať zásady pri dvíhaní ťažkého predmetu (Gúth, 2006; Palát, 2005; Gilbertova, Matoušek, 2002).

### Rôzne techniky manipulácie s pacientom

Manipulácia s pacientom znamená jeho dvíhanie, spúšťanie, držanie, tlačenie alebo ťahanie. Metódy manipulácie s pacientom možno rozdeliť do troch kategórií vzhľadom na rôzne spôsoby ich realizácie:

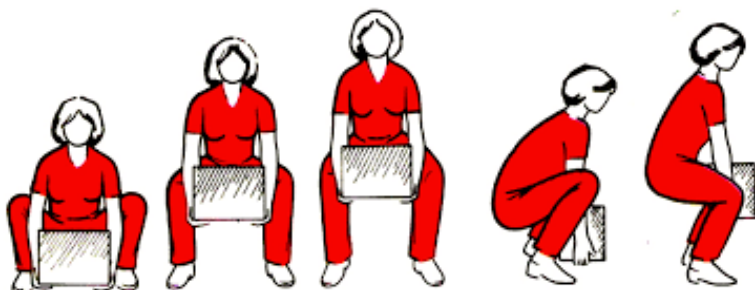
1. Ručné metódy presunu
2. Metódy presunu využívajúce malé pomôcky na manipuláciu s pacientom
3. Metódy presunu využívajúce veľké pomôcky na manipuláciu s pacientom

Určenie vhodnej techniky manipulácie s pacientom vychádza zo zhodnotenia potrieb a schopností pacienta.

*Obr. 1, 2 Využitie ergonomických princípov pri manipulácii s pacientom a bremenom.*







## ZÁVER

Náročnosť povolania sestry sa odráža najmä na vzťahu sestry k pacientovi. Veľmi náročné je zladenie odbornosti, dodržiavanie etických pravidiel vytvorenie tvorivej atmosféry, dôvery a emocionálnej podpory. Keďže požiadavky na prácu sestier sa neustále zvyšujú, je dôležité aby pracovné prostredie a podmienky v ktorých sestry pracujú boli vytvorené tak, aby efektivita ich práce bola čo najvyššia, t.j. aby sa dosiahol maximálny možný efekt v liečbe a starostlivosti o pacientov.

## ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- DIMUNOVÁ, L., ZAMBORIOVÁ, M., KOMOVÁ, M. 2009. *Ergonómia a jej uplatnenie v práci sestry*. [online] 2009. [cit. 2009-8-12]. Dostupné na internete: <http://zsf.osu.cz./dokumenty/sbornik04/dimunova.pdf>
- GÚTH, A. 2006. *Výchovná rehabilitácia alebo ako učiť Pilatesa v škole chrbtice*. Bratislava: Liečreh Gúth, 2006, 111 s. ISBN 80-88932-19-X
- GULÁŠOVÁ, I., ZACHAROVÁ, E., BREZA, J. 2009. Prieskum rizikových faktorov pre vznik vertebrogénnych problémov u sestier. In: *Zborník III. vedeckej konferencie pedagogických pracovníkov. Skalica: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, Detašované pracovisko Skalica, 2009. [CD-ROM]. 147 s. ISBN: 978- 80-89271-54-2.*
- GILBERTOVÁ, S., MATOUŠEK, O. 2002. *Ergonomie optimalizace lidské činnosti*. Praha: Grada Publishing a. s., 2002, 239 s. ISBN 80-247-O226-6.
- HATIAR, K. 2001. Individuálne nastavenie výšky pracovnej stoličky vo vzťahu k výške stola na pracoviskách pacientov, s postihnutím muskuloskeletálneho systému súvisiacim 157 s prácou, v rámci ergonomicky orientovaných rehabilitačných programov. In *EuroRehab*. ISSN 1210-0366. 2001. roč. XI., č.4. s.223 - 226.
- IŠTOŇOVÁ, M., PALÁT, M., ČECHOVÁ – ŠPIRKOVÁ, A. 2009. Význam ergonomie a otázky prevencie v pracovnom procese. In: *Zdravotníctvo a sociálna práca*. 2009. ISSN 1336-9326. roč. 4, č. 3 - 4, s. 75-76.

- LORKO, M., JAMBRICHOVÁ, Z. 1998. *Ergonómia*. Fakulta výrobných technológií Technickej univerzity v Košiciach, so sídlom v Prešove, 1998. 122s. ISBN 80-7099-392-8
- PALÁT, M. 2005. Možnosti a hranice ergonomickej rehabilitácie pri poruchách pohybového systému. In: *Revue medicíny v praxi*, roč. 3, č.3, 2005, s 25-26. ISSN 1336- 202X.
- SILVIA, C.E. et al. 2002. *An ergonomic comparison between mechanical and manual patient transfer techniques*, 2002, Work, 19 (19-34). Dostupné na: <http://iospress.metapress.com/content/pnjy9gfrjufxp43/>

**DEINŠTITUCIONALIZÁCIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB  
A NÁRODNÉ PRIORITY ROZVOJA  
SOCIÁLNYCH SLUŽIEB****DEINSTITUTIONALIZATION OF SOCIAL SERVICES  
AND NATIONAL PRIORITIES OF SOCIAL SERVICES'  
DEVELOPMENT***Michal' Radoslav*

Ústav Kráľovnej Pokoja z Medžugorja Bardejov

**ABSTRAKT**

Sociálne služby sú poskytované v záujme verejnosti, sú časťou širšej kategórie verejných služieb hradené z verejného rozpočtu. Môžu byť poskytované aj ako komerčná služba na základe zmluvy, poskytujú ju verejní ale aj neverejní (mimovládne organizácie a iné právnické a fyzické osoby) poskytovatelia, prípadne dobrovoľníci. Sú pomerne podrobne definované právnymi predpismi, vďaka čomu sú značne závislé na politickom rozhodovaní štátu, samosprávnych krajov a obcí.

**ABSTRACT**

Social services are provided in the public interest, part of a broader category of public services financed from the public budget. May be provided as a commercial service under the contract, providing it public but also private (non-governmental organizations and other legal and natural persons) providers or volunteers. They are quite precisely defined legislation, making them highly dependent on political decision-State autonomous regions and municipalities.

**ÚVOD**

Národné priority reflektujú aktuálnu situáciu poskytovania sociálnych služieb v Slovenskej republike, predovšetkým nedostatok kapacity sociálnych služieb poskytovaných v prirodzenom (domácom a komunitnom) prostredí občanov, potrebu zabezpečenia udržateľnosti financovania sociálnych služieb a rozvoja ich kvality. Vychádzajú z potrieb identifikovaných v národnom i európskom kontexte, s akcentom na dostupnosť a prístupnosť sociálnych služieb a ich dlhodobú finančnú udržateľnosť a efektívnosť.

## HISTÓRIA VÝVOJA KONCEPTOV SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

História vývoja konceptov sociálnych služieb k pochopeniu súčasného stavu kvality sociálnych služieb je nevyhnutné poznanie ich vývoja v relevantnom období, teda do konca. Dejinné udalosti v Slovenskej republike spôsobili, že sa sociálne reformy ako proces dotýkali našej krajiny až v niekoľkých posledných rokoch 20 storočia. V prvej polovici 20 storočia môžeme sledovať v Európe trend v sociálnych službách, charakterizovaný napĺňaním základných sociálnych potrieb ľudí ktorí sa nachádzali v stave existenčnej sociálnej odkázanosti. Nízka sociálna a zdravotná úroveň neumožňovala riešenie situácie sociálne odkázaných ľudí v ich prirodzenom prostredí. Situácia týchto občanov bola riešená centralizovaním a inštitucionalizovaním sociálnych služieb. Tieto vychádzali z predpokladu, že ľudia s rôznymi problémami sa najlepšie cítia medzi rovnako postihnutými. Zo sociálneho hľadiska bolo pozitívnym riešením v tom, že nové prostredie zabezpečovalo podmienky, ktoré dávali vyšší predpoklad pre zvládnutie ťažkých životných situácií. Pomoc bola motivovaná na základe kresťanských a humánne orientovaných filozofií. Základnou princípom sociálnych služieb bolo vytvorenie bazálnych podmienok pre hmotne, sociálne a zdravotne odkázaných ľudí k prekonaniu kritickej životnej situácie. Tieto inštitúcie však z rôznych dôvodov mali existenčné, ekonomické, priestorové a iné problémy. Zlepšenie sociálnej situácie občanov v rezidenčných inštitúciách bolo podmienené stratou spoločenských väzieb s prirodzeným prostredím najmä z dôvodu nedostatku takýchto inštitúcií, ktoré napĺňali základné biologické ale aj sociálne problémy ľudí. Zariadenia boli preplňované, pričom narastajúceho dopytu bola zvyšovaná ich kapacita na úkor možnosti zvyšovania kvalitatívnych kritérií. Tento tlak viedol k tomu, že v Európe vznikali veľké ústavy. Veľkokapacitné centrálné zariadenia boli modelom riešenia existenčnej sociálnej a hmotnej odkázanosti. Najčastejšími klientmi týchto zariadení boli zmyslovo, telesne a mentálne postihnutí, v rôznom veku ako aj opustení ľudia či klienti s psychiatrickými zdravotná starostlivosť. Ústavy boli naplňované na základe prirodzenej potreby obyvateľov, ale výrazným spôsobom boli kapacitne preťažované najmä v čase vojnových konfliktov a epidémiách. 60 - 70-te roky roky prinášajú vo vývoji zmenu z pohľadu, postojov na situáciu, v ktorej sa ľudia v núdzi nachádzajú. Zmeny vrcholila na rozhraní 60-tych a 70-tych rokov. Príčinou týchto zmien boli nové informácie z oblasti medicíny, psychológie, sociálnych vied, politológie, kultúry, ekonomiky ako aj ich aplikácia v spoločenskom prostredí. Zvyšovanie úrovne života obyvateľstva viedlo k prehodnocovaniu systému sociálnych služieb. Na jednej strane sa z odborného hľadiska ukazovali možnosti pre zlepšenie zdravotného a sociálneho stavu

klientov v ústavoch, zvyšovali sa tiež požiadavky pre existenciu rôznych typov zariadení. Tento pozitívny tlak viedol k tomu, že o zmenu systému takto poskytovaných služieb začínajú prejavovať záujem profesionáli s humanistickou orientáciou. Dochádza k prehodnocovaniu štruktúry sociálnych služieb v rezidenčných zariadeniach ako aj systému sociálneho zabezpečenia a riešenia životných situácií ľudí sociálne odkázaných.

Dochádza k prehodnocovaniu okolností za ktorých je nevyhnutné zbaviť občana straty pôvodného domáceho prostredia a to hlavne preto, že sa ukázali možnosti zvládnutia aj takýchto situácií v domacom prostredí. Voči podmienkam života v inštitúciách boli vyslovené vážne výhrady hlavne zo strany príbuzných. Kým v predchádzajúcej dobe pociťovali príbuzní umiestnenie svojho blízkeho ako 20 odbremenenie, v tejto dobe si začínajú viac všimnúť podmienky v ktorých ich príbuzní žijú, začínajú sa k týmto podmienkam kriticky vyjadrovať. Hlavnou črtou tohto obdobia bola tendencia k zmenám podmienok života ľudí v rezidenčných zariadeniach. Riešenie a odstraňovanie nehumánnych podmienok v sociálnych službách bolo označené ako proces humanizácie prostredia v zariadeniach.

Postupne sa spomaľuje preplňovanie ústavov, lebo sa menia kritéria pre posudzovanie sociálnej a hmotnej núdze ich obyvateľov. To vedie k vzniku nových typov sociálnych služieb, ktoré umožňujú pravidelný kontakt s prirodzeným prostredím do ktorého klient patrí a ktoré mu umožňujú aj návrat do tohto prostredia. Aj keď je v tom období ťažiskom sociálnych služieb stále tradičná rezidenčná sociálna služba, alternatívne typy služieb poskytujú postupne podmienky k efektívnejšiemu prenikaniu humanizácie a do prostredia tradičných služieb. Toto obdobie dnes označujeme ako prelomové, lebo odštartovalo reformu, ktorú v severných krajinách Európy označujú ako najväčšiu reformu storočia. Ukončenie druhej svetovej vojny prinieslo aj uvedomenie si potreby stavania novej doby, nových podmienok. Na Slovensku sa však možnosti k zmene sociálnych služieb spojených s celkovými zmenami spoločenského života v týchto rokoch zastavili a vrátili k socialistickým podmienkam. Zmeny, ktoré v tom čase štartovali v Európe tak neovplyvnili úroveň sociálnych služieb u nás. Postoj spoločnosti voči na pomoc odkázaným občanom bol orientovaný na ich čiastočnú alebo úplnú spoločenskú izoláciu. V ústavoch pre dospelých nie je možnosť pracovného uplatnenia. Poskytuje sa len rutinná starostlivosť, spolu sa v ústavoch nachádzajú ľudia s mentálnym postihnutím, psychiatrickí pacienti a alkoholicy. Nerieši sa nedostatok ústavov, existujúce sú v neúčelových objektoch, v bývalých kaštieľoch, kláštoroch, vojenských posádkach. Niektoré zariadenia v nich fun-

gujú dodnes. 80-te roky Napriek uskutočneným humanizačným a normalizačným zmenám sa ukázalo v 80-tych rokoch minulého storočia, že tieto zmeny majú síce z hľadiska celkových zmien veľký význam avšak výrazná zmena vzťahov voči sociálne odkázaným ľuďom nenastala. 80-te roky prinášajú zmenu vzťahov. Súvisí to s rozvojom sociálnej práce ako vedného odboru. Sociálna práca prináša nový rozmer vo vzťahu ku klientovi. Klient už nie je subjektom skúmania jeho špecifických potrieb s cieľom riešenia jeho sociálnej situácie, ale sa stáva v procese sociálnych služieb partnerom. Proces služieb je zameraný na vznik takých podmienok, ktoré by umožnili participáciu klienta na procese poskytovania služieb. Napriek problémom na oboch stranách vznikajú systémy služieb umožňujúce slobodné prejavenie svojich potrieb voči prostrediu v ktorom klienti žijú. V Anglicku vzniká možnosť seba obhájenia (selfadvocacy). Silné spoločenské lobby bolo doplnené hlasom samotných klientov, ktorým boli sociálne služby určené. Bol to dôvod, ktorý viedol k zmene kvality cez zmenu paradigmy na zaužívaný systém sociálnych služieb. Zo sociálno-právneho hľadiska vzniká pomerne silná opora v podobe deklarácií prijatých na rôznych úrovniach. Každá krajina, nachádzala vlastné zmeny a uplatňovala vlastné tempo a kvalitu týchto zmien. V decentralizovaných systémoch riadenia vznikajú rozdiely v uskutočňovaných reformách sociálnych služieb aj na regionálnej úrovni a aj medzi úrovňou týchto služieb poskytovaných na úrovni obce. Hlavným znakom procesu 80-tých rokov bola sociálna integrácia, ktorá priniesla zmeny v živote ľudí odkázaných na sociálne služby. Sociálna integrácia ako špecializovaná činnosť sociálnych služieb bola orientovaná na vytváranie takých podmienok, ktoré by umožňovali pobyt klientom v prostredí kde vyrastali za súčasnej pomoci príbuzných tak, aby bola táto skutočnosť pre nich znesiteľná a prospešná. Sociálna integrácia bola súčasťou zmien sociálnych služieb. Vznikajú denné a týždenné zariadenia, ktoré poskytujú sociálne služby na miestnej úrovni. V týchto formách služieb dochádza postupne k zvyšovaniu nárokov na vzdelanie pracovníkov, na ich diagnostickú, stimulačnú a rehabilitačnú funkciu. V zásade však ostáva u nás situácia aj v 80 rokoch nezmenená. Kým 80-te roky sú typické pre partnerské prostredie, v 90-tych rokoch dochádza ku kvalitatívnemu posunu najmä v tom, že sa tento proces stáva obojstranne sociálne priechodným. Táto zmena vedie k tomu, že sociálne služby ako proces sú neustále konfrontované z hľadiska poskytovanej kvality služieb. Sociálne služby poskytované na partnerskom princípe, kladú vysoké nároky na profesionalizáciu služieb. Na sociálneho pracovníka ako partnera sú kladené o to viac zvýšené nároky smerom k profesionálnemu zvládnutiu situácii klienta a to tak, že sám klient participuje na tomto procese. Úlohou sociálneho pra-

covníka je strategicky projektovať a udržiavať také sociálne prostredie, ktoré umožňuje mobilizovať klienta k riešeniu problémov v ktorých sa nachádza. V západnej Európe je takýchto zariadení desiatky. V takomto prostredí je potom možné s klientom spolupracovať, rešpektovať jeho vlastné tempo a pomáhať mu, aby našiel v prvom rade sám seba až potom možnosti vlastnej sebarealizácie.<sup>1</sup>

### SOCIÁLNE SLUŽBY

„Sociálna služba je odborná činnosť, obslužná činnosť alebo ďalšia činnosť alebo súbor týchto činností, ktoré sú zamerané na:

- a) prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, riešenie nepriaznivej sociálnej situácie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, rodiny alebo komunity,
- b) zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti fyzickej osoby viesť samostatný život a na podporu jej začlenenia do spoločnosti,
- c) zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby,
- d) riešenie krízovej sociálnej situácie fyzickej osoby a rodiny,
- e) prevenciu sociálneho vylúčenia fyzickej osoby a rodiny.“<sup>2</sup>

Chudoba znižuje nepriamo kvalitu života. Nielenže oberá človeka o možnosti skvalitniť svoj život, ale berie mu aj záujem o to. Príčinu toho, že kvalitu života ovplyvňujú peniaze sú rôzne, ale následky nedostatku peňazí v sociálnych službách cítíme všetci.<sup>3</sup>

Kvalita života je určujúcou hodnotou každého jednotlivca. Napriek tomu nie každý človek ju môže prijímať v rovnakej miere.<sup>4</sup>

Príčiny hospodárskej krízy je potrebné hľadať u človeka, a predovšetkým v:

1. jeho svedomí,
2. morálke života.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> KRUPA, S. - VARCHOLOVÁ, J. 2013 Systematické vzdelávanie pracovníkov sociálnych služieb. Prednášky k téme.

<sup>2</sup> Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách, § 2, ods. 1.

<sup>3</sup> MICHEL, R. 2013. Dopady hospodárskej krízy na kvalitu života a zdravie človeka. In BUGRI, Š. – BEŇO, P. – ANDREJIOVÁ. *Dopady hospodárskej krízy na kvalitu života, zdravia a sociálnu oblasť. Monografia.* Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča, 2013. ISBN 978-80-89464-23-4. s. 151-158.

<sup>4</sup> HANOBIK, F. 2013. Komunikácia a doprevádzanie onkologicky chorých pacientov. In BUGRI, Š. – BEŇO, P. – ANDREJIOVÁ. *Dopady hospodárskej krízy na kvalitu života, zdravia a sociálnu oblasť. Monografia.* Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča, 2013. ISBN 978-80-89464-23-4. s. 38-44.

Nezastupiteľný a určujúci vplyv na kvalitu sociálnych služieb má manažment zariadení sociálnych služieb, najmä štatutárny zástupca zariadenia, riaditeľ (ka) a ekonóm (ka). Sociálne služby sú poskytované na ne odkázaným a spoločensky znevýhodneným občanom, s cieľom zlepšiť kvalitu ich života, prípadne v maximálne možnej miere ich začleniť do spoločnosti, alebo spoločnosť chrániť pred rizikom, ktorého sú títo občania nositeľmi. Preto zohľadňujú tak osobu prijímateľa služby, jeho rodinu prípadne záujmy širšieho spoločenského prostredia.<sup>2</sup>

### **DEINŠTITUCIONALIZÁCIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB**

Deinštitucionalizácia je proces prechodu od inštitucionálnej starostlivosti ku komunitným službám, ktoré zabezpečujú jednotlivcovi nezávislý život, aktivitu a sociálnu participáciu.

Deinštitucionalizácia systému sociálnych služieb si taktiež vyžaduje dostatočný počet dobre vyškoleného personálu, ktorý bude zmenu realizovať. Musí byť vyzbrojený vedomosťami v oblasti komunitnej starostlivosti, ktorá je na rozdiel od inštitucionálnej starostlivosti, založená na partnerstve, na holistickom a interdisciplinárnom prístupe. Novým preškolením by mali prejsť zamestnanci, ktorí pracujú priamo s prijímateľmi sociálnych služieb v inštitucionálnom prostredí, a to aj v prípade, keď sú napojení na systém celoživotného vzdelávania. Ponúknutie možnosti pracovať v komunite a zabezpečenie dobrej prípravy zamestnancov na novú prácu, môže významne zmierniť odpor voči reforme. Je potrebné, aby zástupcovia skupiny prijímateľov sociálnych služieb boli zapojení ako školitelia personálu na všetkých úrovniach. Ku školiacim programom pre zlepšenie poskytovania starostlivosti by mali mať prístup i neformálni rodinní opatrovatelia. Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, jeho princípy a postupy by sa mali stať súčasťou učebných osnov formálneho vzdelávania v pomáhajúcich profesiách. V rámci transformačných projektov by sa mala venovať primeraná pozornosť aj podpore tej časti personálu, ktorý nebude pracovať v komunitných službách. Buď sa sprostredkuje práca v inom sociálnom zariadení alebo sa zabezpečí rekvalifikácia pre získanie práce iného charakteru.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> VANSÁČ, P. 2013. Etické príčiny hospodárskej krízy podľa Benedikta XVI.. In BUGRI, Š. – BEŇO, P. – ANDREJIOVÁ. *Dopady hospodárskej krízy na kvalitu života, zdravia a sociálnu oblasť. Monografia. Ústav sociálnych vied a zdravotníctva* bl. P. P. Gojdiča, 2013. ISBN 978-80-89464-23-4. s. 52-60.

<sup>2</sup> MATOUŠEK, O. a kol. 2007. *Sociální služby*. Praha: Portál 2007, s. 9.

<sup>3</sup> Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky. 2011. Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012–2015. [online]. [cit. 20. 03. 2015].



Základným zámerom transformácie a deinštitucionalizácie v Slovenskej republike je vytvorenie a zabezpečenie podmienok pre nezávislý a slobodný život všetkých občanov, odkázaných na pomoc spoločnosti, v prirodzenom sociálnom prostredí komunity, prostredníctvom komplexu kvalitných alternatívnych služieb vo verejnom záujme (vytváranie nových služieb a opatrení a/alebo rozširovaním a využívaním existujúcej siete komunitných služieb), ktoré im umožnia slobodný a nezávislý spôsob života s podporou komunity, odborníkov, členov rodiny.<sup>1</sup>

### **KVALITA A ŠPECIFICKOSŤ SOCIÁLNEJ SLUŽBY**

Jednou z univerzálnych definícií kvality je, že „kvalita je stupeň splnenia požiadaviek súborom typických znakov. Požiadavkou je potreba alebo očakávanie, ktoré sú určené, všeobecne sa predpokladajú alebo sú záväzné“<sup>2</sup>. Takými sú napr. zákony, vyhlášky, normy atd. Poskytované sociálne služby, ako výstupy procesov, môžeme označiť v tomto kontexte aj pojmom produkt.

Kvalita je taktiež ako pojem neodlučiteľne spojený s menom a prosperitou organizácie. Zvyšovanie kvality je prvým predpokladom znižovania nákladov, nižšej potreby zdrojov a v konečnom dôsledku vedie k lepšiemu uspokojovaniu potrieb zákazníkov a k prosperite organizácie.

Podľa normy STN EN ISO 9000:2006<sup>3</sup> je kvalita definovaná ako „miera, s akou súbor vlastných charakteristík produktu spĺňa požiadavky (klientov)“. V každej etape vývoja sa rozširovalo a menilo chápanie a obsah pojmu kvalita.

---

Dostupné na internete: [http://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialnapomoc/socialne-sluzby/nap\\_di.pdf](http://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialnapomoc/socialne-sluzby/nap_di.pdf).

<sup>1</sup> Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky. 2011. *Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike*. [online]. [cit. 20. 03. 2015]. Dostupné na internete: <http://www.employment.gov.sk/files/legislativa/dokumenty-zoznamy-pod/strategia-deinstitucionalizacie-systemu-socialnych-sluzieb-nahradnej-starostlivosti-1.pdf>.

<sup>2</sup> Norma ISO 9000:2001.

<sup>3</sup> ISO (Medzinárodná organizácia pre normalizáciu – International Organization for Standardization) je medzinárodná normalizačná agentúra so sídlom v Ženeve, ktorá združuje viac ako 100 členských krajín z celého sveta.

Komplexnejší pohľad na kvalitu sociálnych služieb prináša Martin (1993) v podobe pätnástich ukazovateľov:<sup>1</sup>

- *dostupnosť* – program je pre klientov bez problémov dostupný,
- *dôveryhodnosť* – pracovníci sú priateľskí, slušní, uvážliví,
- *komunikácia s verejnosťou* – informácie o programe sú podávané jednoduchšie a zrozumiteľnejšie,
- *kompetencie* – pracovníci majú potrebné znalosti a vedomosti,
- *naplňovanie štandardov* – program vyhovuje platným štandardom pre danú službu,
- *zdvorilosť* – pracovníci sa chovajú ku klientom zdvorilo,
- *dostatočnosť* – program vzhľadom k plánovaným cieľom obsahuje všetko podstatné,
- *trvalosť výsledkov* – efekt programu je dlhodobý,
- *empatie* – pracovníci chápu potreby klientov a prístupujú k nim individualizovane,
- *humánnosť* – pracovníci podporujú u klientov pocit vlastnej hodnoty,
- *výkonnosť* – program obsahuje vytýčené ciele,
- *spoľahlivosť* – program je poskytovaný stále rovnakým, jasne definovaným spôsobom,
- *vyhovujúci* – program je poskytovaný v dobe, ktorá je pre klientov vyhovujúca,
- *bezpečnosť* – program je poskytovaný pre klientov bezpečným spôsobom,
- *koherencia* – zložky programu, personál, miesto poskytovania a informácie poskytované o programe tvoria koherentný celok.

#### **ZÁKLADNÉ PROCESY PRECHODU Z INŠTITUCIONÁLNEJ NA KOMUNITNÚ STAROSTLIVOSŤ V SLOVENSKEJ REPUBLIKE NA ROKY 2012 – 2015**

Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v Slovenskej republike v rokoch 2012 – 2015 predpokladá niekoľko vzájomne prepojených úloh a aktivít. Tieto aktivity nie je možné dosiahnuť bez komplexného a multirezortného prístupu využívajúceho zapojenie všetkých relevantných zložiek spoločnosti, ktoré na jednotlivých úrovniach formujú verejnú politiku. Aktivity musia mať jasný časový rámec a rozpočet.

Proces prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb je náročný proces vyžadujúci si vytvorenie organizačnej zložky, ktorá ho bude koordinovať a riadiť. Proces koordinácie a

---

<sup>1</sup> MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha : Portál, 2007. s. 15. ISBN 978-80-7367-310-9.

riadenia bude založený na princípoch projektového riadenia a programového riadenia. Z tohto dôvodu je nevyhnutné v rámci Národného projektu DI zriadiť pri MPSVR SR Národné centrum pre podporu deinštitucionalizácie, ktoré bude tvoriť interný a externý odborný tím a regionálni/lokálni partneri (VÚC, obce a mestá). Hlavné úlohy Národného centra DI sú: 1. Riadenie a koordinovanie procesov DI Pri riadení deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb je nutné venovať systematickú pozornosť koordinácii kľúčových partnerov na národnej a regionálnej/lokálnej úrovni. Na národnej úrovni pôjde o obsahovú a časovú koordináciu Národného projektu podpory deinštitucionalizácie služieb starostlivosti, o koordináciu individuálnych investičných pilotných projektov realizovaných vybranými zariadeniami a o koordináciu prípravy a schvaľovania potrebných legislatívnych zmien, a to aj zmien v súvisiacich verejných službách (vzdelávanie, práca, bývanie). Po vertikálnej osi sa budú na národnej úrovni koordinovať predovšetkým procesy prebiehajúce na úrovni zapojených samosprávnych krajov. Na regionálnej/lokálnej úrovni sa bude implementovať investičná príprava komunitných služieb; príprava a rozvoj ľudských zdrojov pre tieto nové služby. Samosprávne kraje budú mať dôležité koordinačné úlohy vo vzťahu k personálu a prijímateľom služieb zariadení, ktoré budú deinštitucionalizované, ale rovnako budú zodpovedné za komplexné vybudovanie komunitných služieb vo vybraných lokalitách (mestách) v rámci svojej, zákonom uloženej koordinačnej funkcie v danom území.<sup>1</sup>

### **EKONOMICKÉ ASPEKTY PRECHODU Z INŠTITUCIONÁLNEJ NA KOMUNITNÚ STAROSTLIVOSŤ**

Ekonomické aspekty prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť Porovnanie ekonomickej efektívnosti komunitných a inštitucionálnych sociálnych služieb je možné robiť iba v kontexte s ich kvalitou. Transformácia a deinštitucionalizácia môže byť z krátkodobého hľadiska finančne náročný proces, ale z dlhodobého hľadiska, a predovšetkým z pohľadu prijímateľov sociálnych služieb sa jej ekonomická efektívnosť zvyšuje. Dôležité v tomto procese je vybudovať kvalitné komunitné a komplexné sociálne služby, ktoré budú v prirodzenom prostredí občanov. Európska štúdia: „Deinštitucionalizácia a komunitné služby – zisky a

---

<sup>1</sup> Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky. 2011. Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012–2015. [online]. [cit. 20. 03. 2015]. Dostupné na internete: [http://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialnapomoc/socialne-sluzby/nap\\_di.pdf](http://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialnapomoc/socialne-sluzby/nap_di.pdf).

náklady“ tvrdí: „Najväčšia opora ľudí so zdravotným postihnutím sú ich rodiny, priatelia a blízka sociálna sieť, ktoré sú však často bez akejkoľvek podpory, prípadne sú vnímané ako brzdy práce s občanmi so zdravotným postihnutím. Ak nie je dostupná podpora a starostlivosť od rodiny, je potrebné zamestnať platený personál, čo znamená vyššie priame náklady na systém starostlivosti.“ Ďalej sa v tejto štúdii uvádza, že potreby prijímateľov sociálnych služieb sa časom menia, a to najmä počas prvých mesiacov po premiestnení z inštitúcie do komunity. Preto je dôležité uvedomiť si, že systém služieb musí byť schopný reagovať na tieto zmeny flexibilne, keďže ľudia dlhodobo žijúci v inštitúciách budú mať v čase presťahovania sa do komunity veľmi málo skúseností, na základe ktorých si môžu vytvoriť očakávania na svoj život v novom prostredí. Fungovanie v dvoch systémoch počas deinštitucionalizácie bude náročné, a preto je potrebné zabezpečiť finančnú podporu nových komunitných služieb, a to takým spôsobom, aby tieto služby neostali finančne poddimenzované. V súčasnosti sa pripravuje úplne nový systém financovania sociálnych služieb, ktorý bude východiskový pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť a bude základom pre trvalú udržateľnosť nových služieb. Doteraz vykonané analýzy umožňujú robiť objektívne závery aj z hľadiska dopadov deinštitucionalizácie na ekonomiku tradičných a nových komunitných služieb. Ako príklad môžeme uviesť priemerné mesačné ekonomicky oprávnené náklady (EON) na jedného prijímateľa sociálnych služieb v domovoch sociálnych služieb pre osoby so zdravotným postihnutím, ktoré by mali prejsť deinštitucionalizáciou ako prvé, ktoré predstavujú priemernú sumu 658,- €. Z podrobnejších zdrojov samosprávnych krajov vyplýva, že nie je veľký rozdiel medzi priemernými EON na jedného prijímateľa v závislosti od kapacity poskytovateľa. Iný obraz dostaneme, keď porovnáme EON domova sociálnych služieb ako klasickej formy inštitucionálnej starostlivosti (priemerne 658,- €) a zariadenia podporovaného bývania (priemerne 400,-€) ako novej alternatívy po deinštitucionalizácii DSS. Priemerný rozdiel v mesačných EON na jedného prijímateľa je priemerne 258,- € v prospech zariadenia podporovaného bývania. Uvedený údaj nezohľadňuje náklady ďalších komunitných služieb, ktoré obyvateľ podporovaného bývania bude využívať. Napriek tomu môžeme z uvedených údajov predpokladať, že poskytovanie komunitných sociálnych služieb s nižšou kapacitou nepredpokladá výrazné zvýšenie nákladov na poskytovanie sociálnych služieb, práve naopak, v niektorých typoch služieb sa tieto náklady znížia. Tento predpoklad potvrdzuje aj európska štúdia Deinštitucionalizácia a komunitné služby – zisky a náklady, kde sa uvádza, že ak je existujúca inštitucionálna starostlivosť relatívne nízko nákladová (pozri zariadenie podporovaného býva-

nia), možno predpokladať, že presun ľudí s menej vážnym zdravotným postihnutím do komunitnej starostlivosti bude nákladmi porovnateľný, možno dokonca lacnejší, a zároveň bude udržaný rovnaký, ak nie lepší stupeň kvality sociálnej služby. Vzhľadom na ekonomickú náročnosť celého procesu (veľké množstvo zariadení s kapacitou nad 40 (cca. 255), nedostatkovosť, resp. úplná absencia komunitných služieb a opatrení) je financovanie procesov transformácie a deinštitucionalizácie nutné rozdeliť na viacero etáp. Proces transformácie a deinštitucionalizácie si vyžaduje na jednej strane výrazné kapitálové investície a na druhej strane je potrebné súbežne zabezpečiť financovanie tzv. „mäkkej“ časti týchto procesov, ktoré tvorí predovšetkým príprava a podpora prijímateľov sociálnych služieb, zamestnancov zariadení, ktorí budú realizovať zmeny. Ide hlavne o vzdelávacie aktivity, supervíziu, monitoring a hodnotenie procesov. Zároveň je nutné podporiť a financovať aj aktivity zamerané na informovanosť a prevenciu smerom ku komunite a odbornej a laickej verejnosti. Finančná analýza ekonomických dopadov na prijímateľov a komunitu bude realizovaná v rámci hodnotenia národných projektov. Obsahová a finančná náročnosť procesu deinštitucionalizácie a transformácie si bude vyžadovať viaczdrojové financovanie, a to najmä s využitím tak štátneho rozpočtu SR, rozpočtov vyšších územných celkov a územnej samosprávy (v rámci limitov rozpočtov verejnej správy) ako aj využitím doplnkových zdrojov zo štrukturálnych fondov Európskej únie – Európsky fond pre regionálny rozvoj (ERDF) a Európsky sociálny fond (ESF) (bude dodržaná synergie ERDF a ESF), finančných a dotačných mechanizmov (napr. dotačný mechanizmus MPSVR SR) a darov od fyzických a právnických osôb.<sup>1</sup>

#### **VÝVOJ PRÁVNEHO RÁMCA POSKYTOVANIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB V SLOVENSKEJ REPUBLIKE**

Vývoj právneho rámca poskytovania sociálnych služieb v Slovenskej republike Sociálne služby v Slovenskej republike sa od roku 2009 poskytujú v súlade so zákonom č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách, ktorý nadobudol účinnosť dňa 1. januára 2009 (s výnimkou vybraných ustanovení zákona, ktoré mali nadobudnúť účinnosť 1. januára 2011). Zákon č.

---

<sup>1</sup> Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky. 2011. *Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike*. [online]. [cit. 20. 03. 2015]. Dostupné na internete: <http://www.employment.gov.sk/files/legislativa/dokumenty-zoznamy-pod/strategia-deinstitucionalizacie-systemu-socialnych-sluzieb-nahradnej-starostlivosti-1.pdf>.

448/2008 Z. z. o sociálnych službách prvýkrát v samostatnom právnom predpise upravil právne vzťahy a podmienky poskytovania sociálnych služieb, ktorých cieľom je podporovať sociálne začlenenie občanov a uspokojovať sociálne potreby ľudí v nepriaznivej sociálnej situácii. Za nepriaznivú sociálnu situáciu sa považuje stav sociálnej núdze fyzickej osoby, rodiny a komunity, v ktorom sa táto osoba, rodina, komunita nachádza z dôvodu, že nemá zabezpečené základné životné potreby, pre svoje životné návyky, pre spôsob života, pre ťažké zdravotné postihnutie alebo nepriaznivý zdravotný stav, pre dovŕšenie dôchodkového veku, pre výkon opatrovania fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím, pre ohrozenie správaním iných fyzických osôb alebo z dôvodu, že sa stala obeťou obchodovania s ľuďmi. Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách upravuje aj vzdelávanie v sociálnych službách a udeľovanie akreditácie na vykonávanie vzdelávacích programov a odbornej činnosti. Sociálne služby podľa tohto zákona sa poskytujú prostredníctvom odborných, obslužných a ďalších činností, ktoré je poskytovateľ povinný poskytnúť alebo zabezpečiť v prípade, že sú tieto činnosti pri uvedených službách taxatívne vymedzené. Poskytovateľ môže vykonávať aj iné činnosti, ktoré zvýšia kvalitu sociálnej služby. Sociálne služby sú službami verejného záujmu a sú poskytované bez dosiahnutia zisku. Zákon však umožňuje aj poskytovanie sociálnych služieb v rámci živnosti alebo podnikania, t. j. na báze zisku. Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách rozdeľuje sociálne služby do niekoľkých skupín, v závislosti od povahy nepriaznivej sociálnej situácie alebo od cieľovej skupiny, ktorej sú určené, a to na sociálne služby krízovej intervencie, sociálne služby na podporu rodiny s deťmi, sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku, sociálne služby s použitím telekomunikačných technológií a podporné služby. Upravuje lekársku (s účinnosťou od 1. januára 2014 bola lekárska posudková činnosť nahradená zdravotnou posudkovou činnosťou) a sociálnu posudkovú činnosť na účely poskytovania sociálnej služby pri odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby, na základe ktorej sa určuje odkázanosť fyzickej osoby na sociálnu službu. Právna úprava rieši poskytovanie zdravotnej starostlivosti v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti vo vybraných zariadeniach sociálnych služieb priamo sestrami, t.j. zamestnancami týchto zariadení a zároveň upravuje poskytovanie sociálnej služby v zdravotníckom zariadení ústavnej starostlivosti. Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách pri registrácii zrovnoprávňuje poskytovateľov sociálnych služieb nakoľko tieto môže poskytovať len poskytovateľ zapísaný do registra poskytovateľov sociálnych služieb. V

osobitnej časti zákona je upravené financovanie neverejných poskytovateľov za splnenia zákonom stanovených podmienok. Pri vybraných druhoch sociálnych služieb sa ustanovuje 6 povinnosť obce alebo vyššieho územného celku, v závislosti od ich pôsobnosti, poskytovať neverejnemu poskytovateľovi vo vopred dohodnutom rozsahu finančné prostriedky vo forme finančného príspevku pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby vo výške stanovenej v prílohe zákona a finančného príspevku na prevádzku, ak ho požiadali o zabezpečenie tejto sociálnej služby. Zavádza sa viacúrovňové plánovanie – koncepcie rozvoja sociálnych služieb na úrovni samosprávneho kraja a komunitné plány na úrovni miestnej samosprávy. Komunitné plány sociálnych služieb obcí a koncepcie rozvoja sociálnych služieb vyšších územných celkov vychádzajú z národných priorít rozvoja sociálnych služieb vypracovaných a zverejnených MPSVR SR s cieľom plánovať sociálne služby tak, aby zodpovedali miestnym špecifikám a potrebám fyzických osôb a vychádzali z analýzy skutkového stavu poskytovania sociálnych služieb. Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách upravuje výkon dohľadu nad dodržiavaním tohto zákona a ostatných všeobecne záväzných právnych predpisov pri poskytovaní sociálnych služieb, ktorý vykonáva MPSVR SR. S účinnosťou od 1. 1. 2016 bude MPSVR SR hodnotiť aj kvalitu poskytovaných sociálnych služieb na základe nových podmienok kvality ustanovených v prílohe č. 2 k zákonu č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách.. Dňa 1. 3. 2011 nadobudol účinnosť zákon č. 551/2010 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon o sociálnych službách. Cieľom zmeny bolo zabezpečiť vykonateľnosť práva fyzickej osoby na výber poskytovateľa sociálnej služby. Zároveň sa zosúladiť ustanovenie § 8 ods. 2 a 3 zákona o sociálnych službách s Ústavou Slovenskej republiky v nadväznosti na nález Ústavného súdu Slovenskej republiky č. 332/2010 Z. z., ktorý rozhodol o nesúlade časti tohto ustanovenia zákona o sociálnych službách s Ústavou Slovenskej republiky. Iným spôsobom sa upravili niektoré ustanovenia, ktoré v praxi spôsobovali problémy, napríklad podmienky uhrádzania ekonomicky oprávnených nákladov medzi verejnými poskytovateľmi, niektoré podmienky poskytovania finančných príspevkov neverejným poskytovateľom a tiež sa upravili niektoré prechodné ustanovenia, ktoré odsunuli termín splnenia niektorých povinností obcí a vyšších územných celkov a povinnosti splnenia vybraných kvalifikačných predpokladov pracovníkov v sociálnych službách. Dňa 1.3.2012 nadobudol účinnosť zákon č. 50/2012 Z. z ktorým sa mení a dopĺňa zákon o sociálnych službách. Predmetom tejto novely zákona o sociálnych službách bola významná zmena spôsobu financovania zariadení sociálnych služieb zriadených alebo založených

obcami a neverejných poskytovateľov vybraných druhov sociálnych služieb prostredníctvom účelovej dotácie z rozpočtovej kapitoly MPSVR SR prostredníctvom finančného príspevku obciam, a to na financovanie zariadení sociálnych služieb, ktoré zriadil a na financovanie vybraných druhov zariadení sociálnych služieb, zriadených neverejnými poskytovateľmi na lokálnej úrovni. Cieľom tejto úpravy bolo riešiť pretrvávajúce problémy a krízovú situáciu vo financovaní sociálnych služieb a eliminovať riziko kolapsu existujúcich zariadení sociálnych služieb, ktorý by ohrozoval základné ľudské práva a slobody prijímateľov sociálnych služieb. Súčasne sa upravili vybrané podmienky poskytovania sociálnych služieb, podmienky posudzovania príjmu a majetku klienta a jeho rodiny, kvalifikačné predpoklady pre výkon práce opatrovateľky a oddialili sa viaceré povinnosti poskytovateľov sociálnych služieb (plnenie personálnych štandardov a debarierizácia zariadení), čím sa vytvoril priestor na použitie existujúcich finančných zdrojov na riešenie krízovej situácie v sociálnych službách. Právne sa upravila možnosť ukladania vysokej pokuty a zákazu činnosti tzv. „nelegálnym poskytovateľom“ s cieľom zabrániť vzniku takýchto neželaných subjektov a ochrániť práva dotknutých občanov a vytvárajú sa podmienky na poskytnutie bezodkladnej pomoci ohrozeným fyzickým osobám adekvátnou sociálnou službou.<sup>1</sup>

Za účelom zvýšenia príjmov samospráv sa priamo zákonom ustanovila minimálna výška úhrady za služby dlhodobej starostlivosti, a to vo výške minimálne 50 % ekonomicky oprávnených nákladov na sociálnu službu, určených obcami a vyššími územnými celkami v ich všeobecne záväzných nariadeniach. Vzhľadom na to, že takáto úprava vyvolala medzi prijímateľmi sociálnej služby negatívne reakcie, zákonom č. 185/2012 Z. z., ktorý nadobudol účinnosť dňa 29. 6. 2012 sa zrušila povinnosť samosprávy určovať úhradu za vybrané sociálne služby najmenej vo výške 50 % ekonomicky oprávnených nákladov na sociálnu službu. To znamená, že obce a vyššie územné celky si určujú aj naďalej výšku úhrady v súlade so svojou sociálnou politikou a to od 0 do 100 % ekonomicky oprávnených nákladov danej sociálnej služby. Dňa 28. 11. 2013 bol Národnou radou Slovenskej republiky schválený zákon č. 485/2013 Z. z., ktorý nadobudol účinnosť 1. 1. 2014. Cieľom tejto novely zákona o sociálnych službách bolo zlepšenie kvality sociálnych služieb, ich udržateľnosť a dostupnosť. Zmeny sa týkali zabezpečenia ochrany príjmu tých prijímateľov sociálnych služieb, ktorých príjmy sú veľmi nízke, t.j. sú pod hranicou zákonom určených súm životného minima alebo len nepatrne

---

<sup>1</sup> *Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015– 2020. 2014. Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny slovenskej republiky. s. 2-5.*



presahujúce túto hranicu a sú tiež zamerané na dosiahnutie takých podmienok, ktoré umožnia občanom zotrvať čo najdlhšie v ich prirodzenom prostredí a poskytovať komunitne orientované sociálne služby v súlade s prioritou vlády Slovenskej republiky, princípmi deinštitucionalizácie a so záväzkami Slovenskej republiky prijatými v medzinárodných dokumentoch. Podporuje sa vznik zariadení rodinného typu tým, že sa upravuje obmedzenie kapacity pri zriaďovaní nových zariadení sociálnych služieb. Zaviedla sa nová skupina sociálnych služieb krízovej intervencie, kam patria komunitné centrá a terénna sociálna služba krízovej intervencie, ktoré budú dôležitým nástrojom riešenia problémov v segregovaných komunitách a doteraz nemali legislatívnu oporu. Medzi ďalšie nové druhy sociálnych služieb a odborných činností patrí služba včasnej intervencie, špecifikuje sa poskytovanie sociálnej služby v zariadení podporovaného bývania v byte alebo rodinnom dome a stanovuje sa veková hranica pre pobyt v tomto zariadení a v zariadení pre seniorov, obmedzuje sa možnosť celoročného pobytu v domove sociálnych služieb. Podrobne sa upravujú podmienky kvality sociálnych služieb a systém ich hodnotenia. S kvalitou poskytovania sociálnych služieb súvisí aj kvalitný proces akreditácie vzdelávacích programov a odborných činností v sociálnych službách, preto boli bližšie špecifikované a precizované podmienky akreditácie. Upravili a sprísnilo sa podmienky registrácie a finančnej podpory z verejných zdrojov a zabezpečilo sa zvýšenie objektivity posudzovania odkázanosti na pomoc inej osoby. 8. Dňom 1. júla 2014 nadobudol účinnosť zákon č. 185/2014 Z.z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Týmto zákonom sa novelizoval aj zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách. Ide o novú právnu úpravu, ktorá zabezpečuje dovtedy neuskutočnenú previazanosť právnej úpravy poskytovania zdravotnej starostlivosti v právnych predpisoch v oblasti zdravotnej starostlivosti, s právnou úpravou poskytovania zdravotnej starostlivosti v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti vo vybraných zariadeniach sociálnych služieb (zariadenie pre seniorov, zariadenie opatrovateľskej služby, domov sociálnych služieb, špecializované zariadenie), ustanovenou v zákone o sociálnych službách. V tejto súvislosti sa upravuje nová forma poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorou je ošetrovateľská starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb poskytovaná v súlade so štandardnými ošetrovateľskými postupmi. Zo zdrojov verejného zdravotného poistenia je možné s účinnosťou od 1. júla 2014 uhrádzať 9 zdravotných výkonov

ošetrovateľskej starostlivosti, poskytovaných týmito zariadeniami sociálnych služieb prostredníctvom ich zamestnancov, ktorí spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania. Ide o zákonom ustanovenú možnosť uzatvárania zmluvy o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti medzi zdravotnou poisťovňou a zariadením sociálnych služieb. Pri zistení nesprávneho poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti môže Úrad podľa povahy veci uložiť pokutu.

Dňom 1. januára 2015 nadobudne účinnosť novela zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách vykonaná zákonom č. 219/2014 Z.z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých zákonov. V časti svojho normatívneho obsahu táto novela reaguje na novú právnu úpravu sociálnej práce a podmienok na výkon sociálnej práce, a to previazanosťou kvalifikačných predpokladov na výkon sociálnej práce v sociálnych službách s týmto zákonom. Touto novelou zákona o sociálnych službách sa ďalej odstraňuje právna prekážka na možnosť poskytovania sociálnej služby v zariadeniach uvedených v § 34 až 40 (zariadenia sociálnych služieb pre fyzické osoby odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre fyzické osoby, ktoré dosiahli dôchodkový vek) aj fyzickej osobe, ktorej súd uložil ochranné liečenie, ochrannú výchovu alebo umiestnenie v detenčnom ústave, ktoré sa majú vykonať ambulantnou formou, a fyzickej osobe, ktorej súd uložil ochranný dohľad. Spôsob výkonu ochranného opatrenia ambulantnou formou alebo ochranným dohľadom vo svojich dôsledkoch totiž predstavuje záver príslušného súdu o tom, že takáto fyzická osoba nie je pri pobyte na slobode nebezpečná pre svoje okolie, a tým nemôže predstavovať ani nebezpečenstvo ohrozenia života alebo zdravia ostatných prijímateľov poskytovanej sociálnej služby, resp. zamestnancov v sociálnych službách ani iných osôb. Zároveň vzhľadom na poznatky aplikačnej praxe sa umožňuje výkon posudkovej činnosti na účely posudzovania odkázanosti na sociálnu službu fyzických osôb, ktorým súd uložil podľa Trestného poriadku ochranné liečenie, ochrannú výchovu alebo umiestnenie v detenčnom ústave, ktoré sa majú vykonať ústavnou formou, ak táto posudková činnosť súvisí s ich prepustením z ochranného liečenia, ochrannej výchovy alebo umiestnenia v detenčnom ústave 9 alebo ukončením výkonu týchto ochranných opatrení, alebo zmenou spôsobu výkonu ochranného liečenia z ústavnej formy na ambulantnú formu rozhodnutím súdu v rámci súvisiacich konaní podľa Trestného poriadku, resp. s faktickým ukončením ochrannej výchovy dosiahnutím určenej vekovej hranice. V praxi vyplývajúcej z rozhodovacej činnosti súdu je totiž prepustenie z ochranného liečenia, ochrannej výchovy alebo umiestnenia v detenčnom ústave alebo ukončenie výkonu

týchto ochranných opatrení viazané na zabezpečenie kontinuity poskytovania potrebnej starostlivosti i poskytovaním sociálnej služby v zariadeniach. Pre kolíziu s nemožnosťou výkonu posudkovej činnosti podľa doterajšej právnej úpravy u týchto fyzických osôb na účely rozhodovania o ich odkázanosti na sociálnu službu, ktoré je podmienkou poskytovania sociálnej služby, nemohla byť v konečnom dôsledku splnená a preukázaná podmienka, na ktorú bolo viazané ich prepustenie z ochranného liečenia, ochrannej výchovy alebo umiestnenia v detenčnom ústave alebo ukončenie výkonu týchto ochranných opatrení.<sup>1</sup>

### ĎALŠIE VZDELÁVANIE A KVALIFIKÁCIA V SOCIÁLNYCH SLUŽBÁCH

Tímy odborných pracovníkov v zariadeniach sociálnych služieb majú multidisciplinárny charakter. Legislatívny rámec daného odvetvia sa pritom vzťahuje na odborných zamestnancov v pôsobnosti aj iných rezortov. Profesionálny rozvoj definuje ako „*proces prehlbovania, zdokonaľovania a rozširovania kvalifikácie profesijných kompetencií v súlade s najnovšími vedeckými poznatkami, spoločenskými potrebami a požiadavkami na výkon odbornej činnosti.*”<sup>2</sup> Taktiež definuje, že „*Profesijné kompetencie sú preukázateľné spôsobilosti potrebné na kvalifikovaný výkon odbornej činnosti.*”<sup>19</sup> Odborným pracovníkom dávajú odvetvové legislatívne rámce právo na ďalšie vzdelávanie a profesionálny rozvoj ale aj *povinnosť* udržiavať a rozvíjať svoje profesijné kompetencie prostredníctvom ďalšieho vzdelávania.

Problém povinnosti profesionálneho rastu neustálym celoživotným vzdelávaním pracovníkov sociálnych profesií v sociálnych službách, je viditeľný:

- vo všadeprítomnom nedostatku finančných zdrojov na prevádzku zariadení sociálnych služieb, ktoré najviac zvyšujú ekonomicky oprávnené náklady týchto zariadení,
- nízkej ponuke špecializovaných akreditovaných vzdelávacích aktivít a ich dostupnosti v čase a potrebnom priestore (napríklad priamo v zariadeniach),
- v nedostatočnej úrovni vyžadovanej kvalifikácii opatrovateľa aj sociálneho pracovníka.

---

<sup>1</sup> *Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015– 2020. 2014. Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny slovenskej republiky. s. 2-5.*

<sup>2</sup> *Zákon č.317/2009 Z.z. o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch*

Odborné vzdelávanie pracovníkov v domovoch sociálnych služieb ako nástroj pre realizáciu zmien a transformácie zariadení sociálnych služieb bol overený v projekte „Transformácia ZSS s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov“ (2005– 2007, EQUAL, ESF). Významným výsledkom projektu je poznatok, ktorý potvrdzuje *rozhodujúcu úlohu vzdelávania v zariadeniach sociálnych služieb*<sup>1</sup>.

## **NÁRODNÉ PRIORITY ROZVOJA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB NA ROKY 2015-2020**

Zabezpečiť dostupnosť sociálnych služieb v súlade s potrebami cieľových skupín a komunity Východiskom stanovenia tejto priority je skutočnosť, že komunitné sociálne služby (formou terénnych, ambulantných a nízko kapacitných pobytových sociálnych služieb) sú podľa dostupných štatistických údajov nedostatočne rozvinuté a ich fyzická a finančná dostupnosť je v rámci celej Slovenskej republiky nepostačujúca, čo dokumentujú aj výsledky SWOT analýzy. V dôsledku týchto skutočností sú nedostatočne vytvorené podmienky pre zotrvanie občanov v prirodzenom (domácom alebo komunitnom) prostredí. Zabezpečenie dostupnosti sociálnych služieb na komunitnej úrovni je v súlade s požiadavkami a princípmi uplatňovanými v medzinárodných ľudsko-právnych dokumentoch, ale aj s princípmi Európskeho spoločenstva o rozvoji sociálnych služieb orientovaných na občana. Vzhľadom na dôsledky starnutia populácie spojené i s predlžujúcim sa vekom dožitia, spojeným s nárastom počtu starších ľudí odkázaných na dlhodobú sociálno-zdravotnú starostlivosť, je potrebné vytvárať podmienky na dostupnosť a udržateľnosť tejto starostlivosti. Rovnako nedostatkovou službou sú aj služby na zosúladzovanie rodinného a pracovného života rodičov starajúcich sa o dieťa do troch rokov. Na dosiahnutie tejto priority je nevyhnutné zintenzívniť spoluprácu medzi zástupcami štátnej správy, regionálnej a lokálnej samosprávy a poskytovateľmi sociálnych služieb a na podporu rozvoja služieb v komunite využiť aj zdroje v rámci Integrovaného operačného programu a operačného programu Ľudské zdroje. Pojmom komunitné služby v predložennom materiáli označujeme súbor vzájomne prepojených a koordinovaných služieb poskytovaných v územne ohraničenej komunite, ktoré reagujú na potreby členov komunity a nejavia znaky inštitucionálnej starostlivosti. Hlavné znaky inštitucionálnej starostlivosti sa prejavujú tým, že:

- prijímatelia služby sú izolovaní od širšieho spoločenstva a/alebo sú nútení k spoločnému žitiu,

---

<sup>1</sup>KRUPA, S. 2014. *Transformácia domovov sociálnych služieb*. In Integrácia 1/2004 s. 5 – 6.

- prijímatelia služieb nemajú dostatočnú moc nad svojimi životmi a nad rozhodnutiami, ktoré sa ich týkajú,
- Podporiť rozvoj existujúcich a nových sociálnych služieb a odborných činností komunitného charakteru (sociálne poradenstvo a sociálna rehabilitácia, preventívna aktivita, terénna sociálna služba krízovej intervencie, domáca opatrovateľská služba, monitorovanie a signalizácia potreby pomoci, denné centrá, komunitné centrá, služby včasnej intervencie, podporu samostatného bývania, podporované bývanie, služby starostlivosti o dieťa do troch rokov veku a pod.) s dôrazom na služby pre rodiny, ktoré sa starajú o člena odkázaného na pomoc inej osoby pri sebaobslužbe,
- Prepojiť systém sociálnych služieb a zdravotnú starostlivosť do systému dlhodobej zdravotno-sociálnej starostlivosti, tak na úrovni komunitných, ako aj na úrovni pobytových služieb regionálneho charakteru v súlade s vládnymi dokumentmi a inými strategickými dokumentmi. Merateľné ukazovatele dosiahnutia priority do roku 2020,
- Zvýšiť percento počtu druhov sociálnych služieb a ich kapacity na komunitnej úrovni.
- Zvýšiť percento počtu zariadení sociálnych služieb, ktoré poskytujú sociálnozdravotnú starostlivosť.<sup>1</sup>

### NÁRODNÉ PRIORITY ROZVOJA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Sociálne služby sú súčasťou verejných politík, v ktorých sa jednoznačne presadzuje ľudsko-právny rozmer a orientácia na potreby a preferencie ich prijímateľov a prijímateľiek. Občania v dôsledku ich nepriaznivej sociálnej situácie odkázaní na verejné, osobitne sociálne služby, si majú právo uplatňovať svoje práva na slobodný a nezávislý život s podporou spoločnosti a nediskriminačnom princípe.

Národné priority rozvoja sociálnych služieb majú ambíciu zachytiť všetky kľúčové trendy v rozvoji sociálnych služieb 21. storočia pre ľudí v nepriaznivej sociálnej situácii odkázaných na pomoc a podporu inej osoby, či pre jednotlivcov a rodiny, ktoré sa náhle ocitli v nepriaznivej (krízovej) životnej situácii a potrebujú pomoc. Ich príprava, prijatie, no najmä následná realizácia si vyžaduje dosiahnutie zhody všetkých zainteresovaných strán. Ide o zodpovedanie zásadných otázok, osobitne: Aké zmeny

---

<sup>1</sup> *Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015– 2020. 2014. Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny slovenskej republiky. s. 2-5.*

plánovať v štruktúrovaní ponuky služieb pre obyvateľov a akým spôsobom ich realizovať? Na základe čoho vybaviť dané územie potrebnými službami? Ako účelne a hospodárne sieťovať jednotlivé služby v záujme dosiahnutia čo najkomplexnejších a najefektívnejších ponúk pre uspokojenie potrieb ľudí? Národné priority predstavujú výsledok spolupráce všetkých dôležitých aktérov. Širšia pracovná skupina, ktorá dokument pripravovala, bola zložená zo zástupcov/kýň obcí, samosprávnych krajov, organizácií zastupujúcich prijímateľov/ky i poskytovateľov sociálnych služieb, rovnako bol zastúpený vedecko-výskumný sektor. V rámci jeho prípravy bola vypracovaná SWOT analýza situácie v sociálnych službách, ktorá okrem iného identifikovala potrebu viacerých zásadných zmien v oblasti sociálnych služieb, osobitne v oblasti posudzovania odkázanosti na sociálne služby, proces prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, v oblasti financovania sociálnych služieb a rozvoja nových komunitných služieb.

Cieľom Národných priorít rozvoja sociálnych služieb je pozitívne ovplyvniť rozvoj sociálnych služieb v Slovenskej republike v rokoch 2015-2020 cestou formulovania základných priorít tohto rozvoja, predpokladov na dosiahnutie týchto priorít a merateľných ukazovateľov na posudzovanie ich splnenia. Špecifickými cieľmi Národných priorít je:

- zabezpečiť realizáciu práva občana na poskytovanie sociálnej služby so zohľadnením ľudsko-právneho a nediskriminačného prístupu a dôrazom na rešpektovanie ľudskej dôstojnosti,
- zabezpečiť dostupnosť sociálnych služieb v súlade s potrebami cieľových skupín a komunity,
- zabezpečiť rozvoj sociálnych služieb dostupných pre osoby v segregovaných lokalitách s prítomnosťou koncentrovanej a generálne reprodukovanej chudoby,
- zvýšiť dostupnosť komunitných sociálnych služieb s dôrazom na rozvoj sociálnych služieb pre rodinu, ktorá sa stará o svojho člena, odkázaného na pomoc inej osoby pri sebaobsluhe,
- deinštitucionalizovať sociálne služby,
- presadiť princíp integrovanej dlhodobej zdravotno-sociálnej starostlivosti,
- zaviesť systém zabezpečenia a hodnotenia podmienok kvality poskytovaných sociálnych služieb.<sup>1</sup>

## ZÁVER

---

<sup>1</sup> *Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015– 2020. 2014. Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny slovenskej republiky. s. 2-5.*

Najkľúčovejší problém poskytovania sociálnych služieb a to ich financovanie plánuje Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky (ďalej MPSVR SR) riešiť legislatívnymi zmenami v roku 2015.

Proces deinštitucionalizácie sociálnych služieb bude znamenať významný posun v kvalite poskytovania sociálnych služieb.

### ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- HANOBIK, F. 2013. Komunikácia a doprevádzanie onkologicky chorých pacientov. In BUGRI, Š. – BEŇO, P. – ANDREJIOVÁ. *Dopady hospodárskej krízy na kvalitu života, zdravia a sociálnu oblasť. Monografia.* Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča, 2013. ISBN 978-80-89464-23-4. s. 38-44.
- ISO (Medzinárodná organizácia pre normalizáciu – International Organization for Standardization) je medzinárodná normalizačná agentúra so sídlom v Ženeve, ktorá združuje viac ako 100 členských krajín z celého sveta.
- KRUPA, S. - VARCHOLOVÁ, J. 2013. *Systematické vzdelávanie pracovníkov sociálnych služieb.* Prednášky k téme.
- KRUPA, S. 2014. *Transformácia domovov sociálnych služieb.* In Integrácia 1/2004 s. 5 – 6.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby: Legislatíva, ekonomika, plánovaní, hodnotení.* Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MICHEĽ, R. 2013. Dopady hospodárskej krízy na kvalitu života a zdravie človeka. In BUGRI, Š. – BEŇO, P. – ANDREJIOVÁ. *Dopady hospodárskej krízy na kvalitu života, zdravia a sociálnu oblasť. Monografia.* Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča, 2013. ISBN 978-80-89464-23-4. s. 151-158.
- Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky. 2011. Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012–2015. [online]. [cit. 20. 03. 2015]. Dostupné na internete: [http://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialnapomoc/socialne-sluzby/nap\\_di.pdf](http://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialnapomoc/socialne-sluzby/nap_di.pdf).
- Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky. 2011. *Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike.* [online]. [cit. 20. 03. 2015]. Dostupné na internete: <http://www.employment.gov.sk/files/legislativa/dokumenty-zoznamy-pod/strategia-deinstitucionalizacie-systemu-socialnych-sluzieb-nahradnej-starostlivosti-1.pdf>.
- Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015– 2020. 2014.* Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny slovenskej republiky. 42 s.

VANSAČ, P. 2013. Etické príčiny hospodárskej krízy podľa Benedikta XVI.. In BUGRI, Š. – BEŇO, P. – ANDREJIOVÁ. *Dopady hospodárskej krízy na kvalitu života, zdravia a sociálnu oblasť. Monografia*. Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča, 2013. ISBN 978-80-89464-23-4. s. 52-60.

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách.



**VZDELÁVANIE ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV  
V SLOVENSKEJ REPUBLIKE****HEALTH CARE WORKERS' EDUCATION  
IN SLOVAK REPUBLIC**

<sup>1</sup> Moškurjak Patrik - <sup>2</sup> Strápková Janka - <sup>3</sup> Strápková Janka - <sup>4</sup> Šluhová  
Iveta - <sup>5</sup> Fehérová Erika

<sup>1-5</sup> Slovenská komora medicínsko-technických pracovníkov v Trenčíne

**ABSTRAKT**

Celoživotné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov je upravené európskymi smernicami, ktoré kladú dôraz na zabezpečenie celoživotného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. Povinnosťou členských štátov je zabezpečiť sústavné vzdelávanie a ponechať na ich zodpovednosti akým spôsobom túto povinnosť splnia. V koncepcných, strategických a právnych predpisov Slovenskej republiky sa tento záväzok jedného z členských štátov Európskej únie premieta.

**KLÚČOVÉ SLOVÁ:** vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov, európske smernice, stavovské organizácie - komory, zložky sústavného vzdelávania, kritéria sústavného vzdelávania,

Sústavné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov je priebežne obnovovanie a udržiavanie získanej odbornej spôsobilosti v súlade s rozvojom príslušných odborov po celý čas výkonu zdravotníckeho povolania. Vzdelávanie pre zdravotníckych pracovníkov príslušného zdravotníckeho povolania zabezpečuje zamestnávateľ a stavovská organizácia, v ktorej je zdravotnícky pracovník registrovaný, samostatne alebo v spolupráci so vzdelávacími inštitúciami a odbornými spoločnosťami Slovenskej lekárskej spoločnosti, inými medzinárodne uznanými odbornými spoločnosťami alebo profesiovými združeniami a poskytovateľmi.

Sústavné vzdelávanie zdravotníckeho pracovníka sa hodnotí v pravidelných päťročných cykloch počítaných odo dňa registrácie, okrem sústavného vzdelávania zdravotníckeho pracovníka, ktorý poskytuje záchrannú zdravotnú službu a ktorého sústavné vzdelávanie sa hodnotí v pravidelných jednoročných cykloch počítaných odo dňa vzniku pracovného pomeru. Ďalšie hodnotenie sa vykonáva vždy po uplynutí každých ďalších piatich rokov od dátumu posledného hodnotenia. Hodnotenie sa vyhotovuje písomne.

Priznávanie kreditov za sústavné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov (*Kredit* – je jednotka určená na hodnotenie sústavného vzdelávania). Kredity sa pridelujú výlučne za odbornú časť aktivity.

- Nemerateľná zložka – za samostatné štúdium a výkon zdravotníckej praxe v príslušnom odbore najmenej štyri roky v priebehu piatich rokov sa zdravotníckemu pracovníkovi prizná 50 kreditov, v zdravotníckom povolani v kategórii lekár a v kategórii zubný lekár 100 kreditov a lekárovi, ktorý vykonáva posudkovú činnosť 150 kreditov. Za samostatné štúdium a výkon zdravotníckej praxe v rámci štátnej služby profesionálnych vojakov ozbrojených síl Slovenskej republiky mimo územia Slovenskej republiky sa za každý rok tohto výkonu profesionálnej služby zdravotníckemu pracovníkovi prizná 20 % z ustanoveného celkového počtu kreditov.
- Merateľná zložka – zvyšovanie odbornej spôsobilosti, špecializačné štúdium, certifikačná príprava, odborná stáž, aktívna a pasívna účasť na vzdelávacích aktivitách (okresná, krajská, celoslovenská a medzinárodná úroveň), pedagogická činnosť, publikačná činnosť.

#### VÝSLEDOK HODNOTENIA

Splnenie podmienok sústavného vzdelávania „*splnil*“ – zdravotnícky pracovník je povinný preukázať minimálne 100 kreditov pri hodnotení sústavného vzdelávania. Kredity môže v rámci päťročného hodnotiaceho obdobia získať za merateľnú a nemerateľnú zložku. Do nasledujúceho sústavného hodnotenia zdravotníckeho pracovníka je možné preniesť maximálne 10% kreditov z ustanoveného celkového počtu kreditov.

- Výkon praxe zdravotnícky pracovník dokladuje potvrdením od zamestnávateľa, kde musí byť uvedené trvanie pracovného pomeru /v prípade, ak zdravotnícky pracovník v hodnotiacom období pracoval u viacerých zamestnávateľov, je potrebné preukázať potvrdenie o praxi od každého z nich/.
- Účasť na aktivitách sústavného vzdelávania preukáže zdravotnícky pracovník prostredníctvom potvrdení o účasti, ktoré obdržal od organizátora aktivity sústavného vzdelávania.
- Pokiaľ zdravotnícky pracovník získal dostatočný počet kreditov, stavovská organizácia komora mu zašle rozhodnutie potvrdzujúce splnenie podmienok sústavného vzdelávania.

Nesplnenie podmienok sústavného vzdelávania „*nesplnil*“ – ak zdravotnícky pracovník nepreukáže 100 kreditov pri hodnotení sústavného vzdelávania. V tomto prípade ukladá komora zdravotníckemu pracov-

níkovi, aby najneskôr do 3 až 6 mesiacoch od dátumu hodnotenia odstránil zistené nedostatky podľa odporúčaní uvedených na protokole výsledku hodnotenia sústavného vzdelávania, odporúčaní hodnotiteľa alebo na základe konzultácie s stavovskou organizáciou. Ak zdravotnícky pracovník v danej lehote neodstráni zistené nedostatky, stavovská organizácia rozhodne o doplnení vedomostí sústavného vzdelávania, ktoré bude zodpovedať chýbajúcemu počtu kreditov. V rozhodnutí o doplnení vedomostí sústavného vzdelávania stavovská organizácia určí rozsah, spôsob a lehotu na doplnenie vedomostí sústavného vzdelávania a zároveň začne správne konanie o uložení pokuty.

1. Pokiaľ zdravotnícky pracovník v stanovenej lehote získa chýbajúce kredity, stavovská organizácia mu vydá rozhodnutie s výrokom „Splnil“, pričom ďalší cyklus hodnotenia sústavného vzdelávania mu začne plynúť odo dňa ukončenia cyklu – deň registrácie.
2. Ak zdravotnícky pracovník v danej lehote neodstráni zistené nedostatky, prezídium komory vydá rozhodnutie o nespĺnení podmienok sústavného vzdelávania. O tejto skutočnosti komora oboznámi jeho zamestnávateľa a Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.
3. Voči rozhodnutiu prezídia o nespĺnení podmienok sústavného vzdelávania je zdravotnícky pracovník oprávnený podať odvolanie spolu s odôvodnením do 15 dní odo dňa doručenia rozhodnutia. O odvolaní rozhodne Rada komory do 30 dní odo dňa doručenia odvolania, v obzvlášť komplikovaných prípadoch do 60 dní odo dňa doručenia odvolania.

Nehodnotenie sústavného vzdelávania – „nehodnotí sa“ - ak v rámci päťročnéhohodnotiaceho obdobia dôjde k prerušeniu výkonu povolania na obdobie dlhšie ako 1 rok (12 mesiacov), ale kratšie ako 4 roky (48 mesiacov), zdravotnícky pracovník nespĺňa výkon zdravotníckej praxe v príslušnom odbore najmenej štyri roky v priebehu piatich rokov a z tohto dôvodu mu nebude priznaných 50 kreditov za nematerálnu zložku. Sústavné vzdelávanie sa v tomto prípade nehodnotí, o čom zdravotnícky pracovník obdrží rozhodnutie. Ak zdravotnícky pracovník začne opätovne vykonávať povolanie, prejde u zamestnávateľa obnovením vedomostí a zručností v zmysle ustanovenia § 34 zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti. Zdravotníckemu pracovníkovi začne plynúť 5 - ročný hodnotiaci cyklus odo dňa, kedy začal opäť vykonávať povolanie, čo zamestnávateľ uvedie na doklade o obnovení vedomostí a zručností. Doklad o obnovení vedomostí a zručností je zdravotnícky pracovník povinný zaslať do stavovskej organizácie.

## **OZNAMOVANIE ROZHODNUTIA O SPLNENÍ/NESPLNENÍ PODMIENOK SÚSTAVNÉHO VZDELÁVANIA**

Výsledok hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckeho pracovníka zasiela stavovská organizácia príslušná na vedenie registra hodnotenému zdravotníckemu pracovníkovi a Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou písomne najneskôr do 3 mesiacov od vykonania hodnotenia.

Ak zdravotnícky pracovník vykonáva zdravotnícke povolanie

- V pracovnoprávnom vzťahu alebo v obdobnom pracovnom vzťahu – aj jeho zamestnávateľovi.
- Na náklade povolenia na prevádzkovanie zdravotníckemu zariadeniu alebo povolenia vydaného na základe osobitného predpisu aj orgánu príslušnému na vydanie povolenia.
- Na základe živnostenského oprávnenia podľa osobitného predpisu aj živnostenskému úradu, ktorý živnostenské oprávnenie vydal.

## **ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky, *Sústavné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov*. Dostupné na internete: <http://www.health.gov.sk/?sustavne-vzdelavanie-zdravotnickych-pracovnikov>

BENĽUŠOVÁ K., 2006, *Vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov v Slovenskej republike*. Dostupné na internete: [www.health.gov.sk/Zdroje/?Sources/vzdelavanie/Vzdelavanie\\_zdravotnickych\\_pracovnikov\\_v\\_SR.pdf](http://www.health.gov.sk/Zdroje/?Sources/vzdelavanie/Vzdelavanie_zdravotnickych_pracovnikov_v_SR.pdf) celoživotné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov

Zákon č. 578/2004 Z. z. Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Vyhláška č. 366/2005 Z. z. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov.

NARIADENIE VLÁDY č. 296/2010 Z.z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností.

**POMÁHAJÚCI VZŤAH V PRIESTORE  
DEINŠTITUCIONALIZÁCIE SOCIÁLNYCH SLUŽIEB**  
**HELPING RELATIONSHIP IN THE AREA  
OF SOCIAL SERVICES DEINSTITUTIONALIZATION**

*Mráz Martin*

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

**ABSTRAKT**

Článok pojednáva o dôležitosti pomáhajúceho vzťahu medzi pomáhajúcim pracovníkom a jeho klientom. V príspevku vychádzame z toho, že jedným z významných faktorov klientovej zmeny je práve pomáhajúci vzťah. Bližšie opisujeme problematiku blízkosti, hraníc a asymetrie resp. symetrie pomáhajúceho vzťahu v kontexte deinštitucionalizácie sociálnych služieb.

**KLÚČOVÉ SLOVÁ:** Pomáhajúci vzťah, blízkosť, hranice, sociálna práca

**ABSTRACT**

This article discusses the importance of the helping relationship between social worker and his client. In this article we assume that the helping relationship is one of the significant factors of client's change. We give a detailed description of the issue of proximity, borders and asymmetry respectively symmetry of the helping relationship in the context of deinstitutionalization of social services.

**KEY WORDS:** Helping relationship, proximity, boundaries, social work

**ÚVOD**

Vytvoriť vzťah medzi pomáhajúcim pracovníkom a klientom je základom pre kvalitnú prácu s klientom a jeho problémom. Do sily, kvality pomáhajúceho vzťahu zasahuje množstvo objektívnych, ale aj subjektívnych faktorov. To znamená, že snaha o zachytenie toho čo sa nazýva pomáhajúci vzťah môže byť problematická. Poznáme viacero ideových prúdov, ktoré sa viac či menej úspešne uplatňujú v praxi pri práci s klientom. Na jednom okraji sa drží direktívny prístup, ktorý je v našej zemepisnej šírke skôr odrazom komunistickkej minulosti krajiny, na druhom okraji stojí holistický prístup, prístup zameraný na človeka, ktorý je vo svojej podstate postavený na vzťahu človeka k človeku. Vo svojich

prácach sa odborníci vyslovujú za dôležitosť vzťahu pomáhajúceho pracovníka a klienta v pomáhajúcej praxi. Toto tvrdenie potvrdzuje i Géringová (2011) keď hovorí: „*Faktom pre našu prácu ostáva, že kvalita vzťahu medzi pomáhajúcim a klientom značne ovplyvňuje kvalitu samotného procesu pomáhania.*“

### TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ POMÁHAJÚCEHO VZŤAHU

Základným východiskom pomáhajúcej profesie je pomoc. Géringová (2011) hovorí, že existujú minimálne dve od seba sa líšiace teórie pohľadu na pomoc. Prvá hovorí o tom, že pomoc je iba výsledkom biologických pudov súvisiacich s vnútornou povinnosťou množiť sa a prežiť. Druhá hovorí, že pomoc nemôžeme zúžiť len na pudovú záležitosť. Títo autori považujú pomoc za niečo jedinečné a humánne. Iní autori považujú za základ pomoci medzi ľuďmi istý kultúrny princíp, v kontexte afiliácie, teda základnej prirodzenosti človeka vytvárať sociálne vzťahy a vyhľadávať ich.

Rogers (In: Nykl, 2012, s. 49) sa vo svojich prácach zamýšľa nad pojmom pomáhajúci vzťah. Sám sa konkrétne pýta: „*Ako môžem vytvoriť vzťah, ktorý tento človek môže využiť k rozvoju svojej osobnosti?*“ Soudková (2009), ktorá vysvetľuje teóriu Carla Rogersa poukazuje na to, že pre vytvorenie efektívneho pomáhajúceho vzťahu sú potrebné tri zložky na strane pomáhajúceho pracovníka. Sú nimi: **empatia** alebo tiež schopnosť vcítiť sa do sveta toho druhého. **Akceptácia** čiže bezpodmienečné prijatie ako uvádza Nykl (2012, s.34) je to „*niečo ako úcta k človeku alebo rešpekt, ale bez výhrad, bez podmienok.*“ Autor považuje akceptáciu za základný kameň dôverného vzťahu. Treťou zložkou je **kongruencia**, autenticita alebo tiež rýdzosť, nefalšovaná skutočnosť medzi tým čo pomáhajúci pracovník prežíva a ako sa správa.

Mahrová, Venglářová (2011) zasa píše, že k základným princípom, ktoré podporujú dobrý vzťah medzi pomáhajúcim a klientom patria rešpekt, dobrý úmysel, flexibilita, dôvera a partnerstvo.

Schwartz, Flowers (2009) poukazujú na zaujímavý fakt. Veľká časť študentov, ktorí v škole vykazovali zlé výsledky, zriedkakedy svoje školské neúspechy zdôvodňovali tým, žeby bolo pre nich učivo ťažké. Študenti tento fakt prisudzovali tomu, že jednoducho nemali radi svojho učiteľa. Toto tvrdenie len potvrdzuje, že vytváranie vzťahu ovplyvňuje výsledky klienta. A na to poukazujú tiež Castonguay a kol. (In: Schwartz, Flowers, 2009, s. 38) keď uvádzajú, že výskumy v danej problematike poukazujú na to, že výsledky klienta „*korelujú oveľa vyššie s činiteľmi vzťahu, než so špecializovanými liečebnými technikami.*“

Leczová (2015) zohľadňuje fakt, že existujú rozdiely v interakcii medzi pomáhajúcim pracovníkom a klientom vzhľadom na konkrétnu situáciu. Poukazuje na to, že sociálny pracovník môže do stretu s klientom prichádzať i v takých podmienkach, kde medzi ním a klientom nemožno hovoriť o vytvorení vzťahu. Avšak toto len potvrdzuje, že je veľmi dôležité aby i v krátkodobom kontakte s klientom bol sociálny pracovník ten kto bezpodmienečne prijíma, prejavuje empatický záujem a to všetko robí autenticky a živo.

### **HORIZONTALITA A VERTIKALITA V POMÁHAJÚCOM VZŤAHU**

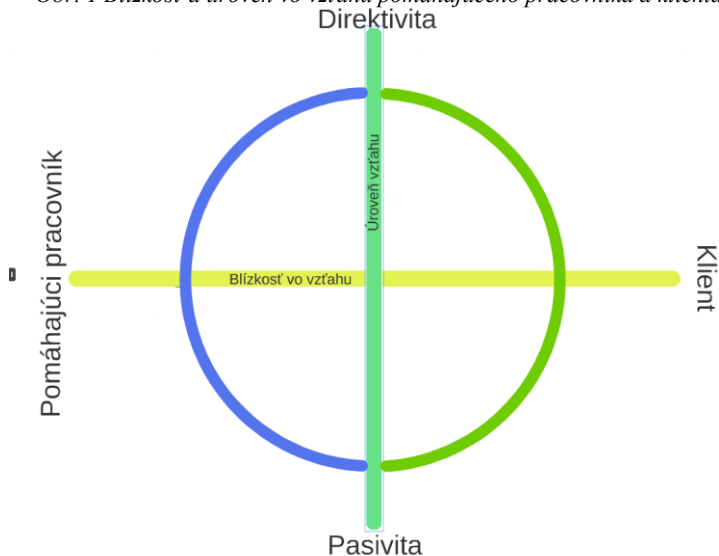
Pomáhajúci vzťah môže nadobúdať rôznu mieru sily a kvality medzi pomáhajúcim pracovníkom a klientom. Okrem toho však každý pomáhajúci vzťah odlišuje i miera blízkosti medzi klientom a pomáhajúcim. Blízkosť vo vzťahu je vnímaná ako hranica medzi dvoma ľuďmi. Géringová (2011, s. 161) ju definuje ako „*vymedzenie priestoru odkiaľ-kam s jasným ohraničením ja-ty.*“ Na povrchu sa táto hranica môže zdať jasne vymedzená, no nie je tomu stále tak. Schwartz a kol. (2008) dávajú rady pomáhajúcim pracovníkom ako budovať hranice v pomáhajúcom vzťahu. Odporúčajú stanoviť si jasné medze v kontakte s klientom, vyhýbať sa fyzickej intimite, udržiavať primeraný emočný odstup. Udržiavať primerané hranice sa žiada pri každej pomáhajúcej práci, bez nich nemôže byť práca dostatočne profesionálna a kvalitná. Problém nastáva pri určovaní toho čo sa skrýva pod pojmom „primerané“. Na jednej strane môže nastať situácia, že nadmerná identifikácia sa s klientovým problémom zavedie pomáhajúci vzťah až k tomu, že klientova bolesť sa stane i bolesťou pomáhajúceho pracovníka. Na strane druhej môže nastať situácia kde si pomáhajúci pracovník vytvorí prílišný emocionálny odstup. Ani v jednom z týchto prípadov sa nám v konečnom dôsledku nepodarí vytvoriť produktívny, profesionálny a kvalitný pomáhajúci vzťah.

Ďalšou dilemou, ktorá sa zdá byť aktuálna je otázka symetrie resp. asymetrie vzťahu medzi pomáhajúcim a klientom. Podľa Musila (2004) súvisí asymetria vo vzťahu s pojmami ako kontrola, autorita, monológ. Na druhej strane symetriu pojmov predstavujú termíny podpora, partnerstvo, dialóg. Autor ďalej tieto pojmy dáva do kritickej analýzy. Poukazuje na to, že pomerne častým prejavom asymetrie býva postavenie klienta do role dieťaťa. Takýto pohľad môže byť nápomocný pri deťoch nie však pri adolescentoch a dospelých ľuďoch. Fielding (In: Musil, 2004) poukazuje na to, že výskumy v tejto oblasti nám napovedajú, že rodičovská analógia a predstava detinskosti klientov vedie k onálepkovaniu klienta na bezmocného, nezodpovedného, bezradného a nesvojprávneho. Tento prístup len posilňuje asymetrický princíp práce. Tak ako je časť odborníkov, ktorí

poukazujú na to, že pomáhajúci vzťah je o vytvorení aliancie, partnerstva, teda o vytvorení niečoho čo je medzi pomáhajúcim a klientom symetrické, tak na strane druhej napr. Mahrová a Venglářová (2011) poukazujú na to, že vzťah medzi sociálnym pracovníkom a klientom nikdy nebude celkom symetrickým. Autorky vychádzajú zo samotnej potreby klienta po pomoci. Aj my sami sa zamýšľame nad tým do akej miery je možné zabezpečiť symetrický vzťah. Ak si však zadefinujeme, že symetria vo vzťahu znamená byť akceptujúcim, empatickým, bezhranične prijímajúcim. Ak to znamená to, že považujeme nášho klienta za schopného riešiť svoj problém i s istou dávkou pokory môžeme povedať, že i cez to, že v pomáhajúcom vzťahu, ktorý je založený na samotnej potrebe pomoci vytvárame niečo symetrické. Môžeme sa pýtať kedy sa toto deje? Odpoveď na túto otázku je jasná, deje sa to vtedy keď vnímame klienta ako mocného, zodpovedného, schopného a svojprávneho.

Otázka toho ako vytvoriť efektívnu blízkosť, a ako vytvoriť symetriu vo vzťahu, tak aby sme neprekračovali hranice pomáhajúceho vzťahu je veľmi náročná. Je mnohokrát odrazom praktickej skúsenosti pri práci s klientmi. (Schwartz, Flowers, 2009) Bližšie tieto dve roviny popisujeme v obrázku č. 1.

Obr. 1 Blízkosť a úroveň vo vzťahu pomáhajúceho pracovníka a klienta



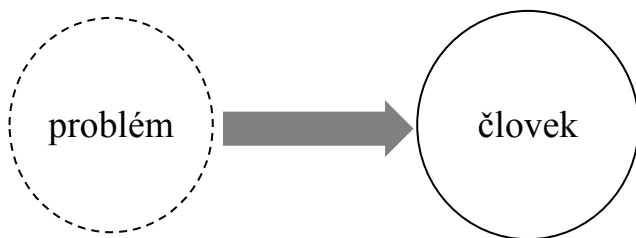
Zdroj: vlastné spracovanie



Na obrázku č. 1 sme sa pokúsili zobrazit' pomáhajúci vzťah v dvoch rovinách. V rovine horizontálnej, ktorú predstavuje blízkosť vo vzťahu medzi pomáhajúcim pracovníkom a klientom. Vertikálna rovina pretína stred horizontálnej roviny vzťahu, vytvára hranicu v blízkosti vzťahu medzi pomáhajúcim a klientom. Obrázkom chceme tiež poukázať na to, že čím väčšia direktivita vzniká na strane pomáhajúceho pracovníka, tým viac je klient tlačенý do pasívnej polohy. Slovaní Musila (2004) čím viac budeme považovať klienta za bezmocného, nezodpovedného, bezradného a nesvojprávneho, tým viac sa takým bude stávať pod tlakom nášho prístupu.

Poslednou dilemou, ktorej sme sa venovali pri písaní tohto článku je otázka toho či sa v priestore deinštitucionalizácie sociálnych služieb mení aj vzťah medzi sociálnym pracovníkom a klientom. Na túto otázku nie je jednoduché odpovedať. Poukazujeme na to, že pri odpovedi nám chýbajú aj nejaké relevantné dáta z empirických výskumov v danej problematike. Avšak ak by sme vychádzali z porovnania systémovo riadeného fungovania klasického modelu poskytovania sociálnych služieb v ústavných zariadeniach a nového tzv. transformačného modelu, tak podľa Berenčíkovej (2013) aspoň v teoretickej rovine by sa jednosmernosť tohto vzťahu medzi pracovníkom a klientom mala postupne meniť na obojsmernosť (symetriu) vzťahu. Poukazuje na to, že s transformáciou sa začína meniť i pohľad na klienta a jeho situáciu. Z medicínskeho pohľadu sa postupne viac a častejšie začína preferovať pohľad existencionálny. Stredobodom práce sociálneho pracovníka už nie je problém klienta, ale klient ako človek vo svojej celistvosti vo svojej bio-psycho-socio-spirituálnej rovine. Aby sme si to bližšie vysvetlili znázorňujeme túto zmenu na obrázku č. 2.

*Obr. 2 Zmena pohľadu na klienta a jeho situáciu*



*Zdroj: vlastné spracovanie*

Z obrázku je jasné, že v prvom prípade sa sociálny pracovník zameriava na problém, tým pádom sa do najväčšej pozornosti pracovníka dostáva klientova problematická situácia. Stredobodom celého pomáhajúceho procesu je teda „klient ako problém.“ Naopak v druhom prípade sa do tohto kruhu pozornosti dostáva „klient ako človek.“ Za zaujímavé považujeme, že medzi riadkami môžeme z obrázka vyčítať tiež to, kto je držiteľom problému klienta. V prvom prípade je to samotný pracovník ako „pridelená autorita“ ako ten kto je „expert“ na problémy jeho klientov. V druhom prípade je držiteľom problému samotný klient ako ten kto je najväčším expertom na svoj vlastný život.

## ZÁVER

Bernard Schwartz a John Flowers (2009) sa vo svojej knihe *Myšlienky pre psychiatrov a psychoterapeutov* zamýšľajú nad tým či vytváranie vzťahu medzi pomáhajúcim pracovníkom a klientom je viac umením, alebo viac vedou. Veda sa snaží svet objektivizovať, popisovať objektívnu realitu bez dojmov a pocitov, umenie naopak svet subjektívizuje, popisuje subjektívnu realitu, tak aby tam nechýbali dojmy a pocity. Vytvárať pomáhajúci vzťah znamená robiť umenie na základe vedeckých poznatkov.

## ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- BERENČIKOVÁ, M. 2013. *(A)symetria vo vzťahu pomáhajúceho pracovníka ku klientovi s duševným ochorením*. Brno : Masarykova univerzita. 2013. 89 s.
- GÉRINGOVÁ, J. 2011. *Pomáhající profese – tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Praha: Triton, 2011. 198 s. ISBN 978-80-7387-394-3.
- LECZOVÁ, D. 2014. *Pomáhající vztah jako základný předpoklad efektivní práce sociálního pracovníka*. In : CHOVANEC, J. a kol. „Transformácia sociálnych služieb - cesta zlepšenia kvality života ľudí v zariadeniach sociálnych služieb.“ : Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie. Prešov : VŠZaSP sv. Alžbety, 2014. ISBN 978-80-8132-130-6.
- MAHROVÁ, G. - VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. 2011. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada publishing, 2011. ISBN 978-80-247-6644-7.
- MUSIL, L. (2004), „*Ráda bych Vám pomohla, ale...*“ *Dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman. 243 s. ISBN 978-80-903-0701-8.
- NYKL, L. 2012. *Carl Ransom Rogers a jeho teorie*. Praha: Grada publishing, 2012. 184 s. ISBN 978-80-247-4055-3.
- SCHWARTZ, B. – FLOWERS, J. 2009. *Myšlienky pre psychiatrov a psychoterapeutov. Reflexie o terapeutickom umení*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2009. ISBN 978-80-88952-57-2.
- SOUĐKOVÁ, M. 2009. *Významné postavy americké psychologie*. Brno: Doplněk, 2009. ISBN 978-80-7239-241-4.

**IMPLEMENTÁCIA DOBROVOĽNÍKOV  
V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB  
V ZEMPLÍNSKOM REGIÓNE****IMPLEMENTATION OF VOLUNTEERS  
IN SOCIAL SERVICE FACILITIES IN ZEMPLIN REGION**

<sup>1</sup> Murgová Anna - <sup>2</sup> Smolejová Marianna

<sup>1</sup> Detašované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku

<sup>2</sup> Mestský úrad Humenné

**ÚVOD**

Človek má v živote mnoho príležitostí ako pomôcť iným ľuďom. Rodičia pomáhajú svojim deťom, pomáhame svojim súrodencom, a takisto pomáhame aj našim starým rodičom, ktorí sú často odkázaní na našu pomoc. Pomoc pre svojich blízkych je znakom lásky a starostlivosti, ale pomáhať ľuďom, s ktorými nás neviaže rodinné puto, je prejavom integrity a humánnosti v hlbokom zmysle. Človek, ktorý je ochotný pomáhať, nečaká za to žiadnu odmenu, venuje svoj čas a schopnosti pre niekoho, kto to viac potrebuje. Je to dobrovoľník. Dobrovoľníctvo sa v dnešnom svete vyznačuje rôznymi formami, je pevne ovplyvnené históriou, kultúrou a náboženstvom regiónu, kde sa rozvíja. Pobyť v zariadení sociálnych služieb je vždy vážnym zásahom do osudu prijímateľa sociálnych služieb a niekedy trvalo ovplyvňuje jeho ďalší život. Sú rôzne dôvody odchodu človeka do zariadenia sociálnych služieb. Ústavná starostlivosť má nezanedbateľné riziká pre nich a tieto riziká sa líšia podľa toho, v ktorom veku a v akej životnej situácii sa prijímateľ sociálnych služieb dostal do ústavnej starostlivosti.

Faktory ovplyvňujúce odchod do zariadenia sociálnych služieb:

- zdravotné dôvody – neschopnosť vykonávať základné životné úkony a činnosti v domácnosti, stála potreba pomoci druhou osobou, upútanie na lôžko, celkový zlý zdravotný stav, stále subjektívne ťažkosti,
- rodinné pomery – neprítomnosť alebo veľká vzdialenosť detí, zlé kontakty s okolím, zamestnanosť všetkých detí, nesebestačný partner, osamelé bývanie, zlé bytové podmienky,
- psychologické činitele – typ osobnosti, dobrá povest' a skúsenosti so zariadením, zachovaná čiastočná adaptabilita, zmierenie sa s určitou stratou súkromia, nechcenie obťažovať svoje deti,

- bytové podmienky – nespokojnosť s bytom, jeho zlá vybavenosť, nemožnosť rýchlej signalizácie akútnej potreby,
- ďalšie sociálne činitele – nezaistenie pomoci druhou osobou, nefungujúca opatrovateľská služba (Kuffová, 2009).

Zariadenia pre fyzické osoby odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre fyzické osoby, ktoré dovŕšili dôchodkový vek sú: zariadenia podporovaného bývania, zariadenia pre seniorov, zariadenia opatrovateľskej služby, rehabilitačné stredisko, domov sociálnych služieb, špecializované zariadenie, denný stacionár (Oláh, Roháč, 2010). Sociálnu prácu v zariadení sociálnych služieb vykonávajú sociálni pracovníci. Môžeme ju rozčleniť na procesuálnu (získavanie a spracúvanie informácií o príčinách vzniku sociálnej situácie prijímateľa sociálnych služieb, voľba a uplatňovanie foriem jednotlivých činností sociálnej služby) a individuálnu, s dôrazom na individuálny plán prijímateľa sociálnych služieb (Oláh a kol., 2011). *„Sociálna práca ako praktická činnosť je teda profesionálna aktivita, ktorá umožňuje jednotlivcom, skupinám a komunitám identifikovať, t.j. eliminovať a riešiť alebo aspoň zmierniť osobné, skupinové (komunitné), sociálne problémy či vplyvy prostredia, ktoré ich negatívne ovplyvňujú. Je to špecifická činnosť smerujúca k zlepšovaniu vzájomného prispôsobovania sa jednotlivcov/skupín a sociálneho prostredia, v ktorom žijú, a k rozvíjaniu sebaúcty a vlastnej zodpovednosti s využitím potenciálu jednotlivcov, medziľudských vzťahov a zdrojov poskytovaných spoločnosťou bez ohľadu na vek, pohlavie, sexuálne preferencie, sociálnu príslušnosť, zdravotné postihnutie, rasu, kultúru, vierovyznanie, prípadne iné sociodemografické odlišnosti jednotlivca alebo skupiny či komunity“* (Hrozenská a kol., 2008, s. 73-74). Sociálny pracovník v zariadeniach sociálnych služieb vykonáva mnoho rolí, ktoré sa navzájom prelínajú. Sociálny pracovník pôsobí ako:

- opatrovateľ alebo poskytovateľ služieb pričom pomáha prijímateľovi sociálnych služieb v ich dennom živote pri výkone dôležitých činností, ktoré nedokážu vykonať vzhľadom k ich postihnutiu,
- sprostredkovateľ služieb vykonáva funkciu informátora, prijímateľa sociálnych služieb, koordinátora osôb, ktoré sa zúčastňujú na práci s ním, prípadne mu pomáhajú získať kontakt s inými zdrojmi pomoci,
- manažér pracovnej náplne sleduje kvalitu poskytovaných služieb a priebežne spracováva informácie,
- poradca vystupuje vo funkcii poradenského pracovníka (Bujdošová, 2009).

Sociálny pracovník je v každodennom kontakte s prijímateľmi sociálnych služieb. Poskytuje im informácie, rady, pomáha prekonávať rôzne náročné situácie, v ktorých sa ocitnú. Už pred jeho nástupom do zariadenia získava a spracúva informácie o sociálnej situácii prijímateľov sociálnych služieb, o ich zdravotných ťažkostiach, rodinných pomeroch a spoločne s nimi sa snaží nájsť čo najlepšie riešenie ich situácie. Získava údaje o prijímateľovi sociálnych služieb a v spolupráci s ostatnými zamestnancami pre neho vytvára čo najideálnejší program, aktivity, stanovuje individuálny plán rozvoja jeho osobnosti. Sociálna práca je významná najmä v období adaptácie, kedy si obyvateľ zvyká na nové prostredie, nových ľudí. Vtedy sa mu pomáha prekonať pocit vylúčenia, pocit nepotrebnosti, straty zmyslu života. Zároveň sociálny pracovník pomáha prijímateľom sociálnych služieb pri riešení ich každodenných problémov, udržuje ich kontakty s rodinou, vonkajším prostredím. Komunikácia v rámci práce s prijímateľom sociálnych služieb je iba jednou, aj keď veľmi dôležitou dimenziou. Okrem komunikácie sem zaraďujeme aj interakcia a percepciu. Interakcia je vzájomné pôsobenie, organizovanie spoločnej činnosti, spolupráca, kooperácia, prípadne obojstranná pomoc alebo ochota k nej. Percepcia zahŕňa vzájomné vnímanie, poznávanie a pochopenie účastníkov vzťahu. Čím bohatšie je poznanie seba samého, tým bohatšie je poznanie iných a naopak (Ružička, 2010).

Staroba je jedným zo základných demografických faktorov, ktorá je významným spoločenským fenoménom a v poslednej dobe predmetom rôznych diskusií. Starší ľudia sú umiestnení v zariadeniach sociálnych služieb pre fyzické osoby odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre fyzické osoby, ktoré dovŕšili dôchodkový vek. Za najväčšie riziká staroby možno považovať vysoký vek s jeho sociálnymi dôsledkami, zlý zdravotný stav, ohrozenie stratou sebestačnosti, vznikom odkázanosti na pomoc a blízkosť smrti. Skupinu starších ľudí odlišujú od ostatnej populácie tieto sociálne kritériá: vek, sociálna príslušnosť k vrstve poberateľov starobného dôchodku, nižší ekonomický štandard, postihnutie dôsledkami starnutia v somatickej i mentálnej oblasti, chronické choroby, skutočnosť, že 8% populácie zomiera vo veku 65 rokov (Vaverčáková, 2009).

Sociálna práca a dobrovoľníctvo majú spoločné historické korene, etické a filozofické východiská a pole pôsobnosti. Sociálna práca chápe dobrovoľníctvo ako súčasť každodenného života, preto je možné dobrovoľníctvo pokladať za jeden z nástrojov naplňania poslania sociálnej práce, ktorým sa podľa medzinárodnej definície umožní všetkým ľuďom rozvinúť svoj potenciál, obohatiť svoj život a zabrániť dysfunkciám (Brozmanová Gregorová, 2012). V sociálnej praxi sa stretávame

s dobrovoľníkmi, ktorí sa nadchnú pre prácu situačne alebo časovo obmedzenú (môžu to byť študenti pomáhajúcich profesií alebo životné okolnosti jednotlivcov) (Oláh, Schavel, Ondrušová, 2008).

Dobrovoľníci môžu v sociálnych službách zastat' veľa užitočnej práce, najmä v bezprostrednom kontakte s prijímateľom sociálnych služieb. Osobným prístupom vnášajú do ich životov nadšenie, vysokú angažovanosť, pružnosť, neformálnosť. Dnes dobrovoľníci u nás pracujú na linkách dôvery, v ambulantných programoch pre deti a mládež, v zariadeniach sociálnych služieb, nemocníc, hospicov a pod. V krajinách s neprerušeným vývojom demokracie a silnou tradíciou vzájomnej pomoci medzi občanmi (Holandsko, Veľká Británia, USA, Kanada) nájdeme dobrovoľníkov prakticky v každom sektore sociálnych služieb (Matoušek a kol., 2008).

Vzhľadom na aktuálnosť daného problému bol realizovaný prieskum s problémom: *Je potrebná implementácia dobrovoľníkov do starostlivosti o prijímateľov sociálnych služieb v zariadeniach sociálnych služieb?*

**Cieľom** prieskumu bolo zistiť mieru informovanosti zamestnancov v zariadeniach sociálnych služieb o dobrovoľníkoch a dobrovoľníctve; zistiť názory a postoje na dobrovoľníkov a dobrovoľnícku starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb u zamestnancov; porovnať starostlivosť o prijímateľa sociálnych služieb z hľadiska komplexnosti poskytovanej starostlivosti, na ktorej sa podieľajú dobrovoľníci, so starostlivosťou na ktorej sa nepodieľajú dobrovoľníci; zistiť názory a postoje zamestnancov zariadení sociálnych služieb, ktorí nespolupracujú s dobrovoľníkmi na potrebu implementácie dobrovoľníkov do zariadení sociálnych služieb.

Boli vytýčené prieskumné otázky:

1. Aká je miera informovanosti zamestnancov zariadení sociálnych služieb o dobrovoľníkoch a dobrovoľníctve?
2. Aké názory a postoje na dobrovoľníkov a dobrovoľnícku činnosť v zariadeniach sociálnych služieb majú zamestnanci, ktorí nespolupracujú s dobrovoľníkmi?
3. Aké názory a postoje na dobrovoľníkov a dobrovoľnícku činnosť v zariadeniach sociálnych služieb majú zamestnanci, ktorí spolupracujú s dobrovoľníkmi?
4. Je rozdiel v starostlivosti o prijímateľa sociálnych služieb z hľadiska komplexnosti poskytovanej starostlivosti, na ktorej sa podieľajú dobrovoľníci, so starostlivosťou na ktorej sa nepodieľajú dobrovoľníci?

5. Aké sú názory a postoje zamestnancov zariadení sociálnych služieb, ktorí nespolupracujú s dobrovoľníkmi, na potrebu implementácie dobrovoľníkov do zariadení sociálnych služieb?

### **Hypotézy prieskumu**

Východisková hypotéza:

Úroveň uspokojovania potrieb prijímateľa sociálnych služieb v zariadeniach sociálnych služieb je komplexnejšia v súčinnosti s dobrovoľníkmi.

Pracovné hypotézy:

- H1: Informácie zamestnancov zariadení sociálnych služieb o dobrovoľníkoch a dobrovoľníctve sú spojené v súčinnosti s ich spoluprácou.
- H2: Dobrovoľníci napomáhajú zabezpečiť dostatok osôb uspokojujúcich potreby prijímateľov sociálnych služieb v zariadeniach sociálnych služieb.
- H3: Dobrovoľníci v zariadeniach sociálnych služieb dopĺňajú služby o nadštandardné úkony.
- H4: Dobrovoľníci v zariadeniach sociálnych služieb majú vplyv na celkovú mieru poskytovanej starostlivosti prijímateľovi sociálnych služieb.
- H5: Názory a postoje zamestnancov zariadení sociálnych služieb, ktorí nespolupracujú s dobrovoľníkmi, vyjadrujú potrebu implementácie dobrovoľníkov do zariadení sociálnych služieb.

### **Metódy a materiál**

Na dosiahnutie cieľa práce sme využili empirickú metódu – dotazník. Túto empirickú metódu sme považovali za vhodnú na zber potrebných informácií. V úvode dotazníka sme respondentov oboznámili s tematikou, ubezpečili o anonymite dotazníka a zdôraznili jeho význam. Zamestnanci zariadení sociálnych služieb vyplňovali dotazník, s otázkami formulovaným na sledovaný účel. Obsahoval 18 otázok, rozdelených do subškál:

- a) informovanosť zamestnancov zariadení sociálnych služieb (otázky 1, 2, 3, 4, 5)
- b) názory a postoje zamestnancov zariadení sociálnych služieb, ktorí nespolupracujú s dobrovoľníkmi (otázky 13, 14, 15, 16, 17, 18)
- c) názory a postoje zamestnancov zariadení sociálnych služieb, ktorí spolupracujú s dobrovoľníkmi (otázky 7, 8, 9, 10, 11, 12)

- d) starostlivosť o prijímateľa sociálnych služieb na ktorej sa podieľajú dobrovoľníci (otázky 9, 10, 11)
- e) starostlivosť o prijímateľa sociálnych služieb na ktorej sa nepodieľajú dobrovoľníci (otázky 14, 15, 16, 17)

Respondenti mali v otázkach označiť príslušnú odpoveď alebo viacero odpovedí, s ktorými sa najviac stotožňovali. Výsledky prieskumu boli spracované základnými štatistickými metódami, a to pomocou kvantitatívnych charakteristík, percentami v grafoch a písomne v texte. Na overenie hypotéz bol použitý Chi-kvadrát test, všetky výpočty boli prevedené použitím programu EXCEL.

Charakteristika prieskumnej vzorky: Vzorku respondentov sme zvolili formou zámerného výberu na základe stanovených podmienok. Prieskumné zisťovanie sme realizovali na základe kladnej odpovede na našu žiadosť o umožnenie realizácie prieskumu. Žiadosť sme adresovali vedeniu zariadení sociálnych služieb v: Centrum sociálnych služieb GARDEN Humenné, Ptičie; Zariadenie sociálnych služieb – Slniečny dom, Starinská, Humenné; Zariadenie pre seniorov a domov sociálnych služieb Humenné, Mierová, Humenné; HARMONIA – domov sociálnych služieb, Námestie A. Dubčeka, Strážske; Zariadenie pre seniorov, Hollého, Michalovce; Zariadenie pre seniorov a domov sociálnych služieb, Ševčenkova, Medzilaborce; Kamjana, n.o., Komenského, Medzilaborce; Centrum sociálnych služieb Horný Harbok, n.o., Radvaň nad Laborcom, Radvaň nad Laborcom; Domov sociálnych služieb, Jabloň; Zariadenie pre seniorov a domov sociálnych služieb, RADOSTĽ, n.o., Výrava. Následne sme žiadali ich vyjadrenie.

### **Realizácia prieskumu**

Prieskum prebiehal v mesiaci január 2014. Dotazníky boli doručené osobne. Po vyplnení sme dotazníky osobne prevzali v zariadeniach sociálnych služieb. Zo 145 distribuovaných dotazníkov sa nám vrátilo 137, čo znamená 94,5 % návratnosť.

### **Výsledky – vyhodnotenie hypotéz**

H1: Informácie zamestnancov zariadení sociálnych služieb o dobrovoľníkoch a dobrovoľníctve sú spojené v súčinnosti s ich spoluprácou.



*Tabuľka 1a Porovnanie informovanosti zamestnancov o dobrovoľníckych organizáciách podľa prítomnosti dobrovoľníkov v zariadení*

	Zariadenie s dobrovoľníkmi (n=51)		Zariadenie bez dobrovoľníkov (n=86)	
	N	%	n	%
Áno	35	69	30	35
Nie	16	31	56	65

*Tabuľka 1b Chí-kvadrát test Tabuľky 1a*

	chí-kvadrát vypoč.	chí-kvadrát tabuľk.	p
chí-kvadrát test	54.286688	9.488	4.58E-11

V Tabuľke 1a je vidieť, že respondenti ktorí spolupracujú s dobrovoľníkmi sú omnoho častejšie informovaní o dobrovoľníckych organizáciách v porovnaní s respondentmi, ktorí nespupracujú s dobrovoľníkmi (69% vs. 35%), čo je potvrdené štatistickým testom, ktorého výsledky sú v Tabuľke 1b, kde vidíme štatisticky významnú závislosť, nakoľko p-hodnota Chí-kvadrát testu je oveľa nižšia ako zvolená hladina významnosti 0,05.

*Tabuľka 5a Porovnanie informovanosti zamestnancov o práci dobrovoľníkov podľa prítomnosti dobrovoľníkov v zariadení*

	Zariadenie s dobrovoľníkmi (n=51)		Zariadenie bez dobrovoľníkov (n=86)	
	n	%	n	%
Dostatočná	22	43	2	2
nedostatočná	26	51	51	59
Žiadna	3	6	33	38

*Tabuľka 5b Chí-kvadrát test Tabuľky 5a*

	chí-kvadrát vypoč.	chí-kvadrát tabuľk.	p
chí-kvadrát test	43,69371	5,991	3,25E-10

Respondenti, ktorí spolupracujú s dobrovoľníkmi, dostatočne hodnotia úroveň informovanosti o práci dobrovoľníkov v porovnaní s respondentmi, ktorí nespupracujú s dobrovoľníkmi (43% vs. 2%).

U respondentov, ktorí nespolupracujú s dobrovoľníkmi častejšie hodnotili informovanosť za nedostatočnú v porovnaní s respondentmi, ktorí spolupracujú s dobrovoľníkmi (59% vs. 51%). O tom, že informovanosť o práci dobrovoľníkov je žiadna, častejšie hodnotili respondenti, ktorí nespolupracujú s dobrovoľníkmi v porovnaní s respondentmi, ktorí spolupracujú s dobrovoľníkmi (38% vs. 6%). Jedná sa o štatisticky významnú závislosť nakoľko p-hodnota Chí-kvadrát testu (Tabuľka 5b) je oveľa nižšia ako zvolená hladina významnosti 0,05.

Pracovnú hypotézu 1 môžeme považovať za pravdivú (overenú).

H2: Dobrovoľníci napomáhajú zabezpečovať dostatok osôb uspokojujúcich potreby prijímateľov sociálnych služieb v zariadeniach sociálnych služieb.

*Tabuľka 6a Porovnanie zabezpečenia osôb uspokojujúcich potreby prijímateľov sociálnych služieb podľa prítomnosti dobrovoľníkov*

	Zariadenie s dobrovoľníkmi (n=51)		Zariadenie bez dobrovoľníkov (n=86)	
	n	%	n	%
úplne súhlasím	11	22	15	17
skôr súhlasím	24	47	22	26
Neviem	6	12	18	21
skôr nesúhlasím	9	18	28	33
vôbec nesúhlasím	1	2	3	3

*Tabuľka 6b Chí-kvadrát test Tabuľky 6a*

	chí-kvadrát vypoč.	chí-kvadrát tabuľk.	p
chí-kvadrát test	9,1122212	9,488	0,058355

V zariadení s dobrovoľníkmi vyjadrilo súhlas spolu 69% vz. 43% (Tabuľka 6a) v zariadeniach bez dobrovoľníkov, čo je v súlade s tvrdením pracovnej hypotézy 2. Tento rozdiel však nie je štatisticky významný (Tabuľka 6b), nakoľko hodnota „p“ je o niečo málo vyššia ako 0,05.

H3: Dobrovoľníci v zariadeniach sociálnych služieb dopĺňajú služby o nadštandardné úkony.

*Tabuľka 7a Porovnanie zabezpečenia služieb o nadštandardné úkony podľa prítomnosti dobrovoľníkov*

	Zariadenie s dobrovoľníkmi (n=51)		Zariadenie bez dobrovoľníkov (n=86)	
	n	%	n	%
úplne súhlasím	5	10	8	9
skôr súhlasím	26	51	16	19
Neviem	11	22	37	43
skôr nesúhlasím	9	18	18	21
vôbec nesúhlasím	0	0	7	8

*Tabuľka 7b Chí-kvadrát test Tabuľky 7a*

	chí-kvadrát vypoč.	chí-kvadrát tabuľk.	p
chí-kvadrát test	17,350082	9,488	0,001652

V zariadení s dobrovoľníkmi vyjadrilo súhlas spolu 61% vz. 28% (Tabuľka 7a) v zariadeniach bez dobrovoľníkov, čo je v súlade s tvrdením pracovnej hypotézy 3. Jedná sa o štatisticky významný rozdiel, nakoľko p-hodnota Chí-kvadrát testu (Tabuľka 7b) jenižšia ako zvolená hladina významnosti 0,05.

H4: Dobrovoľníci v zariadeniach sociálnych služieb majú vplyv na celkovú mieru poskytovanej starostlivosti prijímateľovi sociálnych služieb.

*Tabuľka 8a Porovnanie miery poskytovanej starostlivosti podľa prítomnosti dobrovoľníkov*

	Zariadenie s dobrovoľníkmi (n=51)		Zariadenie bez dobrovoľníkov (n=86)	
	n	%	n	%
úplne súhlasím	11	22	7	8
skôr súhlasím	25	49	24	28
Neviem	12	24	36	42
skôr nesúhlasím	3	6	13	15
vôbec nesúhlasím	0	0	6	7

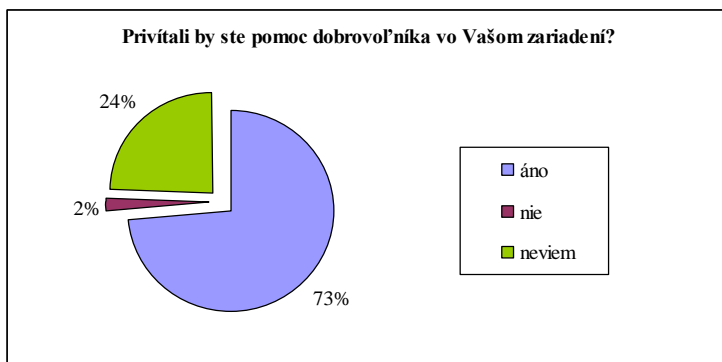
Tabuľka 8b Chi-kvadrát test Tabuľky 8a

	chi-kvadrát vypoč.	chi-kvadrát tabuľk.	p
chi-kvadrát test	19,486839	9,488	0,00063

V zariadení s dobrovoľníkmi vyjadrilo súhlas spolu 71% vz. 36% (Tabuľka 8a) v zariadeniach bez dobrovoľníkov, čo je v súlade s tvrdením pracovnej hypotézy 4. Jedná sa o štatisticky významný rozdiel, nakoľko p-hodnota Chi-kvadrát testu (Tabuľka 8b) je nižšia ako zvolená hladina významnosti 0,05.

H5: Názory a postoje zamestnancov zariadení sociálnych služieb, ktorí nespolupracujú s dobrovoľníkmi, vyjadrujú potrebu implementácie dobrovoľníkov do zariadení sociálnych služieb.

Graf 14 Uvítanie dobrovoľníka v zariadení

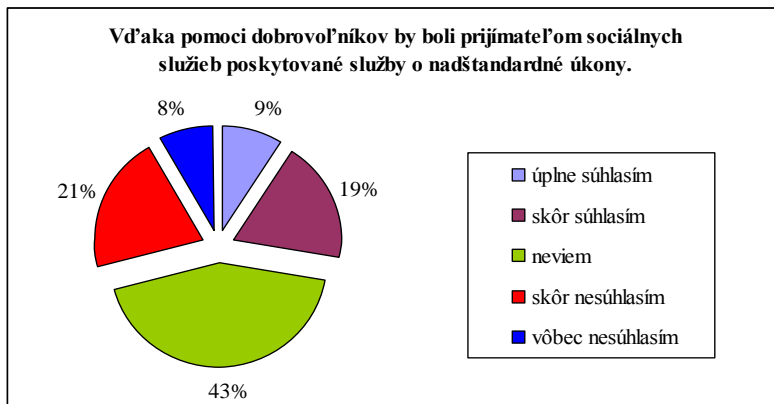


Tabuľka 13a Chi-kvadrát test – uvítanie dobrovoľníka v zariadení bez spolupráce dobrovoľníkov

	chi-kvadrát vypoč.	chi-kvadrát tabuľk.	p
chi-kvadrát test	67,976744	5,991	1,73E-15

V tejto otázke sme zisťovali názory a postoje zamestnancov, či by uvítali pomoc dobrovoľníka v ich zariadení. Zo všetkých možností najviac respondentov 63 (74%) odpovedalo áno, že by uvítali pomoc dobrovoľníka, čo môžeme považovať za štatisticky významný počet, potvrdený aj Chi-kvadrát testom (Tabuľka 13a) oproti priemerným počtom odpovedí na danú otázku.

Graf 16 Poskytovanie nadštandardných úkonov dobrovoľníkmi



Tabuľka 15a Chi-kvadrát test – poskytovanie nadštandardných úkonov v zariadeniach bez spolupráce dobrovoľníkov

	chi-kvadrát vypoč.	chi-kvadrát tabuľk.	p
chi-kvadrát test	3,883721	5,991	0,16112394

Z odpovedí (Graf 16) je vidno, že súhlas, nesúhlas resp. nevyjadrenie sa je skoro v rovnováhe, takže sa nedá jednoznačne potvrdiť žiadny prevažujúci názor, čo je v súlade so štatistickým Chi-kvadrát testom (Tabuľka 15a), kde p-hodnota je vyššia ako 0,05.

### Zhrnutie východiskovej hypotézy

Vzhľadom k potvrdeniu hypotézy H1 – H4, a nejednoznačného záveru (ale nie zamietnutia) hypotézy H5, môžeme prijať stanovisko východiskovej hypotézy ako súhlasné.

### Diskusia

Prostredníctvom prieskumu sme sa snažili získať údaje o informovanosti zamestnancov sociálnych služieb o dobrovoľníctve; zistiť názory a postoje zamestnancov na dobrovoľnícku činnosť poskytovanú v zariadeniach sociálnych služieb; porovnať ju z hľadiska komplexnosti poskytovanej starostlivosti tam, kde sa podieľajú dobrovoľníci a kde sa nepodieľajú dobrovoľníci; zistiť potrebu implementácie dobrovoľníkov do zariadení sociálnych služieb, kde nespolupracujú s dobrovoľníkmi. Súbor tvorilo 137 respondentov z 10 oslovených zariadení sociálnych služieb v Zemplínskom regióne na Slovensku. Prieskumnou otázkou, či

pracujú v zariadení sociálnych služieb dobrovoľníci, sa porovnávali názory a postoje na dobrovoľníkov a dobrovoľníctvo, kde 51 respondentov (37%) uviedlo, že spolupracuje ich zariadenie s dobrovoľníkmi a 86 respondentov (63%) uviedlo, že nespolupracujú s dobrovoľníkmi. Na základe tohto členenia sme zisťovali názory a postoje zamestnancov na dobrovoľníkov a dobrovoľníctvo v zariadeniach sociálnych služieb.

V pracovnej hypotéze 1 sme prieskumnými otázkami chceli zistiť úroveň informovanosti zamestnancov sociálnych služieb vo vzťahu k dobrovoľníctvu. Prvou dotazníkovou otázkou sme porovnávali informovanosť zamestnancov o dobrovoľníckych organizáciách, kde respondenti (69%), ktorí spolupracujú s dobrovoľníkmi, sú viac informovaní ako tí, ktorí nespolupracujú s dobrovoľníkmi (35%). Aby sa zapájalo viac dobrovoľníkov, je potrebná informovanosť, čo uvádza aj Brozmanová Gregorová a kol. (2012), ktorá patrí medzi významné aspekty dobrovoľníctva, je kľúčová pri premene potenciálnych záujemcov o dobrovoľníctvo na aktívnych dobrovoľníkov a dobrovoľníčky. V ďalšej otázke sme zisťovali, odkiaľ majú informácie o dobrovoľníckych organizáciách (z televízie, od osôb, ktoré spolupracujú s dobrovoľníkmi, z letákov, alebo mohli uviesť iný zdroj). V našom prieskume najčastejšou využívanou formou získavania informácií o dobrovoľníckych organizáciách u respondentov bolo od osôb, ktoré spolupracujú s dobrovoľníkmi, čo vyjadřilo 51 respondentov (61%). Vo výskume Brozmanová Gregorová a kol. (2012) uvádza, že zdroje získavania informácií svedčia o tradičnom štýle, získavajú informácie najmä od známych, priateľov, zamestnávateľa, zároveň sú preferované osobné kontakty a oslovenie. Na druhej strane získavanie z informačných zdrojov, ktoré sú prístupné v podstate každému a nevyžadujú osobný kontakt, sú zastúpené v nižšej miere. V nasledujúcej otázke sme zisťovali informovanosť zamestnancov či, vedia kto je dobrovoľník. Zistili sme, že respondenti ktorí spolupracujú s dobrovoľníkmi (96%), majú viac vedomostí o tom, kto je dobrovoľník, v porovnaní s respondentmi, ktorí nespolupracujú s dobrovoľníkmi (81%). Znalosť zákona o dobrovoľníctve sme zisťovali v ďalšej otázke, kde sme zistili, že respondenti, ktorí spolupracujú s dobrovoľníkmi, majú väčšiu znalosť zákona v porovnaní s respondentmi, ktorí nespolupracujú s dobrovoľníkmi (39% vs. 23%). Otázkou 5 sme zisťovali, aká je informovanosť o práci dobrovoľníkov v zariadeniach sociálnych služieb, kde zo všetkých respondentov najviac v počte 77 (56%) uviedlo, že je nedostatočná. Na základe toho môžeme poukázať na dôležitosť informovania, propagovania a medializovania dobrovoľníctva a tak získavať viac ľudí do dobrovoľníckej činnosti.

Ďalším cieľom v pracovnej hypotéze 2 bolo zistiť, či dobrovoľníci napomáhajú zabezpečovať dostatok osôb uspokojujúcich prijímateľov sociálnych služieb v zariadeniach sociálnych služieb. Zistili sme, že 69% respondentov, ktorí spolupracujú s dobrovoľníkmi, vyjadrili súhlas a 43% vyjadrilo nesúhlas. Z uvedených výsledkov vyplýva význam a potreba dobrovoľníkov v zariadeniach sociálnych služieb. Mračková (2009) uvádza, že ideálne prostredie pre rozvoj dobrovoľníctva bude vtedy, ak si široká verejnosť uvedomí jeho dôležitosť v prospech iných, v prospech celej verejnosti.

Zaujímavým zistením v pracovnej hypotéze 3, bolo porovnanie, či dobrovoľníci dopĺňajú služby o nadštandardné úkony v zariadeniach sociálnych služieb. Zistili sme, že súhlas vyjadrilo 61% respondentov a nesúhlas 28% respondentov. Pozitívnym zistením je, že dobrovoľníci sa zapájajú do aktivít, ktoré sú prínosom pre prijímateľa sociálnych služieb, skvalitňujú služby, prinášajú zmenu atmosféry zariadenia.

Ďalším prieskumom sme zistili (pracovná hypotéza 4), že prostredníctvom dobrovoľníkov sa v zariadeniach sociálnych služieb zvyšuje v celkovej miere úroveň poskytovanej starostlivosti, čo potvrdilo 71% respondentov súhlasom a 36% respondentov nesúhlasom. Aj tu sa potvrdila významnosť dobrovoľníctva v kontexte dlhodobej starostlivosti o starších ľudí a osoby so zdravotným postihnutím. Zároveň sme zistili prieskumom, že najčastejšou aktivitou dobrovoľníkov v zariadení sociálnych služieb je prevádzanie záujmových činností, čo potvrdilo 51% respondentov. Zistili sme názory a postoje zamestnancov, ktorí spolupracujú s dobrovoľníkmi, ktoré ukázali, že prijímatelia sociálnych služieb a ich príbuzní sú spokojní so starostlivosťou prostredníctvom dobrovoľníkov, kde vyjadrilo súhlas 74% respondentov.

Dobrovoľníctvo prináša svojim účastníkom mnohoraký zážitok. Je výrazom lásky a prejavom emócií, prináša ľuďom zmysel a naplnenie života. Rozvíja mnohé zručnosti a vytvárajú sa vďaka nemu nové priateľstvá a vzťahy (Radková, 2011).

Na splnenie cieľa (pracovná hypotéza 5) zistiť názory a postoje zamestnancov zariadení sociálnych služieb, ktorí nespolupracujú s dobrovoľníkmi s potrebou implementácie dobrovoľníkov, sme zisťovali prieskumnými otázkami. Už v prvej otázke sme zistili nejednotnosť v názore respondentov na dostatočný počet personálu na poskytovanie starostlivosti o prijímateľa sociálnych služieb, pretože odpovedali respondenti súhlasom 43%, nesúhlasom 36% respondentov a nevedelo posúdiť 21% respondentov. Z uvedeného vyplýva, že zamestnanci, ktorí neprichádzajú do kontaktu s dobrovoľníkmi, mali odlišné názory, čo môže mať za následok, že nemajú dostatočné informácie o dobrovoľníkoch a dobrovoľníctve. Ďalšou otázkou sme zisťovali, či by uvítali

pomoc dobrovoľníka v ich zariadení. Až 74% respondentov odpovedalo súhlasom. Otázkou sme u zamestnancov zisťovali, pre koho by bolo prínosom práca dobrovoľníka v ich zariadení. 65% respondentov uviedlo, že by to bolo prínosom pre prijímateľa sociálnych služieb. Najviac respondentov (43%) nám nevedelo odpovedať na otázku, či vďaka pomoci dobrovoľníkov by boli prijímateľom sociálnych služieb poskytované služby o nadštandardné úkony. Rovnako aj najviac (42%) respondentov nevedelo posúdiť zvýšenú úroveň služieb prostredníctvom práce dobrovoľníkov. Poslednou otázkou sme zisťovali záujem o získanie informácií o práci dobrovoľníkov v zariadeniach sociálnych služieb. Súhlasom odpovedalo 45% respondentov, ale zároveň až 41% odpovedalo, že sa nad tým nezamýšľalo, čo tiež nedáva jasnú odpoveď na danú problematiku. Z uvedených odpovedí na otázky k pracovnej hypotéze 5 nám vyplýva, že v zariadeniach, ktoré nespolupracujú s dobrovoľníkmi, je potrebná informovanosť o dobrovoľníctve, jeho prínosoch nie len pre zariadenia ale aj prijímateľa sociálnych služieb.

## **ZÁVER**

Z výsledkov, ktoré sme získali prostredníctvom anonymného dotazníka, ktorý vyplňovali zamestnanci zariadení sociálnych služieb, sme zistili, že odpovede zamestnancov, ktorí nespolupracujú s dobrovoľníkmi boli nejednoznačné, čo môže mať za následok nedostatok informácií o dobrovoľníctva a dobrovoľníkoch.

Na základe teoretických vedomostí a prieskumom zistených skutočností navrhujeme tieto odporúčania pre prax:

### *Pre legislatívu:*

- upraviť legislatívne status dobrovoľníctva na Slovensku vo väčšej miere.

### *Pre vedenie zariadenia sociálnych služieb:*

- nadviazať spoluprácu s dobrovoľníckymi centrami,
- spolupracovať s organizáciami, ktoré majú skúsenosti s dobrovoľníkmi v oblasti získavania informácií o dobrovoľníctve,
- pripraviť podmienky na prácu s dobrovoľníkmi v zariadeniach,
- vzdelávať zamestnancov v oblasti dobrovoľníctva.

### *Pre zamestnancov:*

- získať si vedomosti o dobrovoľníkoch a dobrovoľníctve,
- podporovať rozvoj dobrovoľníctva.

Z uvedeného vyplýva, že veľký vplyv na implementáciu dobrovoľníkov do zariadení sociálnych služieb má zvyšovanie informácií, propagácia dobrovoľníctva aj do menších miest a obcí a rozvíjanie statusu o dobrovoľníctve a dobrovoľníkoch.



**ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY**

- BROZMANOVÁ GREGOROVÁ, A. a kol. 2012. *Dobrovoľníctvo na Slovensku – výskumné reflexie*. Iuventa. 2012. 167 s. ISBN 978-80-8072-119-0.
- BUJDOŠOVÁ, A. 2009. Úloha sociálneho pracovníka v domove sociálnych služieb. In *Sociálna a ekonomická núdza – bezpečnosť jedinca v spoločnosti. Zborník príspevkov*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálne práce sv. Alžbety, 2009. ISBN 978-80-89271-63-4, s. 382-383.
- HROZENSKÁ, M. a kol. 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta spol. s r.o., 2008. 180 s. ISBN 978-80-8063-282-3.
- KUFFOVÁ, J. 2009. Zariadenia sociálnych služieb v živote jedinca a postihnutého jedinca. In *Sociálna a ekonomická núdza – bezpečnosť jedinca v spoločnosti. Zborník príspevkov*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálne práce sv. Alžbety, 2009. ISBN 978-80-89271-63-4, s. 334-342.
- MATOUŠEK, O. a kol. 2008. *Metody a řízení sociální práce*. 2.vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2008. 384 s. ISBN 978-80-7367-502-8.
- MRAČKOVÁ, A. 2009. *Manažment dobrovoľníkov. Odborná publikácia vydaná v rámci projektu „Posilnenie ľudských zdrojov vzdelávaním“*. Bratislava: Liga za duševné zdravie SR, o.z., 2009. ISBN 978-80-970123-3-5.
- OLÁH, M. – ROHÁČ, J. 2010. *Atribúty sociálnych služieb (Čo treba vedieť o sociálnych službách)*. 1.vyd. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., 2010. 132 s. ISBN 978-80-89271-88-7.
- OLÁH, M. – SCHAVEL, M. – ONDRUŠOVÁ, Z. 2008. *Úvod do štúdia a dejín sociálnej práce*. 2.vyd. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2008. 208 s. ISBN 80-969449-6-7.
- RUŽIČKA, V. 2010. Sociálny pracovník v zariadení pre seniorov. In *Aplikovaná etika v sociálnej práci a ďalších pomáhajúcich profesiách. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálne práce sv. Alžbety, 2010. ISBN 978-80-89271-89-4, s. 329-330.
- RADKOVÁ, L. a kol. 2011. *Dobrovoľníctvo a problémy súčasnej spoločnosti*. Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavská univerzita, 2011. 201 s. ISBN 978-80-89533-07-7.
- VAVERČÁKOVÁ, M. 2009. Sociálne problémy v starobe. In *Sociálna a ekonomická núdza – bezpečnosť jedinca v spoločnosti. Zborník príspevkov*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálne práce sv. Alžbety, 2009. ISBN 978-80-89271-63-4, s. 229-331.

**JAMES F.T. BUGENTAL A H.G. KOENIG V ŠTÚDIÁCH  
NÁBOŽENSKÉHO KULTU AKO SOCIÁLNE OPORNÉHO  
SALUTORA PRI ZVLÁDANÍ STRESU –  
JEDNÉHO ZO SPÚŠŤAČOV  
PATOLOGICKÝCH SOCIÁLNYCH JAVOV.  
NÁMIETKY PROF. THOMASA S. SZASZA**

---

**AMES F. T. A BUGENTAL AND H. G. KOENIG IN THE  
STUDIES OF RELIGIOUS CULT AS A SOCIAL SUPPORT  
AND SALUTOR IN MANAGING OF STRESS –  
ONE OF THE LAUNCHER OF  
PATHOLOGICAL SOCIAL PHENOMENA.  
OPPOSITION OF PROF. THOMAS S. SZASZ**

*Muszka Tomáš*

Pedagogická fakulta KU v Ružomberku

**ABSTRAKT**

Stres je jedným z viacerých moderných spúšťačov sociálnych patologických javov /napr. látkové závislosti, suicidality/ v spoločnosti. Sú rôzne spôsoby, ako ho zvládať. Fundované štúdie dokazujú, že aj náboženský kult je alternatívou. Pomáha zvládať žiaľ, obnovovať dôveru a hľadať zmysel. Keďže sociálna práca je aplikovanou disciplínou, dá sa pozrieť na sociálne oporný, salutórny charakter kultu na život človeka aj cez výskum psychológie vychádzajúcej z poznatkov psychiatrie. Priekopníkmi vo výskume náboženského kultu ako salutórneho na stres boli okrem iných James F.T. Bugental a H.G. Koenig. Zaujímavou, v zmysle diskusie, je aj námietka prof. Thomasa S. Szasza proti tomuto tvrdeniu.

**KLÚČOVÉ SLOVÁ:** salutor, sociálna opora, stres

**ABSTRACT**

Stress is one of the more advanced triggers social pathologies / substance abuse, suicidality/ in society. They are different ways to handle it. ProFOUND studies show that the religious cult is an alternative. It helps to cope with grief, restore confidence and find meaning. Social work is an applied discipline At the religious cult looks like at social supporting salutor character based on the knowledge of psychology and psychiatry. Pioneers in the research of religious cult as salutor were James FT Bugental and H. G.

Koenig. Interestingly in terms of the debate it is the objection of prof. Thomas S. Szasz against this claim.

**KEYWORDS:** salutor, social support, stress

## ÚVOD

V súčasnej dobe nás stres sprevádza všetkými životnými situáciami a okolnosťami života. Napriek všeobecným snahám vyhnúť sa mu, konštatujeme, že prirodzený tlak na sféru profesionálneho života rozličného druhu, ale aj súkromný – osobný život človeka je sprevádzaný týmto negatívnym javom. Do istej miery stres ako taký môže mobilizovať. Avšak ak prekročí limity svojho produktívneho charakteru, dokáže spôsobiť veľa problémov, ktoré sa skôr či neskôr odrazia na bio – psycho – sociálnom zdraví jedinca. Už niekoľko rokov sa v rámci pomáhajúcej profesie venujem ako pastoračný kňaz psychiatrickým pacientom v jednej z psychiatrických liečební na východe Slovenska. Ide o pacientov, ktorí sa vo veľkej miere dostali do bolestivých problémov duševného zdravia práve skrze stresory charakteristické pre daný región. Jedným z nich je nezamestnanosť a nestabilita v rodinnom prostredí spôsobená týmto negatívnym sociálnym javom. Bezradnosť, šok zo straty práce a pocit samoty v komplikovanej situácii môže byť spúšťačom stresu, ktorý je ďalej v niektorých prípadoch príčinou psychických ochorení. Najtypickejšou je depresia, ktorej následkom je suicídium – samovražda.

Nástroje sociálnej politiky štátu v našich podmienkach poskytujú rôzne formy sociálnej opory postihnutým negatívnymi sociálnymi javmi, resp. sociálne vylúčeným skupinám. Keď som pred niekoľkými rokmi vstúpil do prostredia jednotlivých komunit psychiatrických pacientov, ponúkol som im ľudskú blízkosť, sviatosti, ale aj prostredie spoločenstva, ktoré na základe princípov náboženského kultu spĺňali kritéria sociálnej rodiny. V dennej praxi vidím, že okrem medicínskych liečebných metód a metód psychoterapie, má veľké miesto aj náboženský kult na ceste za vnútorným zvládaním stresu, ktoré prerástlo do patologických zmien duševného zdravia jedinca.

V psychologickej literatúre sa stretávame s javom označovaným „uplifts“ – doslova „zdviháky“ alebo „posily“. Sú to situácie, ktoré človeka stavajú na nohy. Je to napríklad prijatie dobrej správy, návšteva človeka alebo opora skupiny, ktorá je v danej situácii sociálne rozhodujúca. (Křivohlavý, 2009, s. 170). V tomto príspevku sa chcem venovať stresu, náboženskému kultu a diskusii založenej na štúdiách odborníkov reagujúcich na náboženský kult ako uzdravujúci a sociálne oporný bod v živote

človeka, ktorý sa cez rôzne negatívne sociálne faktory dostal do zmien vo svojom duševnom zdraví.

### **DEFINÍCIA STRESU, STRESORY A SALUTORY**

S ohľadom na človeka, ktorý sa nachádza pod tlakom stresorov bol stres definovaný najprv ako negatívny emocionálny zážitok, ktorý je sprevádzaný určitým súborom biochemických, fyziologických, kognitívnych a behaviorálnych zmien, ktoré sú zamerané na zmenu situácie, ktorá človeka ohrozuje. Anglický termín „strain“ /napätie/ sa dnes často používa na vyjadrenie emocionálneho stavu človeka v situácii ohrozenia. O stresovej situácii hovoríme len vtedy, keď miera intenzity stresogénnej situácie je vyššia ako možnosť jedinca zvládnuť ju.

Slovo stres sa začalo používať v dvoch rôznych významoch. Prvým významom je tlak ťažkých životných situácií. V druhom pojatí ide o konkrétne nepriaznivé tlaky, ktoré môžu viesť k ťažkej osobnej situácii. Týmto tlakom hovoríme stresory.

V teórii stresu sa hovorí nielen o stresoroch – zaťažujúcich vplyvoch a negatívnych faktoroch vedúcich k napätiu – ale aj o salutoroch – faktoroch, ktoré v ťažkej situácii človeka posilňujú, povzbudzujú a dodávajú mu silu, výdrž v boji i odvahu k ďalšiemu pokračovaniu zápasu so stresorom. Príkladom salutora môže byť zmysluplnosť vykonávanej činnosti, presvedčenie o hodnote toho, o čo sa snažíme, pochvala a uznanie ľudí, ktorých si sami vážime. (Křivohlavý, 2009, s. 170).

### **SOCIÁLNA MOTIVÁCIA**

V teóriách o strese, stresoroch a salutoroch základnú úlohu v snahe eliminovať ich, veľkú úlohu zohráva motív vo fáze bežných komplikácií, no tiež vo fáze patologickej – keď je už jedinec poznačený pod vplyvom ťažkej životnej skúsenosti zmenou na svojej psychickej kondícii.

Problematika sociálnej motivácie je komplikovaná v tom, že ide na jednej strane o využitie všeobecných psychologických poznatkov a na druhej strane o vystihnutie sociálnych psychologických špecifik. Motiváciou sú hybné sily psychického charakteru. Hybné preto, lebo uvádzajú do pohybu ľudské chovanie a činnosť. Sily preto, lebo majú smer a intenzitu. Ako aktuálne sily sa prejavujú v motivácii ako psychickom procese. Ako potenciálne sily vystupujú v podobe psychických motivačných dispozícií. Základným vnútorným zdrojom motivácie je motív, čiže pohnútko. Každý človek má istú štruktúru motivačných dispozícií. K vrozeným patria biologické /primárne/ potreby a k získaným sociálne /sekundárne/ potreby, ďalej záujmy, hodnotové orientácie a čiastočné postoje. (Janoušek – Slameník, 2008, s. 147)

Sociálnu motiváciu môže získavať človek na rôznych úrovniach. Pre každého jedinca je prirodzené prijímať sociálnu motiváciu, resp. sociálnu oporu z prostredia biologickej rodiny. Niekedy však biologická rodina zlyháva z rôznych dôvodov. V tomto prípade tu môže byť k dispozícii tzv. sociálna rodina vo forme denného stacionára, rehabilitačného strediska, alebo dokonca farnosti ako formy sociálnej rodiny. Je významnou z dôvodu funkcie komunity, kde rovnaká cieľová skupina zdieľa svoj identický problém.

### SOCIÁLNE SKUPINY

V najširšom význame sa ako skupina označuje určitý počet ľudí, ktorí majú niečo spoločné. Zoskupenie ľudí, ktoré na prvý pohľad niečo spája, sa od seba odlišujú v mnohých znakoch /veľkosť, doba trvania, vplyv, uzatvorenosť atď./ . Z hľadiska ich povahy, spôsobu fungovania a vplyvu je najdôležitejšie to, či jedinci, ktorí ju tvoria, vytvárajú vnútorne prepojený celok. V sociálnej psychológii sa pojem sociálna skupina používa len k označeniu určitého počtu jedincov, ktorí tvoria vnútorne a funkčne prepojený celok.

Poznáme tri základné množiny zoskupení sociálnych kategórií:

1. **zoskupenia /agregáty/** - sú zhľuky ľudí, ktoré vyvolávajú dojem celku len na základe vonkajších okolností ako je fyzická blízkosť, vykonávanie rovnakej činnosti alebo iných znakov.
2. **sociálne kategórie** – sú to množiny ľudí, ktorí majú nejaký spoločný znak. Môže to byť spoločný vek, pohlavie, rodinný stav, vlastníctvo nejakého typu atď.
3. **sociálne skupiny** – tvoria ľudia, ktorých spája viac, než súčasný výskyt na jednom mieste alebo nejaká zhodná charakteristika. Ide o skupinu, ktorá by sama mala definovať svoju podstatu. (Lovaš, 2008, s. 321)

Komunitná práca je v súčasnosti jednou z najprogressívnejších metód, ktoré sa rozvíjajú v sociálnej práci. Komunitný pracovník žije uprostred konfliktov a napätí, vie načúvať, podporovať jednanie skupín, pomáhať v zapájaní sa. Komunita je miesto, kde človek môže získavať emocionálnu podporu, ocenenie a praktickú pomoc v každodennom živote. Komunitná práca sa delí na občiansku, výcvikovú, terapeutickú a spirituálnu. (Gulová, 2011, s. 59)

## NÁBOŽENSKÝ KULT AKO SALUTOR, KOMUNITA A SOCIÁLNA OPORA

V tejto kapitole ma zaujíma práve spirituálna komunitná práca, ktorá prináša svoje pozitívne výsledky na poli zlepšovania zvládania bežného stresu, ale aj stresu, ktorý spôsobil patologické zmeny na duševnom zdraví. Ako uvidíme nižšie, náboženský kult zlepšuje zvládanie stresu ústia- ceho do duševných porúch.

Rituál je činnosťou, ktorá aktualizuje mýtus; ide o súhrn symbolických činov, predmetov a jazykových prejavov, ktoré sa opakujú viac menej stálym spôsobom za špecifickým účelom zahrňujúcim zdieľanie – je to spoločenstvo s vopred vypracovanou schémou, ako ho realizovať. V latinčine základ slova rituál znamená poriadok, ktorý sa viaže k slovu rytmus /teda pravidelné striedanie/. Každé spoločenstvo vytvára rituály a rituály vytvárajú spoločenstvo. Aby sa sled činností a úkonov stal rituálom, musí sa viazať k silám, ktoré pôsobia v spoločenstve alebo na spoločenstvo. Rituály nás ľuďi hlboko upokojujú a spájajú. Vieme, čo máme kedy robiť a vieme, že to robíme tvárou v tvár niekomu silnejšiemu – mocnejšiemu. Komunitné rituály slúžia k spoločnému neseniu žiaľu, zmierenia, pokánia, obnove dôvery, spomienke, podpore solidarity, poďakovaniu, hľadaniu zmyslu. (Baštecká, 2013, s. 20-21)

Ak by však rituál mal sociálne oporný charakter len v zmysle psychologickom, bolo by to určite málo. Rituál ma svoje srdce, ktoré bije v rytme viery. Tá je začiatkom rituálu, jeho priebehom a zavŕšením. Zdá sa mi dosť redukujúce pozeráť sa na kult očami symbolických činov, predmetov a jazykových prejavov, no je to môj osobný názor.

V tejto úvahe nám môže pomôcť všeobecne uznávaná osobnosť pápeža Františka, ktorý o komunite a sociálnej opore viery hovorí, že: „*V samotnom srdci evanjelia nachádzame spoločenský život i starosť o druhých. Obsah prvého hlásania má okamžité morálne dôsledky, v ktorých centre je láska. Vykúpenie má sociálny rozmer, pretože v Kristovi Boh nevykúpil len jednotlivú osobu, ale aj vzájomné vzťahy medzi ľuďmi.*“ (František, 2014, s. 129)

Tieto vzťahy sú uzdravované cez oporu vychádzajúcu zo základného motívu vychádzajúceho ešte pred začatím realizácie kultu a začatím spájania komunity do tejto činnosti. Veľmi symbolickým v tomto zmysle je jeho uvažovanie o úlohe komunity, kde sociálny rozmer spirituálnej komunity spočíva v láskavom zaobchádzaní s človekom. Hovorí o umývaní nôh, pričom slová adresuje kňazom, ktorí môžu byť v určitom zmysle vnímaní v sociálnej práci ako komunitní pracovníci: „*Autentická moc spočíva v službe. Tieto dva výroky zhrňujú celý paradox vodcovstva. Ak vodca nepresiahne úzko vymedzené nepresiahne, ostáva malým vodcom,*

*nikdy nedohliadne ďalej, vidí len svoje oddelenie, svoje spoločenstvo, svoje peniaze, seba, seba, seba.*“ (Lowney, 2013, s. 67)

### **JAMES F.T. BUGENTAL A H.G. KOENIG V ŠTÚDIÁCH NÁBOŽENSKÉHO KULTU AKO SOCIÁLNE OPORNÉHO SALUTORA PRI ZVLÁDANÍ STRESU**

Psychoterapeut a zakladateľ Inštitútu humanistických štúdií v USA James F.T. Bugental vníma z hľadiska psychologického spirituálny život človeka ako spôsob jedinca vysporiadať sa so svojim životom. K tomu, aby sa človek dokázal vysporiadať so svojim životom, si človek k tomu potrebuje vytvoriť určitý svet a hlavne osobnú identitu. Spirituálne tradície kladú veľký dôraz na presiahnutie svojho ega, ale aby sme mohli nastúpiť na túto cestu, musíme najprv nejaké ego mať. Je treba mať niečo, čo treba prekonávať. Na to, aby sme sa tieto limity naučili prekonávať, potrebujeme mať istú štruktúru. Touto štruktúrou môže byť spirituálna tradícia ktorá podporuje ego poznačené stratou sebadôvery pod vplyvom stresu a následných problémov psychiky pochádzajúcich z neho. (Bugental, 2005, s. 683-684)

Harold G. Koenig – profesor psychiatrie na Duke University v USA tvrdí, že schopnosť zvládať stres je považovaná za jednu z najvýraznejších známkov duševného zdravia. Niet divu, že na túto otázku bola a je zameraná pozornosť lekárov a psychológov, ktorí sa zaoberajú vzťahom viery a zvládania stresu. Vieru chápal ako určitú obdobu sociálnej opory a nárazníkom proti stresu. V jednej zo svojich kníh popisuje metódu, ktorú použil pri zisťovaní stratégií stresu. Ide o tzv. metódu RCI - /Religious Complex Index/. Táto metóda má viac častí. Zaujímavé sú však výsledky jeho štúdií. V roku 1998 zisťoval spôsoby zvládania stresu u 577 mužov a žien. Zamerali sa len na to, ako k tomu zvládaniu prispieva viera. Zistené údaje podrobili trojstupňovej regresnej analýze. Výsledky ukázali, že čím väčší podiel majú pri zvládaní stresu kladné stratégie, na ktorých sa spolupodieľa viera, tým nižšia je depresívna symptomatika pacientov. Čím však pacient viac používa falošné spôsoby viery, tým je depresia vyššia. Ukázalo sa zároveň, že stratégie využívajúce kladné formy viery úzko súvisia s mierou sociálnej opory. Ak ide o konkrétne čísla, na otázku: „Čo vám pomohlo pri zvládaní ťažkostí súvisiacich so stresom“ uviedlo spontánne 24% mladších a 42% starších hospitalizovaných pacientov kresťanskú vieru. V metóde škálovania – efektivity pomoci viery – uviedlo 90% opýtaných: „Aspoň trochu mi viera pomohla“ a 70% „výrazne mi pomohla“. (Křivohlavý, 2009, s. 159)

## NÁMIETKY PROF. THOMASA S. SZASZA

Profesor Thomas S. Szasz je profesorom psychiatrie na štátnej new-yorskej univerzite. Poukazovaním na historické súvislosti vykresľuje podobnosti medzi náboženstvom a psychiatriou a varuje pred zneužitím sociálnej kontroly pomocou dogmy, ktorá sa považuje za pravdivú – či už ide o pravdu sprostredkovanú, alebo objavenú /“v mene Božom“; „v mene vedy“/. Ľudský život podľa Szasza je v zásade spoločenský a preto má každá skupina nejaké prostriedky, ktorými si zaist'uje konformitu svojich členov. Vzhľadom k tomu, že ľudské chovanie sa v podstate zameriava na cieľ, existujú dva základné prostriedky pre presadzovanie rolovej konformity: cukor a bič, odmena a trest, pochlebovanie a donucovanie. Donucovacia metóda je jednou z tých najzávažnejších životných skutočností, od ktorých súčasní psychiatri odvracajú tvár. Nátlak so sebou nesie dve hľadiská – moc a slobodu. Jedna osoba A nemôže nútiť druhú osobu B, pokiaľ A nezíska moc nad B. Slabý nemôže ovládať silného. Naopak, jeden človek B nemôže byť donútený k ničomu druhým človekom A, ak nemá B určité charakteristické životné aspirácie a túžby, ako napríklad byť slobodný, vlastniť majetok a usilovať sa o šťastie. Západné myšlienky slobody a moci sa odvodzujú zo židovských a kresťanských tradícií. (Szasz, 2005, s.668)

Kresťania podľa profesora veria, že ich pojatie viery je pravdivé nielen pre nich samých, ale pre každého. Psychiatri sú presvedčení, že ich názory týkajúce sa psychopatológie a psychoterapie platia nielen pre nich, ale i pre všetkých ostatných. V sociálnom rozmere sa profesor zaoberá pochopením zvrchovanej moci Boha, ktorú kresťania podvedome vnímajú aj ako svoju. Ak je totiž Boh vnímaný ako všemocný a vyžaduje od nás podriadenie sa tejto moci a ak sa vykonáva moc v Jeho mene, tak potom vykonávatelia tejto moci požadujú po ostatných absolútnu poslušnosť. Vieme, koľko zla narobilo toto tvrdenie v histórii ľudstva a vieme koľko psychopatológie so sebou priniesla so sebou moc. Pre Jeffersona, Madissona a pre ich duchovných priateľov a priaznivcov bola náboženská sloboda – to znamená oslobodenie od útlaku podporeného Božím menom – podstatou boja za osobnú a politickú slobodu všeobecne. Vo svojej štúdií Szasz hovorí aj o deviácii z viery. Paralely medzi náboženstvom a psychiatriou, medzi použitím klamu a sily v mene Božom a v mene duševného zdravia nás priviedli k východiskovému bodu, k problému úplnej moci a k mechanizmu jej obmedzenia. Absolútna moc Cirkvi spočívala na dvoch pilieroch: na vznešenom Bohu, ktorého meno sa užívalo na akékoľvek prostriedky pre vytváranie a následne ovládanie deviantov. (Szasz, 2005, s. 676-679)



## ZÁVER

Profesor Szasz sa na vieru díva skôr ako na sociálne – patologický jav ako na sociálne, resp. zdravotne opornú záležitosť. V príspevku stoja oproti sebe dve tvrdenia. Jedno je podporené konkrétnym kvantitatívnym a kvalitatívnym výskumom; druhé je filozofickým poňatím viery. V zmysle týchto dvoch tvrdení tu stojí konflikt medzi tým, či kresťanská viera môže byť salutorom alebo práve naopak. Treba však v snahe objektivizovať fakt, že v histórii ľudstva iste veľa ľudí priviedlo do psychiatrických liečební práve zlé pochopenie viery. V histórii i v súčasnosti prenos „Božej moci“ na „moc osobnú“, na nadvládu „politickú“, moc akéhokoľvek druhu priniesol rad osôb, ktoré stáli na čele istých krajín, či spoločností do úpadku práve cez svoju deviáciu moci prežívanej zo zle pochopenej viery. Problém zrejme spočíva v podriadení sa. Profesor Szasz hovorí vo svojich štúdiách o zneužívaní viery, avšak výskumy, ktoré spomínam vyššie sú svedectvom ľudí, ktorí sa podriadili „vyššej moci“.

Rôzne kazuistiky hovoria o vplyve „veľkej viery“, či naopak o „nedostatku viery“ na zdravotný stav pacienta. Počuli sme o nich skôr v rámci uzdravenia alebo zhoršenia zdravotného stavu. Takéto správy kolujú a budú kolovať neustále. Možno o nich hovoriť ako o kazuistikách, ktorým možno veriť, alebo ktorým nemusíme veriť. V dôsledku toho sú odmietané ako vierohodné doklady o vplyve viery na zdravotný stav človeka, pretože im chýbajú dve základné charakteristiky: presnosť definovania premenných a systematické zisťovanie ich vplyvu.

Koncom dvadsiateho storočia sa v tomto smere situácia zmenila. Lekári a psychológovia, ktorí boli zvyknutí pracovať v zdravotných zariadeniach, sa začali sústavne zaoberať otázkami viery psychiatricky i somaticky chorých pacientov. Pri štúdiu týchto vplyvov začali používať metodológiu, ktorá bola v oblasti ich práce bežná – vrátane štatistických šetrení a analýz. Na základe toho tieto šetrenia dostali svoju podobu, ktorá je v iných oblastiach štúdia zdravia obvyklá a ktorá je pokladaná za vedeckú. (Křivohlavý, 2009, s. 156)

## ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- BAŠTECKÁ, B. Neštěstí, pomoc a spolupráce jako odvěká lidská zkušenost. In BAŠTECKÁ, B. a kol. *Obřady – rituály*. Praha: Grada, 2013, s. 20-25. ISBN 978-80-247-4195-6.
- BUGENTAL, J. Kontrapunkt. 2005. In ZEIG, J. *Diskuse Jamese F.T. Bugentala*. Praha: Portál, 2005, s. 683-692. ISBN 80-7178-972-0.

- GULOVÁ, L. 2011. *Sociální práce*. Praha: Grada, 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3379-1.
- KONFERENCIA BISKUPOV SLOVENSKA. 2014. *Evangelii gaudium – Apoštolská exhortácia pápeža Františka*. Trnava: Spolok sv. Vojtecha, 2014. 202 s. ISBN 978-80-8161-044-8.
- JANOUŠEK, J. – SLAMĚNÍK, I. Sociální motivace. In VÝROST, J. – SLAMĚNÍK, I. (eds.). *Motivace jako psychický proces a jako psychická dispozice*. Praha: Grada, 2008, s. 147-156. ISBN 978-80-247-1428-8.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2009. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
- LOVAŠ, L. Malé sociální skupiny. In VÝROST, J. – SLAMĚNÍK, I. (eds.). *Základní pojmy*. Praha: Grada, 2008, s. 321-326. ISBN 978-80-247-1428-8.
- LOWNEY, Ch. 2014. *Papež František – Umění vést*. Praha: Triton, 2014. 235 s. ISBN 978-80-7387-808-5.
- SZASZ, T. Kontrapunkt. 2005. In ZEIG, J. *Náboženství a terapie jako ospravedlnění nátlaku*. Praha: Portál, 2005, s. 667-682. ISBN 80-7178-972-0.

**VYUŽITÍ TEATROTERAPIE V SOCIÁLNÍ PRÁCI  
S MARGINÁLNÍMI KLIENTY****USE OF THEATROTHERAPY IN SOCIAL WORK  
WITH MARGINAL CLIENTS**

*Nová Monika*

Katedra psychosociálních vied a etiky Husitskej teologickej fakulty UK v Prahe  
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

**ÚVOD**

*Teatroterapie je léčba divadlem. Dle teatrologického slovníku je teatroterapie "...zvláštní případ léčby uměním." Pojem označuje podpůrný terapeutický proces, při kterém klienti tvořivě používají divadelní prostředky nebo pouze cíleně vnímají divadelní artefakt." (Pavlovský, 2004, s. 269)*

Podle Valenty (2006, s. 10) terapie divadlem má za cíl hlavně léčit, pomáhat a výsledný divadelní tvar je pouze příjemným bonusem, který však má značnou terapeutickou hodnotu. Dále autor uvádí, že teatroterapie doprovází člověka již od pradávna, ale teprve začátkem 80. let 20. století se postupně začala formovat jakožto vědecká disciplína a tento proces nadále trvá.

Pojem je specifikován takto: Teatroterapie spadá do arteterapeutické disciplíny, je expresivní a nejbližší má k psychodramatu. Podobá se však také a doplňuje jiné léčebné procesy, jako je: arteterapie – léčba výtvarným uměním, muzikoterapie – léčba hudbou, dramaterapie – léčba skrze divadelní a dramatické prostředky, terapie taneční či pohybová, biblioterapie – léčba četbou a poetoterapie - léčba básněmi, poezií.

Terapie divadlem přináší sebereflexi a také sebepoznání. Přispívá k životní stabilitě, dává možnost perspektivy, nabízí vzorce chování a také působí na morálku a etiku. Lze ji využít v rámci resocializace a edukace klientů. Probíhá s předem vybranou skupinou klientů např. s tělesným, duševním, sluchovým, zrakovým, mentálním či kombinovaným postižením, vždy pod vedením odborníka, v pravidelném čase na určeném místě. Důležité pro práci - léčbu je objasnit pravidla a cíl terapie hned na začátku. Teatroterapie dává možnost pochopit lidské emoce. Kreativita a spontaneita mohou postupně vyvolat silný umělecký potenciál. Tento proces tvorby skrze divadlo je zcela jedinečný a lze ho vnímat jako léčbu skrze vnímání umění či jako léčbu skrze tvorbu umění. (PAVLOVSKÝ,

2004, s. 270). V případě teatroterapie je voleno slovo katarze, „...vnitřní duševní očista dosažená vnímáním uměleckého díla, abreakce," nabývá zajímavého významu.(Slovník cizích slov, 1995, s. 116).

Pavlovský (2004, s. 270) uvádí, že léčebný vliv uměním nás obklopuje již od začátku lidstva. O tomto faktu, např. muzikoterapii – léčbě hudbou, se můžeme dočíst v Bibli ve Starém zákoně, kde v 1. knize Samuelově, kapitola 16., verš 23., čteme takto:*Kdykoli potom na Saula přišel ten duch od Boha, David bral citeru a hrál. Saulovi se pak ulevilo a cítil se lépe, neboť ho ten zlý duch opouštěl."*

Léčebné funkce skrze umění se poprvé začali studovat až po světových válkách. Právě následky 2. světové války vyvolaly zájem psychoterapeutů, aby zkoumali vliv hry – tvořivosti – umění na člověka. Pacienty, pokud je takto můžeme nazvat, byli především váleční veteráni, děti, senioři, jedinci z okraje společnosti a s postupem času i Vznik teatroterapie datujeme koncem 70. let a začátkem let 80. dvacátého století, tehdy se objevuje fenomén divadla hraného fyzicky či psychicky hendikepovanými herci. Uvádí se, že příčinou vzniku nové divadelní léčebné disciplíny byla příprava a samotné představení *Madame Butterfly*, které odehráli mentálně postižení herci v opeře v Sydney. (VALENTA, 2006, s. 12). Dokumentární film australského oscarového režiséra, spisovatele a producenta Chrise Noonana s názvem "Stepping out", natočený v roce 1980 uvádí tuto skutečnost. Podle Valenty (2006, s. 12) se léčba divadlem dostala do Evropy v polovině 80. let 20. století, nejprve do Velké Británie, Francie, Španělska, Belgie a Holandska. Autor se dále zmiňuje o anglickém fenoménu Outsider Art – specifickém druhu umění, který vykonávají mentálně postižení a sociálně znevýhodnění lidé. Tento termín se používá především v malířství, ale můžeme jej aplikovat i na divadlo. Obdobným termínem je také francouzský Art Brut.

V rámci teatroterapie se setkáváme se soubory amatérských i profesionálních hendikepovaných herců a můžeme se také setkat s postiženým hercem v rámci "normálního" divadelního souboru, kde je samozřejmě vnímán primárně jako umělec. Světovým souborem je divadlo Maatwerk z Rotterdamu v Holandsku, které již několikrát zavítalo také do České republiky. Divadelní soubor má svůj vlastní televizní pořad a co 4 roky hostuje na festivalu pro postižené umělce v německých Brémách. (VALENTA, 2006, s. 12-14). Teatroterapie z hlediska léčebně – uměleckého je vedle ostatních arteterapií nejmladší. (PAVLOVSKÝ, 2004, s. 270).

## HERECKÉ METODY A TECHNIKY

Valenta (2006, s. 14) uvádí, že teatroterapie je velice flexibilní a má mnoho podob. Metody práce inspirují dramatika, dramatickou výchovu, režijní postupy apod. Volba odpovídajících metod dramatické práce závisí na více faktorech. Důležitá je konkrétní situace, hendikep, věková skupina klientů, osoba teatroterapeuta a cíl.

Nejdůležitějších v teatroterapie je vůdčí osobnost tedy teatroterapeut. Na něm záleží, jak bude zkouška i samotný výsledek, tedy představení finálně vypadat. Vše se odvíjí od jeho vedení, osobnosti, charakteru aj. Valenta (2006, s. 15) rozlišuje, dle vedení, tři režijní přístupy teatroterapeuta a to direktivní, liberální a demokratický typ. Ná základě našeho výzkumného šetření a praxe, ale samozřejmě záleží na skupině, se kterou pracujeme, je nejlepší přístup direktivní. Jak nám prozrazuje samotný název *direktivní čili příkazový, řídicí prostřednictvím příkazů.* (Slovník cizích slov, 1995, s. 53). Režisér - teatroterapeut vede zkoušku a vyžaduje disciplínu. Ve většině případů si režisér sám volí hru, kterou budou klienti prezentovat, anebo je to hra autorská. Improvizace se používá zřídka. Takový přístup se velice blíží profesionálnímu vedení divadla, kde je důležitý právě výsledek. Liberální a demokratický přístup dává větší prostor klientům. Pracuje se s improvizací a více se využívají terapeutické metody. Výsledek tedy není nejdůležitější, těžištěm se stává proces samotný.

Práce s divadelní hrou má jisté postupy, které mají různý vývoj a časovou náročnost, ale alespoň částečně by měly proběhnout chronologicky následovně:

- I. Výběr a úprava
- II. Rozbor a studium
- III. Převádění hry do jevištní podoby
- IV. Veřejné divadelní produkce

Důležitými body jsou bod č. II. a III., kdy se klienti seznámí s textem a hrou samotnou a pro teatroterapii samozřejmě bod číslo IV., tedy fáze konečná. (VALENTA, 2006, s. 15)

*Herecké metody a techniky jsou způsoby a postupy hercovy tvorby, používané na zkouškách i během představení.* (PAVLOVSKÝ, 2004, s. 108) Jak dále uvádí Pavlovský (2004, s. 108) metoda práce se odvíjí od přístupu herce – kolektivu, spolupráce mezi herci a režisérem, žánrem a druhem divadla a v neposlední řadě stylem a slohem uváděné hry. Dle ruského herce, divadelního režiséra a významného teoretika divadla Konstantina Sergejeviče

Stanislavského, si každý musí postupně vypracovat svůj systém.

*Metoda předpokládá ovládnutí a používání různých dovedností a jejím cílem je dosáhnout přirozeného a spontánního jednání herce v umělých okolnostech role nebo inscenace.* „Technikou se zpravidla rozumí dovednost nebo vědomé ovládnutí pravidel a postupů při jednání herce na jevišti.“ (PAVLOVSKÝ, 2004, s. 108-109). Pavlovský (2004, s. 109) dále uvádí, jak se herec učí ztvárnit na jevišti emoce (např. radost, hněv, smutek), postupně si tyto emoce fixuje a v rámci představení, kdy je má již „zažité“ je reprodukuje. V rámci zkoušení také dáváme prostor fantazii a to, když herec dává volnost svému energetickému a myšlenkovému potenciálu.

Základy herecké pedagogiky do 19. století tvořily příručky rétoriky určující správnou řeč a mimiku herce. K nejznámějším autorům příruček rétoriky patří Marcus Tullius Cicero, Johann Wolfgang Goethe. Na našem území se objevily obdobné příručky až v 19. století a to *Divadelní ochotník* z roku 1845, kterou napsal Jan Kaška a *Divadelní škola* (1894).

Podle Martince (2003, s. 23) je pro tvorbu nejdůležitější herec, jeho tělo i duše, tedy vlastní „Já“. Jedná se o osobní přístup herce k sobě samému a k roli. Nedílnou součástí je kreativita a dostatečná koncentrace. *Herec je hybatelem děje.* (MARTINEC, 2003, s. 25) Otázkou je, zda a do jaké míry se dá technice herectví naučit a zda je potřeba ji studovat. Odpověď se skrývá v herci - člověku samotném, v jeho vnímání okolí. Herecké školy budoucí herce formují a učí je různým technikám, ale nadání, cit či talent se skrývá ve větší či menší míře v každém z nás. Herecká technika je pro herce nezbytná, což je ovlivněno také faktem, že tvůrce – materiál – nástroj – konečné výtvor jsou spojené a nemohou vystupovat samostatně jako v jiných oborech umění. (MARTINEC, 2003, s. 27)

Jedna z nejobtížnějších a zároveň nejslavnějších hereckých škol zaměřených na hereckou techniku se nachází v Rusku. Jak uvádí Milena Cesnaková – Michalcová (2004, s. 111-112) výjimečnou osobností byl K. S. Stanislavskij spoluzakladatel *Moskevského uměleckého akademického divadla* známého pod zkratkou MCHAT. Založili jej v roce 1920. Stanislavskij se stal uměleckým šéfem a jeho kolega Vladimír Ivanovič Němirovič - Dančenko se staral o dramaturgii divadla.

O metodách práce Stanislavského vznikla také česká kniha, kterou napsal herec Národního divadla a spoluzakladatele DISK-u (Divadelního studia státní konzervatoře v Praze), Radovan Lukavský s názvem „*Stanislavského metoda herecké práce.*“ V této knize autor popisuje, přesný průběh herecké práce se studenty v rámci lekcí herectví.

Nejpoužívanější a zřejmě nejznámější kapitolou je metoda o „magickém kdyby“. (CESNAKOVÁ – MICHALCOVÁ, 2004, s. 222) *Postavte „kdyby“ před každou z daných okolností: kdyby sem vpadl šílenec, kdyby dveře nedržely, kdyby je vyvrátil, co bych dělal? A na otázku odpovězte činem, udělejte to ... „(...) tajemství tkví v tom, že se na vlastní city nesmí naléhat, o opravdovosti vášní se nesmí přemýšlet, protože city a vášně se nepodrobují rozkazu ani násilí, ale přicházejí samy od sebe. Stačí soustředit se na dané okolnosti a vžít se do nich.“*(LUKAVSKÝ, 1978, s. 25)

Martinec (2003, s. 100) uvádí, že metodika slavného Stanislavského se stala běžně používanou ve všech divadlech a termíny jako jsou například: veřejný okruh samoty, emocionální paměť, toaleta duše, řídicí úkol apod. jsou nedílnou součástí života herce. Dále autor Martince (2003, s. 125) uvádí, že herec se během zkoušení a později veřejného hraní stylizuje do určité role. Vytváří jevištní postavu, která je ve většině případů odlišná od herce jakožto člověka samotného. Prvotní je seznámení se s textem tzv. scénářem během prvních zkoušek tzv. čtených. Během tohoto období se seznamuje nejen s textem samotným, ale také s postavami a hlavně s vlastní rolí. Poznáváme její charakter, vytváříme si obraz, jak by asi mohla postava vypadat, jak by se mohla chovat v určitých situacích apod. Vzniká tzv. dramatická osoba a herecká postava. *„Tímto aparátem jsou odlišeny tři fenomény divadelní interpretace dramatu: tvůrce znaku (herec), znak postavy (audiovizuální herecká kreace – „herecká postava“) a význam tohoto znaku (postava zobrazená hereckou kreací – „dramatická osoba“).*“ (PAVLOVSKÝ, 2004, s. 87)

Úkolem herce je, aby plochá papírová postava ožila v čase a prostoru. V dobrém textu by měly být napsané, i když třeba ne přímo, všechny potřebné informace pro ztvárnění dané postavy – role. Během čtení poznáváme záměr dramatika a postupně převádíme postavu do prostoru. Jako metodu práce s postavou si můžeme zvolit např. sepsání životopisu. Pokusíme se dle textu, vypsát osudové momenty od narození po krizové situace. Smyslem takového postupu práce není pouhé sepsání na papír, nýbrž následná práce s námětem. Skrze něj si začínáme vytvářet myšlenky, pohyby, hlas, tedy charakter kompletní osobnosti postavy. (MARTINEC, 2003, s. 125-127)

Teatroterapie rozvíjí fantazii a kreativitu, učí zdolávat nové úkoly a překážky. Dále ovlivňuje komunikační schopnosti jak verbální tak nonverbální, čímž může pozitivně ovlivnit např. zmírnění sociální fobie. Neverbální komunikace je velice důležitým faktorem našeho já.

Základem této komunikace není slovo, je tedy dobré uvědomit si, že komunikujeme i když nemluvíme. (ČERNÝ, 2012, s. 26).

### CÍLE TEATROTERAPIE

Abychom správně uchopili pojem teatroterapie, je potřeba stanovit si její cíle. Již jsem uvedli, že hlavním cílem je léčba skrze "hraní si", a také výsledný produkt – hotová inscenace, která je odměněna nejen bouřlivým potleskem publika. Právě potlesk je pro herce velkou satisfakcí za dobře odvedenou práci. K zdárnému cíli musíme celek dobře poskládat. Stavbu divadelní hry vymyslel před více než 2500 lety řecký dramatik Sofokles, autor více než sta tragédií. Tragédie se skládala z pěti dějství:

- expozice – úvod, který představil postavy tragédie a uvedl místo a čas odehrávajícího se děje
- kolize – zápletka dávala prostor pro střet dvou soupeřů (třetího herce zavedl na jeviště již zmíněný Sofokles)
- krize – vrchol tragédie vyvolávající nečekaný obrat a napětí v ději
- peripetie – opět nastává zvrát, který před koncem zpomaluje děj
- katastrofa – závěr hry je tragický, ale smrt se využívá pouze v případech nevyhnutelných. (CESNAKOVÁ-MICHALCOVÁ, 2004, s. 11)

Valenta (2006, s. 12-14) uvádí, že teatroterapii, dle cílů můžeme posuzovat z těchto dvou hledisek: terapeutického a uměleckého.

Hledisko terapeutické – cílem je léčebný proces, jež se vyznačuje především univerzálností, nespecifičností, všestranností, integračním charakterem. Z toho vyplývá, že vznik divadelního produktu je individuální proces, který se musí přizpůsobit cílové skupině, prostředí, době, specifickým potřebám atd. Právě začlenění bylo pro zvolenou skupinu našeho výzkumu klíčovým slovem. Jakožto minorita mají jedinečnou možnost oslovit, komunikovat s majoritní společností a poukázat na jejich problematiku, či naopak prokázat, že jsou tzv. „normálními“ lidmi.

Hledisko umělecké – je nejbližší kreativní umělecké terapii. Právě pozitivní energie z publika, smích či jiné emoce a potlesk, tzv. „děkovačka“ jsou pro herce (i neprofesionální) největším zážitkem a standing ovation (pozn. potlesk publika ve stoje).

*„Cílem sociální práce je podpora sociálního fungování klienta v situaci, kde je taková potřeba buď skupinově, nebo individuálně vnímána a vyjádřena. Sociální práce se profesionálně zabývá lidskými vztahy v souvislosti s výkonem sociálních rolí (sociální fungování).“* (NAVRÁTIL,



2001, s. 11-12).

### **METODIKY**

Ve výzkumném šetření je využitokvantitativních i kvalitaivních metod. Tyto metody jsou navzájem komplementární. Kvalitativní výzkum nám pomáhá rozumět pozorované realitě. Kvantitativní výzkum testuje validitu tohto porozumění.

Cílem je získat prostřednictvím rozhovoru a dotazníkového šetření s členy divadelního souboru a také principálkou divadla přehled o průběhu lekcí, herecké práce, terapeutickém a uměleckém výsledku teatroterapie a především potvrzení hypotézy, že „*terapie divadlem je účinnou metodou, která léčí.*“

Členové divadelního souboru jsou pracující v sex business, kteří využívají služeb resocializačního zařízení, tzn. jsou ve výzkumu respondenti.

### **VÝSLEDKY**

Skupina lidí, se kterou jsem se prováděla výzkumné šetření je globálně stigmatizována, odsuzována majoritou a často vytlačována na okraj společnosti. S touto skupinou je třeba pracovat, věnovat jí pozornost a zapojovat do běžného dění. Zároveň však je nutné vést majoritní společnost k toleranci, pochopení a úctě k těmto lidem. Domnívám se, že touto nenásilnou metodou, formou, jako je právě divadlo – terapie divadlem, ale také laskavostí a úctou je možno postupně dosahovat kladných výsledků.

Z odpovědi respondentů vyhodnocuji, že teatroterapie je pro členy divadelního souboru léčbou. Pomáhá jim někam patřit a zapomenout na jejich běžný život. Je způsobem jak trávit čas, cítit se dobře, žít a také se stává jejich „drogou“. Naplňuje je radostným pocitem a vystoupení jsou adrenalinovým zážitkem, které jim působí potěšení. Stanovená hypotéza se potvrdila. Teatroterapie je vhodnou metodou práce, kterou lze pomáhat. Jsem pozitivně překvapena, že členové, aniž by se setkali s názvem teatroterapie, vnímají tuto formu práce jako léčbu skrze divadlo. Velmi kladně hodnotím také výroky členů o principálce divadla. Vnímají ji jako dominantní osobu, velice silnou osobnost, kterou jsou ochotni respektovat a podřídit se. Důležitým faktem jsou odpovědi na otázku, ohledně nejlepšího zážitku a vystoupení před diváky, které vypovídají o cíli teatroterapie a potvrzují, že největší odměnou je vystoupení – odehrání představení před publikem a následně potlesk. Cílem teatroterapie je kromě terapeutického výsledku také umělecký výsledek – herci se setkávají s lidmi, mají možnost ukázat svoji druhou tvář. Členové divadelního souboru se kterým jsem prováděla výzkumné šetření si tento fakt uvědomují a jsou za něj vděční. Zvou si na představení své přátele, rodinu a touží po jejich ocenění, potlesku.

Augusto Boal zakladatel divadla utlačovaných, rozvinul myšlenku dramatika Bertolda Brechta, že *divadlo by se mělo stát nástrojem sociální přeměny světa a společnosti.* (VALENTA, 2011, s. 20)

## **ZÁVĚR**

Teatroterapie je jednou z tzv. expresivních terapií – léčebných metod využívajících jako prostředku uměleckých postupů. Základní metodou teatroterapie je realizace divadelního představení a jeho interpretace před diváky. V tomto je odlišná od ostatních expresivních terapií (např. muzikoterapie, arteterapie atd.), které sledují jen terapeutické cíle a konečný výstup zde nebývá tak důležitý. Cílem teatroterapie je dosažení terapeutických účinků prostřednictvím přípravy a realizace divadelního představení.

*„Divadlo je nejdůležitější věcí na světě, neboť ukazuje lidem, jací by mohli být, jakými se touží stát i když na to nemají odvahu a jací jsou.“* Tove Jansson

## **ZOZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- ČERNÝ, M., DVOŘÁK, J. *Almanach Teatrologické společnosti na rok 2008, aneb, Na prahu druhého desetiletí*, Praha: Pražská scéna, 215 s. 2008.
- ČESÁNKOVÁ – MICHALCOVÁ, M. *Slavné osobnosti divadla*. Praha: Kosmas, 2012. ISBN 80-7243-202-8
- LUKAVSKÝ, R. 1978. *Stanislavského metoda herecké práce*. Praha: SPN
- MARTINEC, V. *Herecké techniky a zdroje herecké tvorby : příručka pro adepty a studenty herectví*, Praha : Pražská scéna : IPOS Vyšší odborná škola herecká, 2003.
- NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Zeman, 2001. 168 s. ISBN 80-903070-0-0
- PAVLOVSKÝ, P. a kol. *Základní pojmy divadla*. Teatrologický slovník. Praha: Libri. 2004. ISBN 80-7277-194-9
- PETRÁČKOVÁ V., KRAUS J. *Akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia 1995. 836 s. ISBN: 80-200-0982-5
- VALENTA, M., MÜLLER. O., POLÍNEK, M. D. *Dramaterapie v institucionální výchově*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 145 s. ISBN 978-80-244-2659-4
- VALENTA, M. a kol. *Rukověď dramaterapie a teatroterapie*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 140 s. ISBN 80-244-1358-2
- ZDENĚKOVÁ, M. et al. *Základní pojmy divadla: teatrologický slovník*. 1. vyd. Praha: Libri, 2004. 348 s. ISBN 80-7277-194-9

**СОЦІАЛЬНА ДОКТРИНА ЦЕРКВИ В УКРАЇНІ/  
SOCIÁLNA DOKTRÍNA V CIRKVI NA UKRAJINE****SOCIAL CHURCH DOCTRINE OF UKRAINE**

<sup>1</sup> *Палінчак М. - <sup>2</sup> Химинець Володимир*

<sup>1</sup> доктор політичних наук, професор Кафедри міжнародних відносин,  
декан Факультету міжнародних відносин Ужгородського національного  
університету

<sup>2</sup> доктор економічних наук, професор Кафедри міжнародних економічних  
відносин Ужгородського національного університету

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** соціальна функція, соціальна доктрина,  
християнське вчення, благодійність

**KEY WORDS:** social function, the social doctrine, the Christian doctrine,  
charity

Актуальність наукових досліджень щодо соціальної діяльності церкви зумовлена тим фактом, що основною функцією релігійних організацій є соціальна. Церква завжди прагнула виконати подвійне завдання: поширювати вчення Євангелія та піклуватись про корисне служіння людям. Слідуючи християнському вченню, Церква приймала відповідні рішення на Вселенських соборах та протягом тривалого часу не просто брала активну участь у справі соціальної допомоги і підтримки, а й відіграла в цьому провідну роль. Християнська ідея милосердя служила основою благодійної діяльності як громадських організацій, так і приватних осіб.

Метою є аналіз основних напрямків соціальної діяльності релігійних організацій в Україні.

Відновлення Україною державного суверенітету започаткувало нову віху в історії соціального служіння конфесій. Релігійні організації отримали можливість стати неувяними, не декларативними, а реальними дієвими суб'єктами суспільного життя. За двадцять чотири роки суверенного функціонування Української держави соціальна діяльність діючих конфесій набула вираженого багатовекторного спрямування. Релігійні організації докладають чимало зусиль до розв'язання проблем соціально незахищених верств населення. Але за часів Радянського Союзу значно девальвувалася соціальна місія Церкви, оскільки вона втратила

матеріальні та фінансові можливості для повноцінної реалізації своєї соціальної діяльності. Такі її можливості ще не відновилися повною мірою, оскільки держава сьогодні ще не бачить в особі релігійних організацій повноцінного партнера з організації соціальної роботи. Церква з її історично сталими методами роботи у сфері соціального захисту могла б серйозно допомогти державним органам влади у підтримці та реалізації соціальних проєктів.

В рамках здійснюваної конфесіями соціальної роботи наявні суспільно значимі змістовні проєкти і програми. Наприклад, Українська Уніонна конференція церкви адвентистів сьомого дня ще у середині 90-х років ініціювала створення Адвентистської медичної асоціації України (фундація продовжує діяти по сьогоднішній день, в її рядах понад 700 фахівців вищої і середньої кваліфікації, які надають медичну допомогу нужденним в різних регіонах країни). За сприяння Української лютеранської церкви понад 15 років функціонує “Медична клініка на колесах”. Громади Армії Спасіння реалізують такі програми, як: “Ліга Милосердя” (започаткована для обслуговування самотніх хворих людей, прикутих до ліжка), “Відкриті двері” (передбачає різноманітну допомогу будинкам для осіб похилого віку), “Інтенсивна корекція” (спрямована на кореляцію інтелектуального розвитку неповнолітніх у притулках та дитячих будинках). У багатьох населених пунктах Закарпатського регіону осередками Римсько-католицької церкви засновано мережу безкоштовних аптек[2].

Особливі зусилля докладають церкви і деномінації на ниві боротьби з ВІЛ/СНІДом. Координацію їхньої діяльності фактично здійснює Всеукраїнська рада Церков і релігійних організацій (ВРЦРО). Саме ВРЦРО виступила засновником міжконфесійного діалогу у сфері подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні шляхом прийняття та впровадження “Концепції участі Церков та релігійних організацій України у протидії епідемії ВІЛ/СНІДу” і “Стратегії участі Церков та релігійних організацій України у протидії епідемії ВІЛ/СНІДу”, що є унікальним досвідом.

Релігійні спільноти реалізують свої соціальні проєкти і програми, створюючи місії та братства. Відомими є Всеукраїнське братство святого апостола Первозванного (УПЦ КП); Братство преподобного Нестора Літописця (УПЦ МП); “Українська місія благовістя” (СХБ); християнська місія “Віфлієм” (ХВС); місія “Карітас-Спес”, регіональна місія “Сестер Святого Йосипа” (РКЦ); місійне товариство “Святого апостола Андрія Первозданного”

(УГКЦ). За даними Держкомнацрелігій, на 01.01.2008 року в Україні діяло 333 місії та 74 братства.

Важливу роль у соціальному служінні релігійних організацій відіграють благодійні фонди. Серед останніх варто відзначити – “Карітас” (УГКЦ), “Острів надії” (УПЦ МП), “Дар життя” (УЛЦ), “Крихті Лазару” (Закарпатська реформатська церква) [2].

Християнські конфесії динамічно розгортають волонтерський рух. Суть його полягає у створенні невеликих груп віруючих, які надають адресну соціальну, медичну та патронажну допомогу інвалідам, хворим, громадянам похилого віку, дітям-сиротам, опікуються засудженими в місцях позбавлення волі. Усі реабілітаційні центри різних релігійних конфесій співпрацюють між собою.

Водночас соціально значуща діяльність релігійних інституцій не зводиться лише до реалізації милосердницьких та добродійних програм. Можна говорити про присутність релігійного фактору в культурному просторі України, освітньому процесі та патріотичному вихованні у Збройних силах. Проте слід зазначити, що світоглядна функція Церкви в галузях духовності та моральності українського суспільства задіяна доволі слабо. Сьогодні відсутні загальнонаціональні підходи відокремленості світської та релігійної освіти, хоча на регіональних та місцевих рівнях є спроби використати духовно-релігійний потенціал Церкви у справі виховання підростаючого покоління [1].

Важливим напрямом служіння є також співпраця церков з іншими інститутами: органами влади та громадськими організаціями. Така співпраця є особливо плідною у сфері роботи з проблемними групами. Скажімо, УГКЦ займається соціальною діяльністю з Міжнародним благодійним фондом “Карітас–Україна”, який свого часу заснувала. Причому цей фонд не є релігійною організацією, але свою роботу здійснює на християнських засадах. Тому тут немає місця національній чи релігійній дискримінації. Особливістю “Карітас–Україна” є наявність низки професійних програм, які стосуються охорони здоров'я, допомоги дітям вулиці, сиротам тощо [3].

Отже, соціальна доктрина для християнських церков постає не лише додатковим способом оздоровлення суспільства, а й неодмінним інструментом для реалізації взаємодії із суспільними,

громадськими інституціями з метою формування громадянських цінностей.

#### **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

- Василець, О. Соціальна функція Церкви в умовах трансформації українського суспільства: державно-управлінський аспект / О. Василець // Вісник Національної Академії Державного управління при Президентіві України. – Київ, грудень 2010 – С.272-278
- Здіорук С., Токман В. Соціальна діяльність церков та релігійних організацій в Україні. Аналітична записка // Національний інститут стратегічних досліджень [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://old.niss.gov.ua/MONITOR/february2009/9.htm>
- Любчук В. Особливості соціального служіння християнських церков в умовах становлення громадянського суспільства в Україні / В. Любчук // Мультиверсум. Філософський альманах: Зб. наук. пр. — К., 2008. — Вип. 73. — С. 213-220.
- Пріоритети державної політики в галузі свободи совісті у світлісоціальної доктрини Церкви : зб. наук. матеріалів / Держ. ком. України у справах національностей та релігій, Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова; редкол. : В. Андрущенко та ін. - К. : Вид-во "Світ знань", 2007. - 180 с.

## SPOLOČENSKÁ INTEGRÁCIA ZDRAVOTNE POSTIHNUTÝCH OSÔB

---

### SOCIAL INTEGRATION OF DISABLED PEOPLE

<sup>1</sup> Pavlák Marián - <sup>2</sup> Ondič Štefan

<sup>1,2</sup> Katedra sociálnej práce VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, n.o.

#### ABSTRAKT

Na svete v súčasnosti žije viac ako jedna miliarda ľudí s rôznymi formami zdravotného postihnutia. Žijú vo všetkých spoločenských vrstvách a ich počet neustále narastá. Osoby so zdravotným postihnutím patria medzi najviac znevýhodnené skupiny obyvateľstva, ktoré sú marginalizované, vytlačané na okraj spoločnosti, vystavené sociálnej a kultúrnej izolácii a rôznym formám diskriminácie. Je mnoho prekážok, ktoré bránia týmto ľuďom uplatňovať svoje práva a obmedzujú ich v zapájaní sa do spoločenských aktivít. Dlhé roky v našom štáte zdravotne postihnutí nemali možnosť zodpovedať za seba, rozvíjať svoje vyššie sociálne potreby, čo im bránilo rozvíjať schopnosť iniciovať zmenu. Jednou z ciest zvyšovania kvality života a sociálneho rozvoja zdravotne postihnutých osôb je ich hlbšia integrácia do spoločnosti.

**KEÚČOVÉ SLOVÁ:** zdravotne postihnuté osoby, integrácia, kvalita života

#### ABSTRACT

There are more than one billion people with different forms of disability living in the world today. They come from all social layers and their number has been constantly increasing. Disabled persons are one of the most disadvantaged groups of population. They are being marginalized, excluded to the periphery of society, exposed to social and cultural isolation and to various forms of discrimination. There are many obstacles which prevent these people from applying their rights and limit them in getting involved into social activities. For many years disabled people in our country have not had the possibility to be responsible for themselves and evolve their higher social needs, which kept them from developing their ability to initiate a change. One of the ways to raise the life quality and social development of disabled persons is their deeper integration into society.

**KEYWORDS:** disabled persons, integration, quality of life

Situácia, keď mal človek ťažké zdravotné postihnutie v zmysle „inakosti“ svojej funkčnej a schopnostnej výbavy, sa tradične historicky vnímala ako situácia vyvolávajúca potrebu jeho zaradenia do asimilovanej sociálnej roly. Imidž odkázanosti na opateru iných utvrdzoval predstavu spoločnosti a často aj samotných ľudí so zdravotným postihnutím o ich neschopnosti zapájať sa do rozhodovania a ovplyvňovania vecí verejných a viedol k voľbe takýchto postupov riešenia odkázanosti na pomoc iných. Tieto postoje a praktiky vo vzťahu k ľuďom so zdravotným postihnutím preto dnes vnímame ako nezlučiteľné so záujmom trvalo udržateľného rozvoja spoločnosti, ktorý vychádza z faktu, že skutočným bohatstvom spoločnosti sú jej ľudia.

Približne 15% svetovej populácie, teda asi jedna miliarda ľudí, žije s nejakou formou zdravotného postihnutia. 50% z nich je starších než 60 rokov. 2 - 4% z nich má takú formu zdravotného postihnutia, ktorá výrazne obmedzuje ich každodenný život a fungovanie.<sup>1</sup>

Vo väčšine krajín sa tieto skupiny obyvateľstva prispôbujú majoritnej spoločnosti. Tá ich často prijíma ako objekty, ktorým je potrebné poskytnúť pomoc, a nie ako rovnocenných partnerov. A práve úroveň starostlivosti o ťažko zdravotne postihnutých a úroveň vzťahu k nim je významným ukazovateľom spoločenskej, hospodárskej a kultúrnej vyspelosti každej krajiny.

Problematickou otázkou je, ako možno dosiahnuť v spoločnosti stav, aby človek so zdravotným postihnutím jeho následky pociťoval v čo najmenšej miere a dokázal prežívať svoj život bez pocitov inakosti. Tak tiež, aby vnímal svoju vlastnú identitu prirodzene a nemal pocity diskriminácie, či nebol predmetom segregácie zo strany intaktnej spoločnosti. V posledných rokoch vzrástol záujem spoločnosti o túto skupinu ľudí. Trendom sa stala integrácia, ktorá prináša všestranný rozvoj osobnosti a zlepšuje kvalitu života osôb s postihnutím. Umožňuje postihnutému občanovi uplatniť sa v spoločnosti.

V nasledujúcich rokoch bude zdravotné postihnutie predstavovať ešte výraznejší problém, nakoľko počet zdravotne postihnutých má stúpajúcu tendenciu. Dôvodom je starnutie populácie a vyššie riziko zdravotného postihnutia u starších ľudí, ako aj globálny nárast chronických ochorení, ako je cukrovka, kardiovaskulárne ochorenia, onkologické ochorenia a

---

<sup>1</sup>REPKOVÁ, K. – SEDLÁKOVÁ, D. 2012. *Zdravotné postihnutie – vybrané fakty, čísla a výskumné zistenia v medzinárodnom a národnom kontexte*. Bratislava : Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku, 2012. 74 s. ISBN 978-80-970993-9-8.



choroby duševného zdravia. Pri dosahovaní dlhodobých vývojových perspektív, aj nad ich rámec, je nevyhnutné posilňovať integráciu osôb žijúcich so zdravotným postihnutím a odstraňovať ich životné prekážky.<sup>1</sup> Zdravotne postihnutí sú znevýhodnení vo viacerých smeroch, čo výrazne ovplyvňuje ich šancu na rovnocenné uplatnenie v spoločnosti. Ich integrácia je nie len úlohou pre štát, ale aj pre spoločnosť ako celok a pre všetkých jej členov, zástupcov ale i pre inštitúcie.<sup>2</sup> Aj preto je pojem sociálna integrácia v súčasnom čase veľmi aktuálny a frekventovaný.

Integráciu je nutné chápať ako cieľový stav, ktorého dosiahnutie závisí od vonkajších okolností, ako je rodinné zázemie, atmosféra v spoločnosti, bývanie, sociálne služby, zdravotná starostlivosť, vzdelanie, práca i na subjektívnych faktoroch ako je psychika a zdravotný stav. Je pojmom popisujúcim komplexný jav, ktorý zahŕňa tiež integráciu osobnú, kultúrnu, pedagogickú a profesionálne pracovnú, čiže komplexnú integráciu v spoločnosti.<sup>3</sup>

Pojem integrácia sa za posledné roky začala používať často v súvislosti s fyzickými osobami so zdravotným postihnutím a ich zaradením sa do spoločnosti. Pri integrácii však nejde len o vyrovnanie príležitostí pre hendikepovaných, o úpravu vzťahov „majority“ i „minority“ a ich spolužitie, ale ide tiež o úspešnosť začleňovania jedincov so zdravotným postihnutím do spoločnosti. Hlavným predpokladom pre úplné začlenenie sa zdravotne postihnutých osôb do spoločnosti by malo byť zvyšovanie si uvedomenia zo strany štátu. Táto integrácia bude možná, ak štát pre zdravotne postihnutých zabezpečí rovnaké podmienky prístupu ku všetkému, ako majú ľudia bez postihnutia.

Sociálna integrácia predstavuje aktivity sociálnych aktérov, ktorí svojou činnosťou podporujú občanov so zdravotným postihnutím a pomáhajú im v procese ich začleňovania sa do rozličných spoločenských

---

<sup>1</sup> REPKOVÁ, K. – SEDLÁKOVÁ, D. 2012. *Zdravotné postihnutie – vybrané fakty, čísla a výskumné zistenia v medzinárodnom a národnom kontexte*. Bratislava : Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku, 2012. 74 s. ISBN 978-80-970993-9-8.

<sup>2</sup> LEŠKOVÁ, L. 2011. *Politika trhu práce vo vzťahu k občanom so zdravotným postihnutím*. In *Svet, život a problémy ľudí s ťažkým zdravotným postihnutím*. Košice : Katolícka univerzita, 2011. ISBN 978-80-8126-034-6.

<sup>3</sup> NOVOSAD, L. 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha : Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-509-7.

aktivít, činností a vzťahov. Cieľ integrácie spočíva vo vytvorení takej spoločnosti, ktorá je vyhovujúca pre celú populáciu.<sup>1</sup>

Pri všeobecnom hodnotení sociálnych dopadov postihnutia na občanov má nezastupiteľné miesto práve sociálna integrácia zdravotne postihnutých do bežného života. Dôležitý je v tomto smere aj postoj štátu, ktorý prostredníctvom sociálnej politiky zaujíma postoj k vymedzeným sociálnym situáciám. Zle pripravená integrácia klientov má skôr opačný - negatívny dopad, najmä v oblasti vzdelávania a následne zamestnávania znevýhodnených občanov. Treba brať na zreteľ závažnosť determinovaných problémov, ich vplyv a pôsobenie na jednotlivca. Nie každý jednotlivec reaguje na integrovanie správne a tým dochádza k vzniku sociálno-patologických problémov.<sup>2</sup> Úspešnú integráciu zdravotne postihnutej osoby výraznou mierou ovplyvňujú aj faktory ako dosiahnutý stupeň vzdelania klienta, či získaná kvalifikácia, zručnosti jeho pracovnej sily a tiež poznatky nadobudnuté pri ďalšom vzdelávaní.

Ľudia s postihnutím sa stretávajú s obmedzeniami a znevýhodneniami takmer vo všetkých oblastiach ich každodenného života. Ide či už o znevýhodnenia a bariéry v prostredí v ktorom žijú, v rodine, alebo v škole i zamestnaní, no i v tak potrebnom prístupe k službám ale i informáciám. Práve preto by mala byť naša spoločnosť zodpovedná za zmierňovanie alebo prekonávanie prekážok a mala by sa snažiť uľahčiť integráciu do spoločnosti ľuďom s postihnutím.

Hlavná zodpovednosť pri odstraňovaní obmedzení je predovšetkým na jednotlivých štátoch, pretože práve zabezpečením legislatívneho rámca na odstránenie týchto prekážok a ich následným zavedením do reálneho života by bolo možné zabezpečiť rovnosť osôb so zdravotným postihnutím so zdravými osobami.

Predovšetkým je štát subjektom, ktorý by mal byť zodpovedný za to, aké opatrenia k odstráneniu prekážok vo vzťahu k občanom so zdravotným postihnutím prijme a následne zavedie do praktického života. Mal by sa zamerať k stanoveniu prísnejších noriem v oblasti starostlivosti o týchto občanov.

---

<sup>1</sup> HRONCOVÁ, J. – HUDECOVÁ, A. – MATULAYOVÁ, T. 2000. *Sociálna pedagogika a sociálna práca*. Banská Bystrica : Univerzita Mateja Bela, 2000. 293 s. ISBN 80-8055-427-7.

<sup>2</sup> GAŠPARÍKOVÁ, D. 2011. Integrácia občanov zdravotne postihnutých do bežného života. In *Sociálna a ekonomická integrácia a dezintegrácia v bezpečnosti jedinca a spoločnosti. Zborník abstraktov*. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2011. ISBN 987-80-89533-01-5.

V legislatíve Slovenskej republiky zatiaľ neexistuje špeciálny zákon o integrácii občanov so zdravotným postihnutím, ktorý by komplexne riešil celú problematiku. Táto je čiastočne obsiahnutá v početných právnych predpisoch (Zákonníku práce, v zákone o výchove a vzdelávaní, v Zákone o službách zamestnanosti, Zákone o sociálnom poistení, etc.).

Aj občania so zdravotným postihnutím majú právo viesť plnohodnotný život a aktívne sa zapájať do diania v spoločnosti. Toto právo zaručuje aj Ústava Slovenskej republiky, ktorá zaručuje práva pre každého, bez ohľadu na to, či je niekto zdravý alebo chorý. Chápeme pod tým, že i občania, ktorí sú zdravotne postihnutí majú právo viesť normálny, plnohodnotný život a zapájať sa aktívne do spoločnosti, ako zdraví občania.

V súčasnosti existuje tiež mnoho zásadných medzinárodných dokumentov a dohôv na celosvetovej, európskej aj národnej úrovni, ktoré majú priamy vplyv na verejnú politiku v oblasti sociálnej ochrany osôb so zdravotným postihnutím. Medzinárodné dokumenty vo veľkej miere pozitívne ovplyvňujú sociálnu politiku aj na Slovensku. Medzinárodné dokumenty majú väčšiu právnu silu ako domáca legislatíva, ak zaručujú viac práv.

Integrácia je teda najvyšším stupňom socializácie každej osoby so zdravotným postihnutím. Odstraňovaním a zmierňovaním nepriaznivých dôsledkov postihnutia vo vedomí človeka dochádza k jeho seberealizácii. Pri integrácii zdravotne postihnutých ide o úplné zapojenie, splynutie človeka s postihnutím s ostatnou populáciou, a to vo oblasti výchovy, vzdelávania, ale i v pracovnom uplatnení, v osobnom i spoločenskom živote. Takto integrovaný človek je samostatnejší, relatívne nezávislý od svojho okolia, vyrovnaný so svojou zdravotnou situáciou, čo znamená, že dokáže žiť so svojím postihnutím aktívne, bez rezignácie.<sup>1</sup>

Záverom môžeme konštatovať, že problematika začleňovania zdravotne postihnutých osôb do spoločnosti a zvyšovanie kvality ich života je problémom, ktorým sa musí zaoberať celá spoločnosť. Celkovo starostlivosť o osoby so zdravotným postihnutím vnímame ako nedostatočnú, nesyستémovú, neprímeranú a neexistujú žiadne záruky toho, že by sa to v blízkej budúcnosti malo zlepšiť či napraviť. Nemôžeme ponechať riešenie tohto problému iba na rodine alebo jednotlivcovi. Je dôležité, aby znevýhodnení neboli odsúvaní na okraj spoločnosti a bolo im umožnené v čo

---

<sup>1</sup> HRUŠKOVÁ, R. 2009. Problémy školskej integrácie nevidiacich a možnosti kompenzácie. In *Sociálna a ekonomická núdza – bezpečnosť jedinca a spoločnosti. Zborník príspevkov*. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2009. ISBN 978-80-89271-63-4.

najväčšej možnej miere využívať všetky možnosti ich začlenenia do spoločnosti a zlepšenia kvality života.

#### **ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY**

- GAŠPARÍKOVÁ, D. 2011. Integrácia občanov zdravotne postihnutých do bežného života. In *Sociálna a ekonomická integrácia a dezintegrácia v bezpečnosti jedinca a spoločnosti. Zborník abstraktov*. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2011. ISBN 987-80-89533-01-5.
- HRONCOVÁ, J. – HUDECOVÁ, A. – MATULAYOVÁ, T. 2000. *Sociálna pedagogika a sociálna práca*. Banská Bystrica : Univerzita Mateja Bela, 2000. 293 s. ISBN 80-8055-427-7.
- HRUŠKOVÁ, R. 2009. Problémy školskej integrácie nevidiacich a možnosti kompenzácie. In *Sociálna a ekonomická núdza – bezpečnosť jedinca a spoločnosti. Zborník príspevkov*. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2009. ISBN 978-80-89271-63-4.
- LEŠKOVÁ, L. 2011. Politika trhu práce vo vzťahu k občanom so zdravotným postihnutím. In *Svet, život a problémy ľudí s ťažkým zdravotným postihnutím*. Košice : Katolícka univerzita, 2011. ISBN 978-80-8126-034-6.
- NOVOSAD, L. 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním :základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha : Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-509-7.
- REPKOVÁ, K. – SEDLÁKOVÁ, D. 2012. *Zdravotné postihnutie – vybrané fakty, čísla a výskumné zistenia v medzinárodnom a národnom kontexte*. Bratislava : Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku, 2012. 74 s. ISBN 978-80-970993-9-8.

## ŠPECIFIKÁ SOCIÁLNEJ PRÁCE SO ZÁVISLÝMI SENIORMI

---

### SPECIFICS OF SOCIAL WORK WITH DEPENDANT SENIORS

<sup>1</sup> Pavlová Martina – <sup>2</sup> Telepjanová Štefánia

<sup>1,2</sup> Detašované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku

#### ABSTRAKT

Predkladaný príspevok je zameraný na seniorov závislých od psychoaktívnych látok. V teoretickej rovine sa zameriavame na závislosť seniorov, pričom sme neobišli ani zmeny správania sa seniorov v súvislosti so závislosťou. Charakterizujeme sociálnu prácu zameranú na závislých seniorov. V praktickej rovine príspevok analyzuje zozbierané údaje o špecifických potrebách závislých seniorov z pohľadu na sociálnu integráciu a zlepšenie kvality života.

**KLÚČOVÉ SLOVÁ:** Alkoholizmus. Senior. Sociálna práca. Staroba. Starnutie. Závislosť.

#### ABSTRACT

The present contribution is aimed at seniors dependent on psychoactive substances. In theory, we focus on dependency of seniors, and we did not go to change the behavior of the elderly in the context of addiction. We characterize social work to dependent seniors. In practical terms, the contribution analyzes the collected data on the specific needs of dependent elderly in terms of social integration and improved quality of life.

**KEYWORDS:** Alcoholism. Senior. Social work. Age. Aging. Dependence.

#### SOCIÁLNA PRÁCA SO ZÁVISLÝMI SENIORMI

Medzi najdôležitejší fenomén demografického vývoja v súčasnosti patrí starnutie populácie. Podľa Krajčika (2005) je potrebné rozlišovať starnutie a starobu, kde starnutie je proces a staroba obdobím života.

Staroba je všeobecne označovaná ako neskorá fáza ontogenézy, prirodzeného spôsobu života. Je dôsledkom a prejavom geneticky podmienených involučných procesov modifikovaných ďalšími faktormi. (Mühlpachr, 2008). Aj Tošnerová (2009) uvádza, že staroba je prirodzený

a predvídateľný proces zmien, ktorý sa týka aj nášho fyzického vzhľadu, energetickeho stavu, duševných schopností a spoločenského života. Tvrdenia týchto autorov dokazujú, že pri stanovení hranice veku seniorov je potrebné zvoliť individuálny prístup, ktorý poukazuje na množstvo ukazovateľov a faktorov ovplyvňujúcich túto hranicu. Substančné zneužívanie a závislosť nepatrí vo vysokom veku ku zvláštnostiam. Predovšetkým zneužitie a závislosť od liekov a alkoholu je u ľudí nad 50 rokov rozšírenou a v posledných rokoch stúpajúcou tendenciou.

Mühlpachr (2008) uvádza, že biologické starnutie je hypotetické označenie konkrétnej miery involučných zmien. Ide najmä o atrofie, pokles funkčnej zdatnosti, zmeny regulačných a adaptačných mechanizmov a pod. Zvyčajne sú úzko prepojené so zmenami spôsobenými neskoršími chorobami. Ďalej uvádza, že závislí seniori tvoria špecifickú skupinu, kde sprievodnými sú fyziologické a psychologické javy. Určujúcim sa však stáva sociálna situácia, možnosť spätného začlenenia sa do rodiny, ako aj posilnenie sociálnych väzieb. Abúzus drog či alkoholu je pre seniora často únikom od problémov, od bolesti, od samoty či somatických prejavov. Sám nie je neschopný riešiť situáciu, či vyhľadať pomoc, čomu zodpovedá percento efektivity liečebných úkonov.

### **ZMENY SPRÁVANIA V PROCESE STARNUTIA A STAROBY V SÚVISLOSTI SO ZÁVISLOSŤAMI**

Od počiatku dejín ľudstvo využívalo omamné a psychotropné látky, ako dôležitou súčasťou rôznych rituálov a tradícií, podávané pod dohľadom skúsených osôb, ako napríklad šamanov. Problémy nastali, keď prestalo byť ich užívanie spojené s rituálmi a spoločenskými tradíciami, ako aj s rozvojom farmaceutického a chemického priemyslu.

Uznávaný odborník Benkovič (2007), primár II. oddelenia úseku liečebno-preventívnej a psychoterapeutickej starostlivosti, pri liečbe závislosti na Prednej Hore uvádza, že z celkového počtu vyšetrených pacientov tvorí 12% pacientov so závislosťou, z čoho alkoholová závislosť je zastúpená v miere 9,8%. V psychickej oblasti sú začínajúce alebo progresujúce kognitívne deficity vo forme organických psychosyndrémov alebo až demencií. Aj tento fakt prispieva k tomu, že starší ľudia nemávajú k svojim závislostiam kritický postoj a neracionalizujú ich. Špecifiká užívania psychoaktívnych látok u seniorov charakterizuje Nešpor (2013) nasledovne:

- Odolnosť vzhľadom na alkohol a návykové látky je menšia, príčinou ťažkých intoxikácií je často ich nízka tolerancia.
- Seniori, ktorí užívajú lieky na vysoký krvný tlak, cukrovku alebo srdcové choroby, môžu vstupovať do interakcií

- s psychoaktívnymi látkami. Pri kombinácii, niektorých liekov proti bolestiam môže dôjsť ku krvácaniu do tráviacej trubice alebo ťažkému poškodeniu pečene.
- K zdravotným problémom dochádza rýchlejšie ako u ostatných vekových kategórií.
  - Častejšie trpia chronickými bolestivými ochoreniami, čo vedie k zneužívaniu liekov na zmiernenie bolesti alebo k závislosti od liekov.
  - Vo vyššom veku nastávajú aj poruchy pamäti v dôsledku škodlivého užívania psychoaktívnych látok, ktoré sa spájajú s poruchami pamäti iného pôvodu.
  - Z nedostatku vitamínov, no najmä bielkovín býva skrytá alebo zjavná podvýživa.
  - Vo vyššom veku je veľmi prospešná psychoterapia, podporná psychoterapia, dochádzanie do socioterapeutického klubu či stretnutia Anonymných alkoholikov. Takéto stretnutia nielenže napomáhajú triezvosti, ale pomáhajú prekonať pocit osamelosti a súčasne nahrádzajú a dopĺňajú sieť sociálnych vzťahov. Je potrebné pozornosť venovať životnému štýlu a plánovaniu času. Treba zachovať vyváženosť medzi nedostatkom aktivít a nadmerným zaťažením. (Nešpor, 2011).

### **ALKOHOLIZMUS U SENIOROV**

Okrem množstva iných zdravotných ochorení spôsobuje nadmerné užívanie alkoholu vznik alkoholických duševných porúch. Podľa Ondruša (1990) je najznámejšou alkoholickou psychózou delírium tremens, ktorá vzniká po dlhodobom ťažkom abúze alkoholu. Zrakové halucinácie prijíma klient ako reálnu skutočnosť. Často sú sprevádzané aj sluchovými halucináciami, ktoré vedú k úzkosti, strachu a motorickému nepokoju. Chápavosť a pružnosť myslenia ako aj celková intelektová schopnosť sa dlhodobým pitím znižuje. Alkoholici bývajú dezorientovaní v čase a priestore, následkom čoho dochádza ku klamstvám. Celková osobnosť sa stáva povrchnou, degraduje seba samu. Individualita sa stráca, rozklad osobnosti môže vyústiť až do celkovej alkoholickéj demencie.

Heretik (2013), ktorý je klinický psychológ, uverejnil v časopise *Humanita Plus* 2/2013 výskum, ktorého cieľom bolo zistiť súčasnú situáciu a postoje ľudí k užívaniu alkoholu v bežnej spoločnosti na Slovensku. Výskumu sa zúčastnilo 802 dospelých respondentov. Z toho 88% uviedlo, že pije príležitostne alebo pravidelne a 12% respondentov uviedlo, že abstínuje. 59% respondentov uvádza, že pije menej ako ich okolie, 19%

respondentov uviedlo, že pijú rovnako ako ich priatelia a iba 5% respondentov priznalo, že pijú viac ako ich priatelia, 18% respondentov sa na uvedenú otázku nevedelo vyjadriť. Na otázku, ako často pijú muži a ženy na Slovensku, výskum vyhodnotil nasledovne: 46 % mužov uviedlo, že pije často, 43% mužov pije zriedkavo a 11% mužov abstínuje. Ženy uvádzali tieto fakty: 72% žien pije zriedkavo, 15% žien pije často a 13% žien abstínuje. Stav ťažšej opitosti (ktorého sprievodnými znakmi sú otupenosť, strata schopnosti rozmýšľať, neschopnosť koordinovaného pohybu) za posledného polroka uvádza 18% mladých ľudí, 14% respondentov žijúcich osamelo, 6% respondentov žijúcich v rodine a 4% respondentov v dôchodkovom veku. Na záver tohto výskumu sa žiada doplniť ešte zopár dôležitých faktov, a to vyše 30% respondentov považuje niekoľko pohárikov alkoholu za zdraviu prospešných, takmer 40% respondentov uvádza, že nie je ľahké pohárik odmietnuť, a že muži i ženy pri poslednej príležitosti vypili v priemere také množstvo alkoholu, ktoré predstavuje zvýšené zdravotné a osobné riziko. (Heretik, 2013).

Aj tento výskumu priniesol, niektoré nové dôležité fakty. Vo vyššie spomínanom výskume 4% opýtaných respondentov v dôchodkovom veku uvádzajú, že za časové obdobie 6 mesiacov boli v stave ťažkej opitosti. Ale aj 14% osamelo žijúcich respondentov uvádza tento fakt a často sú medzi nimi práve ľudia, ktorí síce ešte nedovŕšili dôchodcovský vek, ale možno prišli o svojho životného partnera a sú preto osamotení.

Popri štúdiu odbornej literatúry sme zistili, že v demografii staršej populácie fenomén alkoholizmu prerástol do nadmerných rozmerov. Veľká časť seniorov vedie izolovaný život pri nie príliš ideálnych podmienkach. Izolácia často prerastá do depresie. Únava, strata chuti do jedla a výrazné zabúdanie sú charakteristické znaky starších alkoholikov. Pre pocit malátnosti strácajú záujem o každodenné činnosti, najmä o osobnú hygienu. Tým, že človek starne, tolerancia hladiny alkoholu klesá. Stav opitosti tiež ovplyvňujú lieky, ktoré denne užívajú. Môže nastať taká medikamentózna kombinácia, ktorej následkom sú vážne zdravotné komplikácie a v niektorých prípadoch aj smrť.

Mistoler (2014) vo svojej štúdiu uvádza, že počet hospitalizovaných pacientov nad 65 rokov v pražskom protialkoholickom centre pre problémy s alkoholom bol rovnaký ako počet pacientov s infarktom. Z toho 2/3 seniorov bolo závislých už v strednom veku. U 1/3 seniorov prebiehala liečba priaznivejšie, s menším výskytom pridružených psychických porúch. Počet závislých mužov je väčší v pomere k ženám, a to 6:1. Väčšina seniorov konzumuje alkohol pre jeho chuťové vlastnosti, len 10-15% mužov a 6-8% žien oceňuje jeho upokojujúce alebo povzbudzujúce účinky. Výskyt rizikového pitia vekom klesá, zlom nastáva po 55 roku života



žien a 65 roku života muža. Seniori preferujú mierne popíjanie v malých dávkach, nie sú prítomné excesy typické pre mladosť. Závislosť od alkoholu má pozvoľný kontinuálny priebeh, pričom pokusy o abstinenciu sú menej časté ako u mladších vekových kategórií. Ťažko závislí od alkoholu umierajú podstatne skôr a nedožijú sa seniorského veku, ich život je kratší v priemere o 16 rokov. S názorom Mistolera na starších alkoholikov sa stotožňuje Bartošovič (2006), ktorý tvrdí, že u starších ľudí je spôsob konzumácie alkoholu rozdielny ako u mladších konzumentov. Požívanie alkoholu má viac-menej pomalý, ale plynulý, permanentný priebeh, pričom absentujú excesy so stratou kontroly. Seniori častejšie uprednostňujú „ľahší alkohol“ ako napríklad víno a pivo, z čoho vyplýva, že konzumácia alkoholu úzko súvisí aj so sociálnym statusom.

Alkoholizmus má okrem psychických následkov aj následky somatické. S vekom klesá hmotnosť, množstvo telesných tekutín, stúpa množstvo tuku v krvi. Alkohol je pri tom rozpustný vo vode a nie v tuku, čo spôsobuje jeho vyššiu koncentráciu v krvi. Platí všeobecné pravidlo, že pri konzumácii rovnakého množstva alkoholu majú 60-roční o 20% a 90-roční až o 50% vyššiu hladinu alkoholu v krvi ako 20-roční. S vekom sa zvyšuje citlivosť CNS na alkohol, pričom aj nižšie dávky spôsobujú intoxikáciu. Dlhodobá konzumácia alkoholu urýchľuje proces starnutia, najmä CNS. Taktiež dochádza k rôznym úrazom a pádom, prípadne omrzlinám. Úmrtnosť na abstinénčné delírium tremens je 5-15% pri mladších vekových kategóriách a u seniorov nad 65 rokov stúpa na 35%. Zomierajú pritom najčastejšie na respiračné zlyhanie a arytmiu. Samovraždou končí svoj život 7-30% závislých seniorov. (Mistoler, 2014). Nakofko u seniorov dochádza k somatickým zmenám v organizme, alkohol sa štiepi a rozkladá omnoho pomalšie ako v mladom organizme, preto musí byť prevencia a liečba špecifická. Nie je možné, aby metódy prevencie a samotnej liečby boli rovnaké u dospievajúcej mládeže ako u seniorov. Nešpor (2014), ktorý sa venuje závislostiam seniorov tvrdí, že liečba zameraná na prekonávanie problémov alkoholizmu u seniorov je špecifická. Okrem klasickej medikamentóznej je dôležité: Rešpektovať zvláštnosti seniorov, ich zdravotný stav a pomalšie tempo. Pri ťažkých poruchách pamäti a orientácie je potrebné dbať na bezpečnosť postihnutého a na jeho okolie. Niekedy je nutné obmedzenie spôsobilosti na právne úkony. Pokiaľ je to možné, do terapie treba zapojiť širšiu rodinu, ktorá môže motivovať a pomôcť vytvoriť bezpečné prostredie a lepšiu kvalitu života. Anonymní alkoholici pomáhajú rozšíriť sieť vzťahov, pričom uľahčujú abstinenciu. Je potrebné pomáhať zvládať potrebnú zodpovednosť, vrátane starostlivosti o zdravie. Vhodná je pomoc pri adaptácii na

novú situáciu. Nabádať ich k telesnej aktivite, ktorá zlepšuje telesný i duševný stav aj pamäť. Ponúkať nefarmakologické alternatívy na mierenie bolesti. Dbáť na stravovacie návyky a ponúkať dostatok vhodných tekutín. Uprednostňovať zdravý životný štýl, dobré návyky, humor, smiech a záľuby.

Pozornosť na fakt, že abúzus a závislosť od alkoholu u seniorov je menej častá ako u mladšej generácie upriamuje Bartošovič (2006). Zároveň zdôrazňuje, že táto problematika býva často podhodnocovaná a maskovaná multimorbiditou a ani príbuzní si neradi pripúšťajú tento sociálne stigmatizujúci problém.

### **TABAKIZMUS U SENIOROV**

Tabakizmus alebo nikotinizmus patrí do kategórie najrozšírenejšej toxikománie, ktorá prináša so sebou srdcovo-cievne ochorenia, tráviace ťažkosti, ochorenia dýchacích ciest, močovo-pohlavné ochorenia, zhubné nádorové ochorenia a mnoho ďalších. (Chovanec a Billá, 2013)

V súčasnosti sa upriamuje pozornosť na to, že jestvuje úzky vzťah medzi depresiou v staršom veku a fajčením. K cigarete sa častejšie utiekajú ľudia trpiaci depresiou. Úspešnosť liečby u týchto ľudí je nižšia, nakoľko po odobratí cigarety dochádza k opätovnému prepuknutiu choroby. Rizikovou sa stáva aj nižšia aktivita, ktorá zhoršuje rizikové správanie a vykazuje priamu súvislosť s výskytom depresie. (Bartošovič, 2006).

V USA bolo v roku 2000 výskumom potvrdené, že okolo 10 % obyvateľov fajčí vo veku 65 rokov a viac, pričom fajčenie zapríčinilo 287 000 úmrtí u ľudí nad 65 rokov. Viac prestávajú fajčiť muži vo vekovej skupine nad 65 rokov ako veková kategória 18-65 rokov, kde je výskyt fajčenia na nižšej úrovni. (Ochaba, Bartošovič, 2010).

Hegy (2012) uvádza, že vznik a rozvoj ochorení úzko súvisí s užívaním tabaku. Najviac zraniteľnú skupinu z hľadiska veku tvoria práve seniori. Závislosť zohráva veľkú bariéru pri kvalite života, nakoľko zhoršuje zdravotný stav. Najdôležitejšou intervenciou ktorá predlžuje vek dožitia u seniorov, je práve liečba závislosti. Množstvo zdravotných problémov a komplikácií spôsobuje práve fajčenie a 7 z celkového počtu 14 hlavných dôvodov zapríčiňuje smrť ľudí starších ako 60 rokov v súvislosti s fajčením. Pravdepodobnosť na ochorenie rakoviny pľúc je u fajčiarov vyššia ako u nefajčiarov o 10%. Riziko úmrtia fajčiarov prichádza v priemere o 15 rokov skôr ako u nefajčiarov. Aj napriek tomu, že najväčší prínos má zanechanie fajčenia v mladšom období, aj v neskoršom období sa eliminuje vznik ochorení súvisiacich s fajčením.

S podobným názorom na intervenciu, samotnú liečbu, ako má vyššie spomínaný autor Hegy (2012), sa stotožňuje Ochaba a Bartošovič (2010),

ktorí zdôrazňujú, že lekár by mal pri návšteve klienta motivovať seniorov k zanechaniu fajčenia. Výskumy dokázali, že práve takáto intervencia dopomohla 30% fajčiarov abstinovať. Fajčiari vo veku 60-64 rokov, ktorí fajčili 20 cigariet denne a prestanú fajčiť, si znížia riziko úmrtia v nasledujúcich 15 rokoch o 10%, čo nie je zanedbateľné. Z uvedeného vyplýva, že zanechanie fajčenia v akomkoľvek veku znižuje riziko ochorenia, ale aj smrti.

Jednou z najúčinnějších zbraní v boji s tabakizmom je prevencia, ktorá vedie k posilneniu a ochrane zdravia, taktiež k výchove, k zdravému spôsobu života.

### **ZÁVISLOSŤ OD LIEKOV A VYŽIVOVACÍCH DOPLNKOV U SENIOROV**

Konzumácia liekov v dnešnej dobe je vysoká a dá sa predpokladať, že neustále narastá. Spotreba liekov pri tom mnohonásobne prevyšuje skutočnú potrebu. Najväčšiu skupinu konzumentov tvoria ľudia vo veku nad 60 rokov, a to najmä preto, že tento vek sa spája s chronickými chorobami.

Pre dospelých ľudí sú utišujúce prostriedky legálne a ľahko dostupné drogy. Medzi najčastejšie predpisované a najviac zneužívané lieky patria sedatíva. Spôsobujú emotívny aj fyzický útlm, ovplyvňujú činnosť centrálnej nervovej sústavy či redukciu určitej časti mozgu. V malých dávkach odstraňujú spoločenské zábrany, pôsobia uvoľňujúco, mierne euforicky. No už pri vyšších dávkach spôsobujú zhoršenie zraku, zníženie koncentrácie, neschopnosť sústrediť sa naraz na niekoľko činností, letargiu a v konečnom dôsledku aj kómu. (Dimoff, Carper, 1992).

Lieky vyvolávajúce závislosť rozdeľujeme podľa účinnej látky do niekoľkých skupín (National Institut on Drug Abuse, 2015):

Tlmivé lieky: sú určené na upokojenie a liečbu nespavosti. Používajú sa aj na liečbu psychiatrických ochorení a epilepsie.

Opioidy: obsiahnuté sú aj v lieku proti kašľu, najčastejšie sa užívajú pri liečbe veľmi silných bolestí nádorového typu, ak sú predchádzajúce možnosti liečby vyčerpané. Stimulujúce látky: sa indikujú pri nadmernej spavosti, aj ako prípravok na chudnutie.

Voľnopredajné lieky: zväčša neohrozujú život, ale spôsobujú zdĺhavé zdravotné ťažkosti.

Bolesti sa v seniorskom veku vyskytujú 3-krát častejšie ako u ostatnej populácie. Trpí ňou 20-50% seniorov v domácom prostredí a 45-80% seniorov v pobytových zariadeniach. Zneužívanie sa vyskytuje skôr u žien okolo 50. roku života, ktoré trpia neurotickými stavmi sprevá-

dzanými najrôznejšími bolesťami, najčastejšie bolesťami hlavy. Ženy užívajú viac liekov a častejšie ako muži. Medzi najčastejšie zneužívané lieky patria relatívne lacné a ľahko dostupné lieky. (Mistoler, 2014).

Mühlpachr (2008) uvádza, že vzhľadom na viacnásobné ochorenia seniorov je typická polymorbidita a potreba súčasne užívať viacero liekov. Involučné a degeneračné procesy môžu pozmeniť reakciu liečivej látky v tele seniora. Funkcia podieľajúca sa na interakcii liečivej látky a organizmu môže byť ovplyvnená, z čoho vyplýva, že požadovaný výsledok môže byť pozmenený ako kvalitatívne, tak aj kvantitatívne.

Závislosť od liekov a vyživovacích doplnkov je často latentná závislosť. Je ťažšie ju odhaliť, ale je liečiteľná. Jej prevencia aj samotná liečba stojí menej finančných prostriedkov ako ďalekosiahle dôsledky.

### **PATOLOGICKÉ HRÁČSTVO A HAZARD U SENIOROV**

Pre svoj návykový charakter definuje Escandón a Gálvez (2006) patologické hráčstvo ako chorobu. Súčasne je to závislosť od činnosti na zábavu, ktorá zahŕňa akýkoľvek druh hry.

Podľa Nešpora (2014) problémy spôsobené hazardom nemajú len jednu príčinu. Zdravie a choroba vznikajú dôsledkom interakcie rizikových a ochranných faktorov vo viacerých rovinách. K najzávažnejším patrí dostupnosť hazardu a jeho aktívne propagovanie. Niektoré rizikové faktory sa u seniorov môžu vyskytovať častejšie ako v mladších vekových skupinách. Medzi najčastejšie patria:

- Súvislosť so záťažovou životnou udalosťou ako je napr. odchod do dôchodku, nezamestnanosť, ovdovenie. Záťažovou životnou udalosťou v tomto veku je dosť často aj smrť blízkeho, príbuzného, priateľov a pod.
- Sociálna izolácia, opustenosť. Viac ako u iných vekových skupín je prítomná depresívna a úzkostná symptomatológia.
- Menšia pružnosť myslenia, postihnutie kognitívnych funkcií, naivita vo finančných záležitostiach.
- Nakoľko väčšie percento seniorov má dostatok voľného času, vzniká priestor pre jeho nesprávne vyžitie. Dochádza tak k horšiemu rozplánovaniu času, čo negatívne ovplyvňuje sieť vzťahov a uspokojovania sociálnych potrieb.
- Senior zväčša obtiažnejšie spláca dlhy, ktoré vznikajú pri tejto závislosti.
- Seniori majú obmedzené možnosti kvalitného trávenia voľného času. Vzhľadom na svoj vek, prípadne zdravotné alebo finančné

ťažkosti sa musia vzdať obľúbených športových činností a koníčkov.

- Chronické bolestivé ochorenia taktiež často komplikujú aj duševný stav.

Pri liečbe závislostí patologických hráčov vyššieho veku sa odporúčajú špecifické postupy liečby zameranej na závislých seniorov. Patria sem tieto postupy: tréning rôznych techník, rodinná terapia, kontakt so svojpomocnou organizáciou, ambulatnou terapeutickou skupinou, či socioterapeutickým klubom pomáhajú patologickému hráčovi vo vyššom veku v abstinencii, podporná a iná formá psychoterapie, relaxačné techniky, alebo vytvárať sieť vzťahov, ale aj vzdelávanie akéhokoľvek druhu, ktoré môže obsahovať potrebné informácie ako: kde hľadať pomoc pre praktické problémy, krízovú pomoc, tréning pamäti, informácie ohľadom zdravej výživy, pitný režim, organizovanie času. (Nešpor, 2014).

Hazard a patologické hráčstvo u seniorov môže ohroziť existenčné a duševné zdravie nielen závislého seniora, ale aj celej rodiny. V obzvlášť závažných prípadoch, keď sú všetky prostriedky liečby vyčerpané, je možné uvažovať o obmedzeniach k spôsobilosti na právne úkony. Platí to najmä v prípadoch, ak sú prítomné ďalšie duševné poruchy, alebo došlo k postihnutiu poznávacích funkcií. Obmedzenie spôsobilosti sa týka najmä hospodárenia s finančnými prostriedkami a nakladania s majetkom.

### **SOCIÁLNA PRÁCA SO SENIORMI VO VŠEOBECNOSTI**

Sociálna práca ako pomoc pri uspokojovaní základných životných potrieb jednotlivcovi, skupine či komunite siaha dávno do minulosti. Predmetom jej záujmu je v prvom rade človek alebo skupina ľudí, ktorá sa ocitla v sociálnej kolízii. Základné zameranie obsahu sociálnej práce je ovplyvňované rešpektovaním vývoja sociálnej práce u nás i vo svete. (Hrozenková et al., 2008).

Sociálny pracovník má nezastupiteľné miesto v sociálnej starostlivosti o seniorov. Je súčasťou multidisciplinárneho tímu. Ak chce poskytnúť pomoc seniorovi, musí poznať a rešpektovať jeho potreby. Medzi tie najdôležitejšie patrí nezávislosť, či už z pohľadu samostatného rozhodovania, alebo autonómie.

Matoušek et al. (2010) uvádza, že vek je len orientačný, nie je dôvodom na zvýšenú starostlivosť. Dôvodom sú sociálne a zdravotné faktory. Sociálna práca sa zameriava na starostlivosť o takých seniorov, ktorých zdravotný stav sa spája s poklesom funkčných schopností a sebestačností a môžu obmedzovať človeka pri uspokojovaní jeho každodenných potrieb, na aké bol zvyknutý v čase plného zdravia.

Autori Hegyi a Krajčík 2010, s. 539 uvádzajú: „*prioritami geriatrickej zdravotnej starostlivosti je predĺženie života, dosiahnutie čo najvyššej kvality života i v jeho posledných fázach a čo najlepšieho funkčného stavu, sebestačnosti geriatrického pacienta.*“ Starostlivosť v geriatrickej sa zaoberá od preventívnej starostlivosti až po terminálnu a jej súčasťou je aj prevencia. Na Slovensku je niekoľko typov zdravotníckych zariadení a pracovísk tohto druhu. Patrí sem: geriatrická ambulancia, geriatrický stacionár, geriatrické oddelenie, geriatrická klinika, liečebňa dlhodobo chorých, doliečovacie oddelenie a geriatrické centrum.

Sociálnymi súvislosťami, ktoré sprevádzajú starnutie a starobu seniorov, sa zaoberá sociálna gerontológia alebo gerontosociológia. Jej cieľom je dospieť k tomu, aby seniori prežívali starobu za optimálnych podmienok a aby im bola zachovaná kvalita života po všetkých stránkach, od zdravotnej až po ekonomickú. (Sýkorová, 2007).

Sociálna práca a s ňou súvisiaca sociálna starostlivosť o seniorov môže byť zo strany sociálnych pracovníkov zabezpečovaná viacerými druhmi a formami práce. Podľa Hrozenskej et al. (2008) sociálnu starostlivosť o seniorov poskytujú: sociálna poisťovňa – odbor dôchodkových dávok, samosprávne kraje – odbor sociálnych vecí, úrady práce sociálnych vecí a rodiny – odbory sociálnych vecí, denné centrá, kluby dôchodcov, inštitúcie ako domov sociálnych služieb, zariadenia opatrovateľskej služby, zdravotnícke zariadenia, hospice a iné organizácie poskytujúce sociálnu starostlivosť. Starostlivosť o seniorov možno rozdeliť do troch úrovní:

**Starostlivosť o seniora v domácom prostredí** (neinštitucionalizovaná starostlivosť) – poskytujú ju odborníci v domácom prostredí. Sú to najmä lekári, špecializované ambulancie, agentúry domácej ošetrovateľskej služby, geriatrické ambulancie a opatrovateľská služba. Najlepšie sa cíti senior vo svojom domácom prostredí, keď je opatrovaný svojimi najbližšími.

**Sociálna starostlivosť o seniora v ambulantných podmienkach** - zameriava sa na pomoc osamelým starším ľuďom bez rodinného zázemia. Ide najmä o opatrovateľskú starostlivosť, kde sa uplatňuje práca sociálneho pracovníka, ako aj geriatrickej sestry.

**Ústavná (rezidičná), respektíve poloustavná starostlivosť** sa poskytuje osobám vyššieho veku prevažne v domovoch sociálnych služieb. (Hrozenská et. al., 2008).

Starostlivosť sa poskytuje v týchto oblastiach: individuálna, sociálna, zdravotná a hmotná.

Kombináciou ústavnej starostlivosti s domácou pobytovou vzniká intermediálna starostlivosť. Je to jedna z foriem sociálnej starostlivosti o seniorov. Príkladom môžu byť denné centrá, ktorých náplňou je skupinová činnosť, ako napríklad besedy, prechádzky, zábavné podujatia. Taktiež sa im poskytuje aj strava, vrátane diét. Seniori so závažnejšími ochoreniami sa do tejto starostlivosti neprijímajú, lebo si vyžadujú sústavnú zdravotnú starostlivosť. Často takéto centrá vznikajú popri kluboch pre dôchodcov, zriaďovateľom môže byť aj obec.

### **SOCIÁLNA PRÁCA SO ZAMERANÍM NA SENIOROV SO ZÁVISLOSŤAMI V POBYTOVÝCH ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB**

Jednou zo základných úloh pri starostlivosti o seniorov je snaha, aby mohli čo najdlhšie bývať vo svojom domácom, rodinnom prostredí. Práve toto prostredie je pre nich to najoptimálnejšie. Nie vždy je to však možné, a to z rôznych dôvodov, ako napr. bezdetnosť seniora, strata partnera, nevládnosť a množstvo iných faktorov, ktoré podmieňujú odchod seniora do rezidenčnej starostlivosti. Autorky Lachytová a Karkošková (2012) uvádzajú ako najčastejšie determinanty ovplyvňujúce odchod seniorov do inštitucionálnych zariadení nasledovné: zdravotné dôvody, rodinné pomery, psychologické činitele, bytové podmienky, ďalšie sociálne činitele a iné faktory.

Sociálna starostlivosť seniorom sa na Slovensku poskytuje podľa zákona č. 448/2008 Z. z., ktorý upravuje právne vzťahy pri poskytovaní, financovaní, sociálnych služieb a upravuje dohľad nad poskytovaním sociálnych služieb (bol novelizovaný a je účinný od 1.1.2014). Taktiež zákonom 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a zákonom 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení (tiež novelizovaný, účinný od 1. 4. 2015). (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Zákon č. 448/2008 Z. z., § 34-40 upravuje možnosť využívania zariadení seniormi v prípade, ak spĺňajú podmienku citovaného zákona, sú odkázaní na pomoc inej fyzickej osoby a dovŕšili dôchodkový vek. Takýmito zariadeniami sú: zariadenie podporovaného bývania, zariadenie pre seniorov, zariadenie opatrovateľskej služby, rehabilitačné stredisko, domov sociálnych služieb, špecializované zariadenie, denný stacionár.

Matoušek et. al. (2010) uvádza, že prijatie nového obyvateľa do zariadenia sociálnych služieb je náročný a rizikový proces. Nasleduje proces adaptácie, ktorému je potrebné venovať maximálnu pozornosť. Je to práca pre celý tím pracovníkov, ktorí prichádzajú do styku s klientom. Klient už na začiatku procesu adaptácie by mal byť zverený svojmu kľú-

čovému pracovníkovi, ktorý bude jeho dôverník, kontaktná osoba a bude mu venovať maximálnu pozornosť. Súčasťou adaptácie je adaptačný plán starostlivosti, ktorý vychádza zo zhodnotenia zdravotného a duševného stavu klienta, posúdenia jeho potrieb pri prihlíadaní na jeho sebestačnosť. Plán je možné pravidelne vyhodnocovať a meniť podľa potrieb klienta, podľa druhu ochorenia.

Starostlivosť o klienta a jeho pohoda je v každom zariadení prvoradá. No starostlivosť sa stáva obtiažnou, ak je diagnostikovaná akákoľvek forma závislosti. Je potrebná včasná diagnostika a odborná pomoc. Motivácia zohráva v liečbe významnú úlohu. Aj tie najmodernejšie medicínske postupy sú zbytočné, ak klient nespolupracuje, alebo spoluprácu len predstiera.

Lúčna (2008) uvádza, že pre klientov so zložitým priebehom ochorenia a s pretrvávajúcimi problémami sú adekvátne pobyty v resocializačných zariadeniach. Kladie dôraz na rehabilitačné a psychoterapeutické aktivity, ktoré majú klientovi pomôcť prispôbiť sa na zmenu životných podmienok a súčasne sa začleniť do normálneho spoločenského života. V zariadeniach sa využíva najmä: skupinová psychoterapia, terapeutická komunita, režimová terapia, muzikoterapia a artterapia, ergoterapia, rodinná terapia.

Medikamentózna liečba sa najviac indikuje na začiatku liečby, pri detoxikácii, čím dochádza ku zmierneniu telesných a duševných ťažkostí súvisiacich s odňatím drogy, tzv. abstinenčný syndróm.

Sociálna práca v pobytových zariadeniach je prepojená so spoluprácou rodiny a ako uvádza Matoušek et al. (2010), začína v deň prijatia jej člena do zariadenia. Nemožno pripustiť, aby návštevy príbuzných boli nezaujímavé, bez náplne a mali iba formálny charakter. Zariadenie sociálnych služieb nezbavuje rodinu zodpovednosti za starostlivosť o svojho príbuzného.

## **SOCIÁLNA PRÁCA SO ZAMERANÍM NA SENIOROV SO ZÁVISLOSŤAMI V DOMÁCOM PROSTREDÍ**

*„OECD definuje domácu starostlivosť ako služby poskytované v domácnosti závislej osoby. Zahŕňa však aj služby denných centier či odľahčovacie služby. Za domácu starostlivosť odborníci považujú aj starostlivosť v chránenom bývaní, hoci, ako uvádzajú, štatisticky sa niekedy ťažko identifikuje“* (Hegyi, Krajčík, 2010, s. 542). Významná súvislosť domácej starostlivosti s rodinným prostredím vedie často k zamieňaniu alebo stotožňovaniu domácej starostlivosti s rodinnou starostlivosťou. Aj, keď sa zdôrazňuje význam, legitimizácia a zvýšené uznanie rodinnej starostlivosti, odborná literatúra málo pracuje s týmto pojmom.



Úlohou sociálneho pracovníka je na základe rozhovoru so seniorom a vlastným pozorovaním zistiť potreby sociálnej starostlivosti, kde je potrebné mať na zreteli funkčnosť rodiny, úroveň sebestačnosti, ekonomickú situáciu a vhodnosť domáceho prostredia. Na základe týchto informácií sa vie sociálny pracovník spolu s klientom a jeho rodinou rozhodnúť, či postačuje sociálna pomoc vo forme opatrovateľskej služby, osobnej asistencie alebo domácej pomoci a či je potrebná zdravotná pomoc – domáca ošetrovateľská starostlivosť. Aj v domácom prostredí by mal mať ohrozený senior vlastný individuálny plán starostlivosti. Stotožňujeme sa s názorom, že domáca alebo rodinná starostlivosť o seniorov patrí medzi najviac preferovanú starostlivosť. Súčasťou sociálnej práce v domácom prostredí sú aj poradenské služby pre seniorov, či už v rámci štandardných sietí poradenských služieb, alebo špecializovaných poradenských centier nielen pre seniorov, ale aj ich rodiny. Môžu to byť help-linky, ktoré ponúkajú dôležité informácie nielen o zdravotných a sociálnych službách, ale aj o rôznych ťažkostiach, ktoré trápia seniorov. (Matoušek et al., 2010). Priebeh liečby ovplyvňujú rôzne okolnosti, faktory prostredia, preto je dôležité, aby všetci, ktorí prichádzajú do styku so závislým, boli odborne informovaní o liečebných programoch a prijímali závislosť ako chorobu. Je potrebné, aby mali vedomosť o jej príčinách, dôsledkoch, rizikových faktoroch, ako aj o preventívnych opatreniach. (Skovayová, 2006).

#### ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- BARTOŠOVIČ, I. 2006. *Seniori v domove dôchodcov*. Bratislava: Charis. 156 s. ISBN 80-88743-63-X.
- BENKOVIČ, J. 2007. Pacient – alkoholik, zdravotné riziká, možnosti liečby v ambulantnej starostlivosti praktického lekára. *Via practica*. Bratislava: SOLEN, s.r.o., roč. IV, č. 4. s. 197-201. ISSN 1336-4790.
- DIMOFF, T., CARPER. S. 1992. *How to Tell If Your Kids Are Using Drugs*. New York: Published by Facts On File. 152 p. ISBN: 9780816029167.
- ESCANDÓN, R., GALVÉZ, C. 2006. *Free from Addictions*. second edition. Madrid: Published by Editorial Safeliz, S.L. 191 p. ISBN 9788472083196.
- HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. 2010. *Geriatrics*. Bratislava: Herba. 608 s. ISBN 978-80-89171-73-6.
- HEGYI, L. 2012. *Sociálna gerontológia*. Bratislava: Vydavateľstvo zdravotníckej literatúry Herba spol. s r.o. 176 s. ISBN 978-80-89171-99-6.
- HROZENSKÁ, M. 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Vydavateľstvo Osveta. 180 s. ISBN 978-80-8063-282-3.

- HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
- CHOVANEC, J., BILLÁ, T. 2013. *Drogy, závislosti a úloha sociální práce*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety. 98 s. ISBN 978-80-8132-073-6.
- KRAJČÍK, Š. 2005. *Geriatrics*. Bratislava: SAP – Slovak Academic Press. 2005. 82 s. ISBN 80-88908-68-X.
- LACHYTOVÁ, L., KARKOŠKOVÁ, S. 2012. *Sociálne poradenstvo supervízia ako jedna z metód zisťovania progresu v kvalite sociálnych služieb*. Vysoká škola medzinárodného podnikania ISM Slovakia. Prešov. 107 s. ISBN 978-80-89372-42-3.
- LÚČNA, S. 2008. Liečba závislosti od psychoaktívnych látok. *Sociálna prevencia: Informačno-vzdelávací bulletin rezortu kultúry*. Bratislava: Národné osvetové centrum. roč. III., č. 2. s. 19-20. ISSN 1336-9679.
- MATOUŠEK, O. a kol. 2010. *Sociální práce v praxi*. 2. vydanie. Praha: Portál, 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.
- MISTOLER, P. 2014. [online]. *Závislost na alkoholu ve stáří*. [online]. [citované 20-11-2014]. Dostupné na internete: <http://www.psychiatr.org/files/zavislost-ve-stari.pdf>.
- MŮHLPACHR, P. 2008. *Základy gerontologie*. Brno: MSD s.r.o. 203 s. ISBN 978-80-7392-072-2.
- NATIONAL INSTITUT ON DRUG ABUSE. *The Sciens of Drug and Addiction*. [online]. 2015. [citované 12-01-2015]. Dostupné na internete: <http://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/commonly-abused-drugs>.
- NEŠPOR, K. 2011. *Návykové chování a závislost*. 4. vydanie. Praha: Portál. 176 s. ISBN 978-80-7367-908-8.
- NEŠPOR, K. 2013. Špecifiká zneužívania psychoaktívnych látok a vznik závislosti u detí, žien a ľudí vyššieho veku. *Sociálna prevencia*, 2013, roč. VIII, č.2, s. 12-14. ISSN 1336-9679.
- NEŠPOR, K. drnespor@gmail.com, 2014. *seniori* [e-mail]. Správa pre M. Pavlovú (martinapavlova12@gmail.com). Odoslané 23.11.2014, 08:26. [citované 2012-29-11]. Dostupné na internete: <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/149db8b5a1e7f27f>.
- NEŠPOR, K. 2014. *Hazard a patologické hráčství u seniorů*. [elektronická pošta]. Osobná komunikácia, 23.11.2014.
- OCHABA, R., BARTOŠOVIČ, I. 2010. Prevencia fajčenia a užívania alkoholu u seniorov. In: *Alkoholizmus a drogové závislosti*. roč. 45, č. 1, s. 52-59. ISSN 0862-0350.
- ONDRUŠ, D. 1990. *Toxikomania strašiak, či hrozba?* 2. vydanie. Martin: Osveta. 88 s. ISBN 80-217-0141-2.
- SKOVAYOVÁ, E. 2006. Terapeutické prístupy v liečbe závislosti, zamerané na rodinu. *Čistý deň*. Galanta. roč. IV. č. 2., s. 6-7. ISSN 1336-4243.

SÝKOROVÁ, D. 2007. *Autonomie ve stáři. Kapitoly z gerontologické sociologie*. Sociologické nakladatelství SLON. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.

TOŠNEROVÁ, T. 2009. *Jak si vychutnat seniorská léta*. Comuputer press, a.s. 239 s. ISBN 978-80-251-2104-7.

Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

**SEDEM ROKOV ČINNOSTI  
ZARIADENIA PRE SENIOROV A ZARIADENIA  
OPATROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI  
V MESTE SOBRANCE**

---

**SEVEN YEARS OPERATION OF INSTITUTION  
FOR SENIORS AND INSTIUTION OF CARE SERVICES  
IN TOWN OF SOBRANCE**

*Petro Marián*

ZpS a ZOS Sobrance pri Regionálnej nemocnici Sobrance, n.o.

**ABSTRAKT**

V zmysle koncepcie rozvoja poskytovania sociálnych služieb v okrese Sobrance bolo v decembri v roku 2008, v spolupráci s VÚC Košice zriadené v meste Sobrance Zariadenie pre seniorov a Zariadenie opatrovateľskej starostlivosti pri Regionálnej nemocnici Sobrance n.o.

Filmový dokument prezentuje činnosť a aktivity tohto zariadenia v priebehu celého obdobia, samotné aktivity klientov ako aj spoluprácu s inými charitatívnymi organizáciami pri materiálno-technickom vybavení zariadenia. Cieľom tejto prezentácie je poukázať na opodstatnenosť zakladania takýchto typov rodinných zariadení v rámci jednotlivých regiónov pre potreby ľudí vyžadujúcich poskytovanie komplexných sociálnych služieb.

**KLÚČOVÉ SLOVÁ:** zariadenie, opatrovateľská starostlivosť, senior, potreby, sociálne služby

Sobrance sú malé okresné mesto v najvýchodnejšej časti Slovenska s 5981 obyvateľmi. Spolu s ďalšími 46 obcami a celkovo s 22 765 obyvateľmi tvoria jeden z najmenších okresov na juhovýchode v rámci Slovenska./Wikipédia, 2014/ Tento región, podobne ako mnohé ďalšie v tejto oblasti riešia v súčasnosti hlavný problém, ktorý spočíva v nezamestnanosti. To vytvára situáciu, že pomerná časť obyvateľov, zvlášť mladšej generácie odchádza za prácou do priemyselnejších častí štátu, prípadne do zahraničia. Zostávajú tu často, zvlášť na dedinách len starší ľudia, ktorí často krát žijú sami, pričom veľa z nich potrebuje výpomoc od svojej obce aj v oblasti poskytovania sociálnych služieb.

V súčasnej dobe žije na Slovensku 15% obyvateľstva v dôchodkovom veku a pri súčasnej pôrodnosti, keď prevláda model rodín s

jedným dieťaťom by tento stav mohol spôsobiť, že o 50 rokov bude každý tretí občan Slovenska v dôchodkovom veku. Populácia teda v takýchto regiónoch starne a jednotlivé obce a mestá postupne zaznamenávajú zvýšený záujem o poskytovanie sociálnych služieb pre svojich občanov.

Podobne aj mesto Sobrance riešilo v minulosti pomoc starším občanom hlavne formou terénnej opatrovateľskej služby, prípadne presunom žiadateľa o tieto služby do sociálnych zariadení mimo okres Sobrance.

V roku 2006 však po nástupe nového poslaneckého zboru Mestského zastupiteľstva v Sobranciach boli medzi určenými prioritami riešenia problémov mesta aj prioritou zabezpečenia komplexnej starostlivosti o starších občanov. Vtedajšie vedenie mesta vytvorilo v spolupráci s VÚC Košice projekt Koncepcia rozvoja sociálnych služieb v okrese Sobrance, čo následne podporila aj vláda SR uznesením prijatým na svojom zasadnutí v máji 2007 v Sobranciach. /Uznesenie vlády SR č. 463 zo dňa 30. mája 2007/.

Priestor pre realizáciu tohto projektu sa vytvoril začiatkom roka 2008, keď mesto dokončením stavby budovy novej nemocnice mohlo využiť priestory práve v starej budove nemocnice. Mesto vytvorilo pracovnú komisiu z poslancov mestského zastupiteľstva/MZ/, ktorú riadil MVDr. Petro, poslanec MZ a riaditeľ Regionálnej nemocnice v Sobranciach. Táto pracovná komisia začala vytvárať podmienky pre spustenie prevádzky sociálneho zariadenia. Regionálna nemocnica Sobrance si preto rozšírila činnosť o poskytovanie sociálnych služieb a následne zastrešila tento projekt do svojej organizačnej štruktúry. Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR prispelo finančne na výstavbu nového výťahu vo výške 1,5 mil. Sk čo napomohlo k vylepšeniu kvality novovznikajúceho zariadenia. Vzniklo teda zariadenie s kapacitou 20 miest s názvom Zariadenie pre seniorov a Zariadenie opatrovateľskej starostlivosti.

Dňa 1.decembra 2008 Regionálna nemocnica slávnostne otvorila brány pre prvých ľudí z mesta a okolitých obcí okresu, ktorí mali o poskytovanie sociálnych služieb v takejto podobe záujem. Zariadenie od prvých chvíľ svojej činnosti preukázalo svoju životaschopnosť ale aj potrebnosť. Kapacita zariadenia bola do jedného mesiaca naplnená a v priebehu celého obdobia bol záujem o toto zariadenie vyšší ako mohlo zariadenie zabezpečiť. Podmienky prijatia, povinnosti, úhrady za sociálnu službu a pod. Mesto Sobrance rieši prijatým všeobecným záväzným nariadením mesta /č. 6/2012/.

Vzhľadom k počtu a skladbe klientov vzniklo zariadenie rodinného typu, kde za pomoci personálu je vytvárané pre klientov domáce prostredie akoby život v jednej veľkej rodine. Pri propagácii takéhoto typu zariadenia boli oslovované aj rôzne charitatívne organizácie zo Slovenska, ale aj zo zahraničia. Výsledkom následnej dlhodobej spolupráce s týmito organizáciami bolo kvalitné dovybavenie zariadenia hlavne polohovateľnými posteľami, invalidnými vozíkmi, televízormi, plienkami a pod.

V rámci holistického prístupu ku klientom tu patrí nielen zabezpečovanie biosociálnych, psychosociálnych a iných potrieb, ale sú tu zabezpečené aj aktivity voľnočasové ako je napr. spoločné varenie, pečenie, ručné práce, alebo cestou základných škôl a umeleckých súborov sú pri rôznych príležitostiach prezentované rôzne kultúrne a folklórne vystúpenia.

Vďaka iniciatíve Heleny Ciklaminyovej, ústretovosti riaditeľa nemocnice MVDr. Mariána Petra, finančnej podpory dekana Jána Šveca-Babova a primátora mesta Ing. Štefana Staška sa zriadila kaplnka pre starých a chorých klientov domova. Obetný stôl pre kaplnku vyhotovil stolár Ferdinand Horváth, ambonu darovali veriaci z Domu smútku z Horne, krížovú cestu, kríž a ďalšie liturgické predmety boli zakúpené zo sponzorských darov. Sochu Lurdskej Panny Márie umiestnili v ľavom rohu miestnosti a lurdsnú jaskyňu namaľoval Ján Kováč. Chod liturgie zabezpečujú Mária Bučková a Mária Vargová, správkyňou kaplnky je Helena Ciklamyniová. Kaplnka je využívaná na príležitostnú osobnú modlitbu a rozjímanie nielen klientov domova, ale aj personálu. /Mišuth,2013/.

Od začiatku činnosti zariadenia, do dnešného dňa využilo priebežne služby tohto zariadenia viac ako 70 ľudí z mesta Sobrance a širokého okolia.

## **ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY**

MIŠUTH, V. 2013. *Dejiny farnosti Sobrance*. 2013.

VZN o rozsahu poskytovania sociálnych služieb, o spôsobe a výške úhrad za sociálne služby v Meste Sobrance č. 6/2012, 2012

Wikipédia – Sobrance, okres Sobrance, 2014

Uznesenie vlády SR č.463 z 30.5.2007, písmeno D1, 2007

**POHĽAD NA POSKYTOVANÉ SOCIÁLNE SLUŽBY  
V PRAVOSLÁVNÝCH KRESŤANSKÝCH KOMUNITÁCH  
VO SVETE**

---

**VIEW ON THE PROVIDED SOCIAL WORKS  
IN THE ORTHODOX CHRISTIAN COMMUNITIES  
IN THE WORLD***<sup>1</sup> Pilko Ján - <sup>2</sup> Kochan Pavol - <sup>3</sup> Sokolová Mária**<sup>1,2,3</sup> Pravoslávna bohoslovecká fakulta PU v Prešove***ABSTRACT**

In this article we will try to look into various philanthropic centers of Orthodox churches in the world. The Orthodox diaconal and filantropical services have always been carried out in religious communities and eparchies - bishopric and monasteries. From the theory as well as practical sides, we can conclude that the Christian social services not only required in the past, but it is equally important nowadays. Objects of Orthodox social organizations that presented here deal with different types of aid, whether it is war-affected areas, as well as various care services and various technical and material care for the sick in various kinds of diseases such as AIDS .

**Úvod**

Filantropia pochádza z gréckeho slova filantropos (filos- milujúci, priateľský, a ántropos- človek). Tento termín môžeme preložiť ako ľudomil, láska k človeku. Pojem filantropia svojou podstatou a svojím záberom je širšia ako charita a diakonia, lebo tie sú v podstate určitým prejavom filantropickej činnosti.. Vo svetskom ponímaní je to chápané ako vzťah k tým, ktorí sú v núdzi. Kresťanská filantropia vychádza zo zásad Christovho Evanjelia. Rieši problémy človeka v núdzi a je aj súčasťou života kresťana a Cirkvi. Tento termín sa najčastejšie používa v Pravoslávnej cirkvi. V niektorých samostatných pravoslávnych cirkvách služby tohto druhu majú mnohokrát tiež pomenovanie diakonia. Toto je ale predmetom obsahu a dejín filantropie a diakonie. V pravoslávnej cirkvi diakonické a filantropické služby vždy boli konané v cirkevných obciach a eparchiách- biskupstvách a monastieroch. (Gerka 2007).

## **IOCC – INTERNATIONAL ORTHODOX CHRISTIAN CHARITIES**

Ponúkajú ľuďom pomoc v duchu Christovej lásky a rozvojové programy po celom svete. Je to humanitárna organizácia, združenie kanonických pravoslávnych biskupov Spojených štátov amerických. Vznikla v roku 1992, počas svojho pôsobenia poskytla 438 mil. dolárov na pomoc ľuďom v núdzi, vojakom, seniorov, sirotám, školopovinným deťom, utečencom a vystaňovalcom. Ambulantnou aj terénnou formou sledujú situáciu v živote ľudí a následne hľadajú riešenia, vhodné strategické plány na pomoc v krízových situáciách. Miestne programy sú riešené na základe zistenia potrieb. Do programov sú zahrnuté služby:

- Zvyšuje schopnosť miestnych organizácií k riešeniu problémov
- Asistenčné programy pri návrate utečencov
- Podpora mládeže a rozvoj v ich komunitách
- Pomoc obyvateľom pri živelných katastrofách, vojnách a občianskych nepokojoch
- Program sociálnej starostlivosti, poskytovanie technických a materiálnych potrieb pre sirotince, nemocnice, domovy dôchodcov, útulky pre bezdomovcov

V zostave IOCC sú zahrnuté:

- Albánska pravoslávna diecéza Ameriky
- Podkarpatská Rus pravoslávnej diecézy v USA
- Antiochijská orthodoxná kresťanská archdiocéza severnej Ameriky
- Bulharska pravoslávna cirkev
- Grécka pravoslávna arcidiocéza v Spojených štátoch
- Grécka pravoslávna cirkev v Kanade
- Pravoslávna cirkev v Amerike
- Rumunská pravoslávna misijná arcidiocéza v Amerike a Kanade
- Srbská pravoslávna cirkev v USA a Kanade
- Ukrajinská pravoslávna cirkev v USA
- Ukrajinská pravoslávna cirkev v Kanade

## **POMOC V SÝRII**

Medzinárodná pravoslávna kresťanská charita podporuje jednu z najväčších humanitárnych akcií – Pomoc v Sýrii, kde je viac ako 10,8 mil. ľudí, z toho 6,5 mil. osôb vysídlených kvôli občianskym nepokojom, prostredníctvom týchto programov:

Mimoriadna pomoc: distribúcia suchých potravinových balíčkov, oblečenie, matrace, prikrývky.



Shelter – Prenájom pomoc: oprava azylových domov pre ženy a deti.

Zdravie/ Health: pomáha rodinám pokryť náklady na lieky, chirurgické zákroky a zabezpečuje dezinfekciu, kde nie je voda.

Vzdelávanie: umožňuje deťom pokračovať vo vzdelávaní, zabezpečuje doučovanie a rekonštrukciu škôl. Pomoc v duchovnej oblasti- bohoslužby a sväté tajiny.

Psycho-sociálna hygiena, voda, kanalizácia a iné potreby.

### **OCMC – ORTHODOX CHRISTIAN MISSION CENTER**

OCMC je misijná činnosť, ktorá ma 99 dobrovoľníkov vyslaných do 7 krajín. Poskytuje pomoc ľuďom po svetskej stránke, ale aj duchovnej. Jednotliví misionári sa zameriavajú na rôzne činnosti pomoci, tam kde to je nutné a oboznamujú ľudí s učením Isusa Christa.

Guatemala Health care zdravotnícky tím pre základne fyzické potreby stoviek detí a dospelých a poskytovanie základnej zdravotnej starostlivosti. Tím cestuje aj v blízkosti hraníc s Mexikom, kde zdravotnícke služby nie sú veľmi prístupné. Systému zdravotníctva v tejto oblasti bráni nedostatok vybavenia, priestorov a málo vzdelaných ľudí v oblasti medicíny. Cieľom je zabrániť šíreniu infekčných a iných chorôb a zvýšenie kvality života ľudí. (OCMC: about).

### **GREEK ORTHODOX ARCHDIOCESE OF AMERICA**

Arcidiecéza bola zriadená v roku 1892 v New Yorku. GOARCH sa skladá z Arcidiecézy District- New York a osem metropol, New Jersey, Chicago, Atlanta, Detroit, San Francisco, Pittsburgh, Boston a Denver. Spolu je to 540 farností, 800 kňazov a 1,5 milióna veriacich gréckej pravoslávnej arcidiecézy Ameriky. Poslaním arcidiecézy je učiť a hlásiť Christovo evanjelium, výstavba chrámov a konanie eucharistie prostredníctvom bohoslužieb, lásku k blížnemu pomocou rôznych filantropických centier a programov. (GOARCH, ministry outreach)

St.Michael's Home (Dom sv. Michala) Domov pre dôchodcov bol založený v roku 1958 v New Yorku arcibiskupom Michalom. Je to nie len centrum pre seniorov, kde sa poskytuje ubytovanie, ale poskytuje sa tam duchovná a zdravotná starostlivosť pomocou kňazov a špeciálne vyškoleným personálom. Starobinec je zariadený v priestoroch ktoré pripomína domáce prostredie, bunky v ktorých žijú ľudia akoby v bytoch a nie typu nemocničných priestoroch. Mnohí ľudia si nemôžu dovoliť platiť mesačné poplatky spojené zo živobytím a fungovaním vo svojom byte, preto

prichádzajú do domova, kde sa o nich postarajú a poskytnú im pocit bezpečia. (Stmichaelshome, about)

### **FOS CHRISTU – RHODOS**

Pravoslávna organizácia “Svetlo Christovo“ založená na ostrove Rhodos. Hlavným cieľom je chrániť a pomáhať sirotám a chudobným v krajine tretieho sveta a najmä v Afrike. Hlavná myšlienka je poskytnúť lepšiu budúcnosť chudobným ľuďom, šíriť pravoslávnu vieru a filantropickú pomoc všetkým, ktorí to potrebujú. Tieto deti nemajú kde bývať, často sú opustené a na ulici, na obed jedia aj mravce, pretože inú možnosť nemajú, chýba prístup k vzdelaniu a možnosť tak na lepší život. V týchto oblastiach je málo rozvinutá hygiena a žiadne lieky, ktoré by zachránili život. Tieto fakty boli rozhodujúce pri založení kresťanskej organizácie v Grécku.

#### Zachráňte siroty

Program sa začal v roku 2005 po návšteve východnej Afriky, kde sa nachádza mnoho chudobných ľudí, siroty, chorí a zúfalí ľudia. Asi 11 miliónov detí sú siroty, pretože ich rodičia zomreli v dôsledku AIDS. Ostávajú na ulici bez ochrany, bez bývania, možnosti zneužitia obchodníkmi s ľuďmi. Cieľom tohto projektu je:

- Postaviť detské domovy
- Rozbehnutie vývarovne, poskytnutím jedla by bola väčšia šanca na prežitie
- Budovanie škôl zo základným vzdelaním
- Postavenie kliniky, kde dobrovoľníci môžu poskytnúť základné hygienické návyky.

Loving Presence program, ktorý zahŕňa návštevy v ústavoch, domovoch dôchodcov, detských domovoch, väzniciach a opustených ľudí v Grécku a v zahraničí. Úlohou je dať pocítiť lásku k blížnemu, aby opustení ľudia mali pocit, že niekto je tam pre nich s kým sa môžu pohovárať, vyplniť voľný čas. (Fos Christu, programmata)

### **MILOSERDIE**

Je organizácia so sídlom v Moskve, ktorá aktualizuje informácie online. Je jedným z popredných zdrojov v oblasti filantropie a je spoľahlivým prostriedkom komunikácie medzi tými, ktorí potrebujú pomoc a tými, ktorí ju môžu poskytnúť. Zhromažďuje nielen peniaze, ale aj dobrovoľníkov v rôznych programov pravoslávnej služby “Miloserdie“ aktuálne pracuje s 24 projektmi a organizáciami:

- Svätý Spiridonievsky hospic
- St. Dimitry sirotinec

- St. Sofia sirotinec
- Elizavetinsky detský dom
- Domáca opatrovateľská služba
- Služby paliatívnej starostlivosti pre HIV/ AIDS infikovaných
- Autobus miloserdie- mobilná brigáda
- Služby pre bezdomovcov v Moskve
- Pomoc pre deti so zdravotným postihnutím v internátnych domoch
- Pomoc pre psycho-neurotických jedincov
- Ošetrovateľská starostlivosť v nemocniciach
- Demetrius stredná škola
- Prípadová skupinová práca
- Pomocné služby u pacientov s ASL
- Detská paliatívna starostlivosť
- Krízové centrum “Dom dlja mamy“
- Rodinné centrum
- Denná starostlivosť o deti so zdravotným postihnutím
- Centrum pre humanitárnu pomoc
- Dobrovoľnícka služba “MILOSERDIE“
- Tábory pre deti s postihnutím alebo detí z chudobných rodín

#### Svätý Spiridonievský hospic

Tento hospic je miesto, kde sa starým a chorým ľuďom okrem zdravotnej starostlivosti poskytuje aj právo na dôstojný život. V tomto stredisku sú odborníci, ktorí vyštudovali medicínu, zdravotné sestry, ktorých úlohou je:

- Monitorovanie obyvateľov (väčšina z nich sú vážne chorí)
- Meranie krvného tlaku, teploty
- Distribúcia liekov, obväzov, potravín
- Pranie a dezinfikovanie

Okrem sestier v dome s opatrovateľskou službou pracuje aj lekár, sociálny pracovník, kuchárky a upratovačky. Radi prijímajú aj dobrovoľníkov, ktorí sa prídu so starými ľuďmi pohovárať a pomôcť im tráviť voľný čas, alebo aspoň aby starý človek nemal pocit opustenosti. (miloserdie, pravoslavnaja služba pomošči)

## SLUŽBY PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI PRE HIV INFIKOVANÝCH

Túto službu tvoria zdravotné sestry, dobrovoľníci a sociálni pracovníci, ktorí sa starajú o chorých v Moskve. Ich činnosť zahŕňa:

- Starostlivosť o pacientov s HIV
- Pomoc pri sociálnej adaptácii, papierovanie, zaraďovanie do rôznych rehabilitačných centier
- Podpora rodín v krízových situáciách, spolupráca aj s psychológmi.
- Vydávanie oblečenia, jedla, chodítka, invalidné vozíkov
- Pomoc pri hygienických návykoch
- Pomoc rodín pri organizovaní pohrebu, pohreb, podpora rodín z psychologickkej stránky

Dobrovoľníci, ktorí chcú pracovať v tejto oblasti pomoci nakazeným HIV musia mať špeciálne kurzy, ktoré organizuje servis sv. Dimitry zdravotníci. Pri práci v nemocnici učia zdravotné sestry základnú zdravotnú starostlivosť ale aj hygienické opatrenia. Ruská pravoslávna cirkev sa aktívne zapája do hospicového hnutia.

### ZÁVER

Ako z teórie, tak aj z praxe môžeme usúdiť, že kresťanská sociálna služba nebola potrebná len v minulosti, ale je rovnako dôležitá aj v súčasnosti. V súčasnej spoločnosti sa málo hovorí o živote svätých, ktorí sú pre kresťanov veľkým vzorom duchovného života. Pre nás sú vzorom veľkej obetavosti, uzdravovaním chorých prostredníctvom modlitby, ale aj sociálnej pomoci ktorú dokázali dať tým, ktorý to najviac potrebovali.

Spomenuté filantropické centrá, ale aj mnoho iných majú svojho Svätého ku ktorému sa modlia a ktorý im pomáha v ich každodennej práci napr. Svätý Sáva, Sv. Nikolaj alebo Svätá Elizaveta Feodorovna Romanovova a mnoho ďalších.

### ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

GERKA, Milan. 2007. *Sociálna služba v cirkvi Sol' zeme*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Pravoslávna bohoslovecká fakulta. ISBN 978-80-8068-639-0.

KUZMYK, Vasyľ. 2001. *Náčrt charitatívnej a sociálnej služby cirkvi v 1. – 2. storočí*. Gorlice: ELPIS. ISBN 978-83-63055-01-1.

IOCC. [online]. [cit. 2014-09-12]. Dostupné z: <http://iocc.org/>

Focus North America.[online].[cit. 2014-10-15]. Dostupné z: <http://focusnorthamerica.org/>

OCMC. [online]. [cit. 2014-11-23]. Dostupné z: <http://www.ocmc.org/>

Greek Orthodox archdiocese of America. [online]. [cit. 2014-09-12]. Dostupné z :  
<http://www.goarch.org/>

Philoptochos. [online]. [cit.2015-01-12]. Dostupné z:  
<http://www.philoptochos.org/>

Fos Christu. [online]. [cit. 2015-02-22]. Dostupné z: <http://www.foschristu.gr/>

IERAPOSTOLES. [online]. [cit. 2015-01-24]. Dostupné z: <http://ierapostoles.gr/>

Miloserdie. [online]. [cit. 2014-11-15]. Dostupné z: <http://www.miloserdie.ru/>

Covekoljublje. [online]. [cit. 2014-09-12]. Dostupné z:  
<http://www.covekoljublje.org/>

Srbi za Srbov. [online]. [cit. 2015-02-01]. Dostupné z: <http://www.srbizasrbe.net/>

Majka devet Jugovita. [online]. [cit. 2014-12-08]. Dostupné z:  
<http://www.narodnekuhinjekim.com/>

Diakonia Agapes. [online]. [cit. 2014-09-12]. Dostupné z:  
<http://www.diakoniagapes.org>

**ROLA SESTRY V NÁSLEDNEJ ZDRAVOTNEJ  
STAROSTLIVOSTI O IMOBILNÝCH PACIENTOV  
V DOMOVE SOCIÁLNYCH SLUŽIAB**

---

**THE ROLE OF NURSES IN SUBSEQUENT HEALTH CARE  
FOR IMMOBILE PATIENTS IN HOMES  
OF SOCIAL SERVICES**

*<sup>1</sup> Popovičová Mária – <sup>2</sup> Wiczmányová Darina*

<sup>1,2</sup> Detašované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku

**ABSTRAKT**

Problematika starnutia obyvateľstva je aktuálne diskutovaná téma, predovšetkým v súvislosti s demografickými trendmi populácie, ktorú nazývame ako starnúca. Starnutie populácie je spôsobene nielen nízkou reprodukciou, ale tiež predlžovaním dĺžky života, čo znamená, že ľudia sa dožívajú čím ďalej vyššieho veku. Veková pyramída ľudstva už zďaleka nemá najširšiu základňu, ale rozširuje sa predovšetkým jej vrchol. Kohorta seniorov má svoje špecifika, jedná sa o skupinu ohrozených a krehkých osôb, ktorí potrebujú pomoc okolia, stavajú sa často nesamostatnými a nesebestačnými, čím je ohrozovaná ich kvalita života. Pokiaľ dôjde k zníženiu sebestačnosti seniora natoľko, že nie je možné zabezpečiť potrebnú podporu v domácom prostredí, nastupuje inštitucionálna starostlivosť. Najčastejšou inštitucionálnou starostlivosťou pre seniorov sú domovy sociálnych služieb, kde je sociálna služba úzko prepojená s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktorou neoddeliteľnou súčasťou je ošetrovateľská starostlivosť. Začlenenie ošetrovateľskej starostlivosti do činností zariadení sociálnych služieb poskytlo možnosť aplikovať ošetrovateľstvo so svojim holistickým prístupom v sociálnej sfére.

**KLÚČOVÉ SLOVÁ:** Rola sestry. Domov sociálnych služieb. Ošetrovateľská starostlivosť.

**ABSTRACT**

The aging population is currently debated issue, particularly with regard to the demographic trends of population, that we call aging. Population aging is caused not only by low reproduction, but also by increased life expectancy, which means that people will live longer than in the past. Age pyramid of human has not got the broadest base, but extends towards its peak. Elderly cohort has its own specifics, this is a vulnerable and fragile group of people who need help and are often helpless and cannot

take care of themselves, which threatens their quality of life. If there is a reduction in self-sufficiency of an elderly person so that it is not possible to provide the necessary support at home, institutional care takes care. The most common institutional care for the elderly are nursing homes, where social service is closely linked to the provision of healthcare, which is an integral part of nursing care. Incorporation of nursing care in activities of social service provided an opportunity to apply nursing with its holistic approach in the social sphere.

**KEYWORDS:** The role of a nurse. Social services home. Nursing care.

## ÚVOD

Transformácia zdravotníctva na Slovensku po roku 1990 priniesla so sebou mnoho zmien súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Zároveň ovplyvnila aj systém poskytovania sociálnych služieb a prepojila ho s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Začlenenie ošetrovateľskej starostlivosti do činnosti zariadení sociálnych služieb poskytlo možnosť aplikovať ošetrovateľstvo so svojim holistickým prístupom do sociálnej sféry. V zákone MPSVaR č. 448/2008 o sociálnych službách boli upravené činnosti, ktoré sa môžu v zariadeniach sociálnych služieb vykonávať. Podľa §38 tohto zákona sa v DSS poskytuje aj ošetrovateľská starostlivosť. Rozsah činností, ktoré sú v kompetencii sestier v zariadeniach sociálnej starostlivosti sú definované v prílohe vyhlášky MZ SR č. 109/2009 Z. z. z 11. marca 2009. Výkony z tejto prílohy sú poskytované klientov podľa ich individuálnych potrieb. Neustály rozvoj ošetrovateľstva a jeho nové zameranie ovplyvňuje aj rolu sestry v domovoch sociálnych služieb. Rola sestry sa prispôsobuje potrebám klienta, vníma ho ako jedinečnú bytosť a holistickým prístupom aplikuje nadobudnuté vedomosti a zručnosti pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra v domove sociálnych služieb nezastáva len jednu rolu, ale vždy je to viac rolí, ktoré sú ovplyvňované zmenami v spoločnosti, novými poznatkami, rozvojom technológií, celkovým stavom obyvateľstva a politickou situáciou. Najčastejšiu skupinu pacientov v domovoch sociálnych služieb tvoria imobilní pacienti. Imobilita býva sprievodným znakom veľkého množstva ochorení, ktoré postihujú pacientov umiestnených v týchto zariadeniach. Patrí tu poskytovanie ošetrovateľskej hygieny, polohovanie, aplikovanie opatrení predchádzajúcich vzniku dekubitov, ošetrovateľská rehabilitácia, odbery i.v. krvi za účelom vyšetrenia, odsávanie, podávanie stravy nasogastrickou alebo PEG sondou, aplikácia liečiv a mnoho ďalších výkonov. K hlavným úlohám sestry o imobilných klientov v domove sociálnych

služieb patrí pomoc v procese znovuzískavania a udržania ich dobrého zdravotného stavu, predchádzať komplikáciám vzniknutým z imobility a pomoc pri adaptácii na ich novú funkciu.

**Cieľom nášho výskumu** bolo zistiť rolu sestry v následnej zdravotnej starostlivosti o imobilných pacientov v domove sociálnych služieb. Zistiť vplyv faktorov ako vzdelanie, dĺžka praxe sestier na rolu sestry v následnej zdravotnej starostlivosti o imobilných pacientov v domove sociálnych služieb.

#### **CHARAKTERISTIKA SÚBORU A METODIKA**

Výskum bol realizovaný v domovoch sociálnych služieb na východe Slovenska. K zberu dát sme si zvolili anonymný neštandardizovaný dotazník pozostávajúci z 27 otázok. Dotazníkové položky boli zamerané na ošetrovateľskú starostlivosť a úlohy sestry spojené s jej poskytovaním imobilným pacientom. Výskumnú vzorku sme získali na základe zámerného výberu. Do výskumu bolo zaradených 140 respondentov sestier pracujúcich v domovoch sociálnych služieb. Najčastejšiu rolu ktorú zaujímajú sestry v ošetrovateľskej starostlivosti o imobilných pacientov v domove sociálnych služieb nám názorne vystihuje tab.1.

*Tab. 1 Preferovaná rola sestry v DSS*

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ošetrovateľka</b>	111	79,3
<b>Edukátorka</b>	5	3,6
<b>Strážkyňa záujmov</b>	1	0,7
<b>Obhajkyňa</b>	0	0
<b>Manažérka</b>	20	14,3
<b>Výskumníčka</b>	0	0
<b>Informátorka</b>	3	2,1
<b>spolu</b>	140	100

Sestra v následnej zdravotnej starostlivosti o imobilných pacientov v DSS zaujíma podľa 111 odpovedí respondentov (79,3%) rolu ošetrovateľky. Druhá najčastejšie označená odpoveď 20 (14,3%) sestier uviedlo rolu manažérky ošetrovateľskej starostlivosti. Rolu edukátorky – učiteľky uviedlo 5 respondentov (3,6%). 3 sestry (2,1%) si myslí, že sestra zastáva



rolu informátorky. Jeden opýtaný (0,7%) zastáva názor, že prioritnou rolou sestry je strážkyňa záujmov pacientov.

*Na získanie najdôležitejších poznatkov a cieľov nášho výskumu sme si stanovili nasledovné hypotézy zamerané na posúdenie a overenie týchto predpokladov:*

- Medzi imobilitou pacientov a rolou sestry existuje súvislosť.
- Vzdelanie má vplyv na rolu sestry v následnej zdravotnej starostlivosti o imobilných pacientov v domove sociálnych služieb.
- Dĺžka praxe súvisí s rolou sestry v starostlivosti o imobilných pacientov v domove sociálnych služieb.

#### ANALÝZA VÝSLEDKOV VÝSKUMU

K štatistickému spracovaniu hypotéz bol použitý **Fisherov exact test**. Fisherov exact test je založený na hypergeometrickom rozdelení, ktoré nemá parameter stupňa voľnosti. Ak sa závislosť potvrdí, môžeme hovoriť o jej veľkosti - Cramerovo V. Čím je jeho hodnota väčšia, tým je závislosť medzi premennými silnejšia.

Tab. 2 Vplyv imobility na rolu sestry

		Rola sestry						spolu
		ošetrova- teľka	edukátor- ka	poradkyňa	manažér- ka	vý- skumníč- ka	informá- torka	
<b>Zastúpenie imobilných pacientov v DSS</b>	Do 25%	31	0	0	6	0	0	37
	Od 26% - 50%	74	2	1	8	2	1	88
	Od 51% - 75%	6	3	0	6	0	0	15
<b>Spolu</b>		111	5	1	20	2	1	140

Pri analýze vzťahov medzi imobilitou pacientov a rolou sestry sme použili Fisherov test. Na základe p hodnoty **0,03**, ktorá je menšia ako hladina významnosti 0,1 sa nám súvislosť potvrdila. Keďže sa závislosť potvrdila, má zmysel hovoriť o jej veľkosti, čiže použijeme mieru veľkosti závislosti Cramerovo V **0,313**, koeficient korelácie nám naznačuje, že

v našom výskume je táto sila vzťahu stredne silná. Z uvedeného výsledku môžeme konštatovať, že existuje závislosť medzi imobilitou a rolou sestry poskytujúcej následnú zdravotnú starostlivosť imobilným pacientom v DSS.

Tab. 3 Vplyv vzdelania na rolu sestry

		Rola sestry						spolu
		ošetrova- teľka	edukátor- ka	poradkyňa	manažér- ka	vý- skumní- ka	informá- torka	
Vzdelanie	Stredošk. s maturitou	83	5	1	12	2	0	103
	Vysokoškol.	20	0	0	5	0	0	25
	Maturita so špecializ.	4	0	0	1	0	1	6
	Vysokošk. so špecializ.	4	0	0	2	0	0	6
<b>spolu</b>		111	5	1	20	2	1	140

Na overenie hypotézy sme použili z dotazníka položku najvyššie dosiahnutého vzdelania sestier a rolu sestry. P-hodnota ("Sig.") = **0,087** Fisherovho exact testu je menšia ako zvolená hladina významnosti 0,1, čiže vzdelanie respondentov má vplyv na rolu sestry v následnej zdravotnej starostlivosti o imobilných pacientov v domove sociálnych služieb. Zistená závislosť medzi jednotlivými položkami Cramerovho koeficientu korelácie je 0,262. Táto korelácia je pomerne slabá, čiže môžeme predpokladať, že zrejme závisí aj od iných faktorov, kedy sa rola sestry mení.

Tab. 4 Vplyv dĺžky praxe na rolu sestry

		Rola sestry						spolu
		ošetrova- telka	edukátor- ka	poradkyňa	manažér- ka	vý- skumní- ka	informá- torka	
Dĺžka praxe	0 - 5	40	4	0	14	2	0	60
	6 – 10	28	0	1	3	0	0	32
	11 a viac	43	1	0	3	0	1	48
spolu		111	5	1	20	2	1	140

Súvislosť medzi rolou sestry v domove sociálnych služieb a dĺžkou praxe v tomto zariadení nám určuje p-hodnota **0,018** a strednú závislosť nám interpretuje Cramerovo V **0,262**. Na hladine významnosti 0,1 môžeme zamietnuť  $H_0$  v prospech alternatívnej hypotézy. Z toho môžeme usúdiť, že rola sestry v domove sociálnych služieb závisí od dĺžky pôsobenia v tomto zariadení.

## DISKUSIA

Narastajúci počet chronických ochorení, predlžovanie veku obyvateľstva, znižovanie počtu lôžok v ústavných zdravotníckych zariadeniach, celková situácia v spoločnosti boli dôvodom zmien v legislatíve v zdravotníctve a v sociálnej sfére v zmysle zaradenia sestry poskytujúcej ošetrovateľskú starostlivosť prijímateľom sociálnych služieb k poskytovateľom sociálnych služieb. Úloha sestry v starostlivosti o imobilných pacientov umiestnených v DSS je náročná a prispôbuje sa individuálnym potrebám pacienta. Výskum bol realizovaný v domovoch sociálnych služieb na východe Slovenska. K zberu dát sme si zvolili anonymný neštandardizovaný dotazník pozostávajúci z 27 otázok. Výskumnú vzorku sme získali na základe zámerného výberu. Do výskumu bolo zaradených 140 respondentov sestier pracujúcich v domovoch sociálnych služieb. Dotazníkové položky boli zamerané na ošetrovateľskú starostlivosť a úlohy sestry spojené s jej poskytovaním imobilným pacientom. Sestra v následnej zdravotnej starostlivosti o imobilných pacientov v DSS zaujíma podľa 111 odpovedí respondentov (79,3%) rolu ošetrovateľky. Druhá najčastejšie označená odpoveď 20 (14,3%) sestier uviedlo rolu manažérky ošetrovateľskej starostlivosti. Rolu edukátorky – učiteľky

uviedlo 5 respondentov (3,6%). 3 sestry (2,1%) si myslí, že sestra zastáva rolu informátorky. Jeden opýtaný (0,7%) zastáva názor, že prioritnou rolou sestry je strážkyňa záujmov pacientov. V našom výskume sme monitorovali sestry v starostlivosti o imobilného pacienta v DSS, vplyv faktorov pôsobiacich na činnosti sestry ako vzdelanie, dĺžku praxe v DSS. Pri analýze vzťahov medzi imobilitou pacientov a rolou sestry sme použili Fisherov test. Na základe p hodnoty 0,03, ktorá je menšia ako hladina významnosti 0,1 sa nám súvislosť potvrdila. Veľkosť závislosti Cramero-vo V je 0,313, čiže koeficient korelácie nám naznačuje, že táto sila vzťahu je stredne silná. Z uvedeného výsledku môžeme konštatovať, že existuje závislosť medzi imobilitou a rolou sestry poskytujúcej následnú zdravotnú starostlivosť imobilným pacientom v DSS. Je pochopiteľné, že imobilní pacienti si vyžadujú odlišné zameranie následnej zdravotnej starostlivosti v domovoch sociálnych služieb ako mobilní pacienti. Napríklad autorka Bošková zisťovala rolu sestry u chronických chorých. Keďže týmto ľuďom chýba perspektíva uzdravenia, rola dobrej sestry je v týchto prípadoch obtiažna. Často sa stáva dôverníčkou chorého v situáciách, v ktorých mu nemôže pomôcť priamo, stáva sa mu oporou a pomáha mu preniesť sa cez ťažké obdobie, nenecháva ho samotného s jeho úzkosťou a strachom, v depresívnej nálade alebo rezignácii čiže jej hlavnou rolou je rola psychologičky. Pri zisťovaní role sestry v sekundárnej prevencii u pacientov s alergickým ochorením autorka Pelešková uvádza okrem administratívy a plnenia ordinácii aj vzdelávanie pacientov. Sestry pacienta edukujú, poskytujú pacientom edukačné materiály, doporučujú internetové zdroje (edukátorka), a učia ich používať inhalačné pomôcky (učiteľka). Podľa prieskumu autorky Kousalovej, ktorá sa zaujímala o rolu sestry pri poskytovaní starostlivosti pacientom – cudzincom. Respondenti najviac využívajú rolu poskytovateľky ošetrovateľskej starostlivosti, rolu motivátorky, poradkyne, edukátorky, advokátky, výskumníčky, rozhodovateľky, nositeľky zmien. Ako uvádzajú Uričková a Boroňová (2012) dôležitým faktorom ovplyvňujúcim činnosti sestry v tejto skupine pacientov sú získané technické zručnosti spolu so vzdelávaním a schopnosťou rešpektovať rôzne kultúry. Z toho môžeme usúdiť, že rola sestry v starostlivosti o pacienta v rôznych odborov ošetrovateľstva je rôznorodá, ale prelínajúca sa.

Vplyv vzdelania respondentov na rolu sestry v následnej zdravotnej starostlivosti o imobilných pacientov v domove sociálnych služieb sa nám taktiež potvrdil, pretože P-hodnota ("Sig.") = 0,087 Fisherovho exact testu, je menšia ako zvolená hladina významnosti 0,1. Môžeme konštatovať, že sestry svojím vzdelaním sú pripravované zvládnuť nové požiadavky, ktoré sú kladené dnešnou spoločnosťou ako aj trhom práce, ale

napriek tomu najčastejšie zastávajú rolu ošetrovateľky. Môžeme predpokladať, že je to spôsobené nedostatkom pracovných síl a na výkon iných rolí sestry nemajú dostatok času. Taktiež Stehlíková (2009) v svojej práci tvrdí, že odborná vzdelanosť je piatym najčastejšie označovaným faktorom ovplyvňujúcim rolu sestry rozhodovateľky, ktorá sa prelína s rolou manažérky. Prieskum sa zamerlal na dve skupiny sestier a to sestra manažérka a sestra v nepretržitej prevádzke. Za najvýznamnejší faktor, ktorý má vplyv na rolu sestry označila na základe analýzy výsledkov adekvátny počet sestier na pracovisku. Pri skúmaní súvislosti medzi rolou sestry v domove sociálnych služieb a dĺžkou praxe v zariadeniach, nám p hodnota 0,018 potvrdzuje súvislosť a Cramerovo  $V = 0,262$  interpretuje strednú závislosť. Podľa výsledkov prieskumu autorky Novákovej, sestry s dĺžkou praxe nad 15 rokov neradi vykonávajú ošetrovateľské výkony spojené so starostlivosťou o umierajúceho. Naopak zo skupiny sestier pôsobiacich na oddelení paliatívnej starostlivosti do 5 rokov uviedlo, že tieto ošetrovateľské výkony vykonáva rado. Z tohto vyvodzuje záver, že to môže byť prejav prvotného nadšenia a idealizmu v práci.

## ZÁVER

Práca sestry je veľmi špecifická a vyžaduje sa od nej široké spektrum technických zručností a vedomostí, aby dokázala poskytovať kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť. Začlenením ošetrovateľskej starostlivosti do zoznamu služieb poskytovaných v DSS, sa takáto starostlivosť poskytuje aj klientom v nich umiestneným. Jednou z najčastejších skupín pacientov v DSS sú pacienti s narušenou pohyblivosťou. Imobilita doprevádza množstvo ostatných chorôb spojených s vekom pacientov. V ich anamnéze sa nachádzajú multiorgánové poškodenia, ktoré vyžadujú individuálny prístup a rôzne intervencie sestry. Vzhľadom k tomu sestry v DSS pôsobia v rôznych úlohách, ktoré sa vzájomne prelínajú. Pre rolu sestry je charakteristické, že jej práca vychádza z potrieb chorého. Taktiež role sestry sú ovplyvnené zmenami v spoločnosti, systémom zdravotníctva, novými technológiami a poznatkami, zdravotným stavom obyvateľstva. Zvýšili sa nároky na sestru, na vyšetrovanie, ošetrovanie, mení sa aj rola klienta, ktorý sa z pasívneho konzumenta mení na aktívneho účastníka. Na tieto zmeny reaguje vzdelávanie sestier aj ošetrovateľská prax.

## **ZOZNAM POUŽITÉJ LITERATURY**

- BABJAKOVÁ, K. 2013. Rola sestry v následnej zdravotnej starostlivosti o imobilných pacientov v DSS. Diplomová práca. Bratislava. 2013. 74 s.
- BOŠKOVÁ, H. 2009. Chronicky nemocný v ústavní péči. In Sestra. ISSN 1210-0404, 2009, č. 1, roč.19, s.48.
- KOUSALOVÁ, R. 2011. Rola sestry při poskytování péče pacientům – cizincům. Diplomová práce. České Budejovice. 2011. 109. s.
- PELEŠKOVÁ, A. 2012. Rola sestry v sekundární prevenci u pacientu s alergickým onemocněním. Diplomová práce. České Budejovice. 2012. 78.s.
- STEHLÍKOVÁ, J. 2009. Využití role sestry – rozhodovatelky v praxi v souvislosti s poskytováním kvalitní ošetrovatelské péče. Diplomová práce. [online]. 2009. [citované 2015-09.15]. Dostupné na internete: <[http://theses.cz/id/cffjks/downloadPraceContent\\_adipIdno\\_13059](http://theses.cz/id/cffjks/downloadPraceContent_adipIdno_13059)>.

## REHABILITAČNÉ OŠETROVATEĽSTVO V PREVENCIÍ IMOBILIZAČNÉHO SYNDRÓMU U GERIATRICKÉHO PACIENTA

---

### NURSING REHABILITATION IN PREVENTION OF IMMOBILIZATION SYNDROME IN GERIATRIC PATIENTS

*Puteková Silvia*

Katedra ošetrovateľstva Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce TU v Trnave

#### ABSTRAKT

Rehabilitačné ošetrovateľstvo je liečebná rehabilitácia zameraná na profylaxiu sekundárnych poškodení, pneumónie, dekubitov, kontraktúr, heterotopických osifikácií, ktoré ohrozujú pacienta pri jeho základných ochoreniach. Cieľom rehabilitačného ošetrovateľstva je prevencia primárnych a sekundárnych zmien - prevencia svalových kontraktúr, prevencia dekubitov, prevencia komplikácií z imobility, napomáhanie udržiavať, alebo obnovovať pôvodné schopnosti chorého (telesné, aj duševné) a zachovanie existujúcich schopností. Imobilizačný syndróm je často spúšťacím mechanizmom pre celú reťaz komplikácií, ktorá môže viesť až k fatálnemu koncu. Z uvedeného vyplýva, že prevencia imobilizačného syndrómu je podstatne dôležitejšia a ľahšia ako samotná liečba. Imobilizačný syndróm je jedna s najnáročnejších diagnóz geriatrického pacienta s hľadiska ošetrovateľskej starostlivosti. Od personálu ošetrovacej jednotky vyžaduje fyzickú i duševnú zdatnosť pri riešení problémov pacienta.

**KLÚČOVÉ SLOVÁ:** rehabilitačné ošetrovateľstvo, geriatrický pacient, imobilizačný syndróm.

V priebehu 20. storočia starnutie nabralo nový rozmer a to od starnutia individuálneho k starnutiu celospoločenskému. Population ageing – starnutie populácie je v súčasnej dobe celosvetovo skloňovaným termínom a starnutie, ako také je označované za jednu z hlavných charakteristík budúceho demografického vývoja. Zdravotníctvo a zdravotná starostlivosť sú v kontexte starnutia značne diskutovanou problematikou (Kabátová, 2015). Dominantným faktorom, ktorý určuje kvalitu života geriatrického pacienta, je predovšetkým zdravie. S pribúdaním chorôb sa stáva závislejšim na svojich najbližších. Rodina má významnú úlohu v identifikácii ochorenia. Sestra v rámci starostlivosti o geriatrického pa-

cienta prichádza do kontaktu s jeho rodinou, pozoruje ich správanie, vyjadrovanie, postoj ku pacientovi a získava tak dôležité údaje pre celý ošetrovateľský a terapeutický proces (Dlugošová, Tkáčová, 2010).

**Rehabilitačné ošetrovateľstvo** je liečebná rehabilitácia zameraná na profylaxiu sekundárnych poškodení, pneumónie, dekubitov, kontraktúr, heterotopických osifikácií, ktoré ohrozujú pacienta pri jeho základných ochoreniach (Kolář et al., 2009). Cieľom rehabilitačného ošetrovateľstva je prevencia primárnych a sekundárnych zmien - prevencia svalových kontraktúr, prevencia dekubitov, prevencia komplikácií z imobility, napomáhanie udržiavať, alebo obnovovať pôvodné schopnosti chorého (telesné, aj duševné) a zachovanie existujúcich schopností (Martinková, 2011). V rehabilitačnom ošetrovateľstve je dôležitá každodenná spolupráca sestry s fyzioterapeutom. Podmienkou dobrých výsledkov je vzájomná komunikácia o aktuálnom stave a schopnosti pacienta. To všetko v spolupráci s ošetrovateľom. Medzi rehabilitačné prostriedky v prevencii imobilizačného syndrómu v sesterskej praxi patrí polohovanie, vertikalizácia, mobilizácia, kam zaraďujeme pasívne pohyby, kondičné cvičenia, sestra ďalej realizuje fyzickú a psychickú aktiváciu pacienta (Klusoňová, Pitnerová, 2005). Mobilizácia je uskutočňovaná tiež pri vstávaní z lôžka, návniku chôdze, sadanie do kresla a samotným pohybom na lôžku ako otáčanie a zdvíhanie pacienta. Mikeš (2004) definuje imobilizačný syndróm ako „komplex príznakov, ktoré sa vyvíjajú následkom obmedzenia pohybu“. Príčinou môžu byť všetky stavy, pri ktorých musí pacient dodržiavať pokoj na posteli (napr. pooperačné stavy, akútny infarkt myokardu a i.), alebo pri ktorých sa nemôže aktívne pohybovať (napr. hemiplégia, paraplégia a i.). K vzniku imobilizačného syndrómu prispievajú i vyšší vek, polymorbidita, podvýživa, výrazné prejavy celkovej artériosklerózy (Mikeš, 2004). Imobilizačný syndróm je často spúšťacím mechanizmom pre celú reťaz komplikácií, ktorá môže viesť až k fatálnemu koncu. Z uvedeného vyplýva, že prevencia imobilizačného syndrómu je podstatne dôležitejšia a ľahšia ako samotná liečba (Smoleňová, 1997). Prevencia imobilizačného syndrómu spočíva aj v odstránení príčin, ktoré vedú k imobilizácii. Pobyť na posteli musí byť skrátený na nevyhnutný čas, treba sa vyvarovať zbytočným hospitalizáciám a ústavnému pobytu starých ľudí (Mikeš, 2004). Prevenciu imobilizačného syndrómu môžeme rozdeliť na primárnu prevenciu a sekundárnu prevenciu zameranú na prevenciu problémov z imobility.

**Polohovanie** - medzi najdôležitejšie preventívne opatrenia imobilizačného syndrómu patrí polohovanie, ktoré znamená základ pre všetky liečebné aktivity. Ide o správne zvolené polohy pacienta, ktoré sa menia v určitých časových intervaloch. Bezchybné polohovanie nesmie vyvolať



vat' bolesť. Preto je dôležitá spolupráca sestry s fyzioterapeutom. Cieľom správneho polohovania je zlepšenie pľúcnych funkcií, obehovej cirkulácie, bdenia a pozornosti, podpora pohyblivosti chrbtice, regulácia svalového napätia, prevencia pneumónie, kontraktúr, dekubitov, poškodenia periférnych nervov, vzniku spasticity (Lipertová, Grúnerová, 2005).

**Pasívne pohyby** - zaraďujeme do spôsobu mobilizácie, čo znamená aktiváciu pacienta. Cieľom je zachovanie pohyblivosti kĺbov, udržanie fyziologickej dĺžky a elasticity svalov, podpora redukcie spastického napätia a stabilizácie obehového a respiračného ústrojenstva. O pasívne pohyby sa jedná ak sú vykonávané druhou osobou. Tieto pohyby sú najčastejšie vykonávané pri každej manipulácii s pacientom, pri vykonávaní osobnej hygieny alebo v rámci polohovania. Pasívne pohyby by mali byť realizované v plnom rozsahu fyziologického pohybu, do pocitu ťahu alebo miernej bolesti. Musia byť vykonávané pomaly bez pérovania, v osi pohybu, v 5-7 opakovaníach (Kluskoňová, Pintorová, 2005).

**Kondičné cvičenia** - program kondičného cvičenia musí byť zvolený individuálne, podľa toho, či je senior úplne pripútaný na lôžko alebo je schopný posadiť sa alebo chodiť. Cieľom kondičného cvičenia je udržanie alebo zvýšenie telesnej kondície, udržanie pohyblivosti kĺbov, svalovej funkcie, svalového napätia, nervosvalovej koordinácie a optimálnej funkcie vnútorných orgánov. Cvičenie má pozitívny účinok na psychický stav pacienta.

**Vertikalizácia** - význam vertikalizácie imobilného pacienta spočíva predovšetkým v prevencii pneumónie, obehových komplikácií, dekubitov, kontraktúr, podporuje správnu funkciu močového mechúra a tráviaceho ústrojenstva. Je dôležitá z dôvodu aktivácie systému ARAS vo formacio retikularis a to spôsobuje zlepšenie bdlosti (Lippertová, Grunerová, 2005). U úplne imobilného geriatrického pacienta sa najviac využíva vysoký podopretý sed.

#### **PROSTRIEDKY NA PREVENCIU KOMPLIKÁCIÍ U IMOBILNÝCH PACIENTOV**

Polohovacie lôžka – vhodne zvolené lôžko, obzvlášť pre imobilných pacientov je neoddeliteľnou súčasťou preventívnych opatrení. Vzniku zdravotných komplikácií. Dobre vybavené lôžko s antidekubitovým systémom a čistým prádlom je účinnou prevenciou pred preležaninami (Šamánková 2006). Antidekubitárne matrace – z fyziologického hľadiska telo vyžaduje prostredie, ktoré poskytuje adekvátne zdroje výživy a odvod metabolitov z rôznych tkanív. Pre prevenciu a liečbu dekubitov existujú dve hlavné skupiny podporných povrchov. Všetky tieto povrchy sú skonštruované tak, aby zaistovali redistribúciu tlaku (Mikulka, Mullerová, 2008). Polohovacie pomôcky – Zmyslom polohovacích pomôcok je predovšetkým zvýšiť komfort pacienta, zabrániť tlaku na rizikové miesta

a uľahčiť prácu ošetrovateľskému personálu. Vhodné sú pomôcky, ktoré majú vodovzdorný a paropriepustný poťah. Tak sa zníži riziko potenia a tvorby vlhkého prostredia pod pacientom. Vozíky – pre ťažko sa pohybujúcich alebo úplne imobilných pacientov sa využívajú vozíky, ktoré by mali zodpovedať ich individuálnym potrebám. Pre pacientov úplne odkázaných na starostlivosť inej osoby sú určené kreslá pre vozíčkarov. Takéto kreslo je vybavené tvarovaným sedadlom, opierkou hlavy a popruhmi (Gehart, 2007). Imobilizačný syndróm je jedna s najnáročnejších diagnóz geriatrického pacienta s hľadiska ošetrovateľskej starostlivosti. Od personálu ošetrovacej jednotky vyžaduje fyzickú i duševnú zdatnosť pri riešení problémov pacienta.

### ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- DLUGOŠOVÁ, A., TKÁČOVÁ, E. 2010. Komplexní ošetrovateľská péče o pacienta s demencií. In *Sestra*. Praha: Mladá Fronta, ISSN 1210-0404, roč. 20, č. 12, 2010, s. 50-51.
- GEHART, R., 2007. *Altenpflege konkret, Gesundheits-und Krankheitslehre*. 3. vyd. Munchen: Elsevier. ISBN 978-3-437-27710-8.
- KABÁTOVÁ, O. Záujem študentov ošetrovateľstva o prácu so seniormi. In: *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. ISSN 1336-183X. č. 6 (2015), s. 53-55.
- KLUSOŇOVÁ, E. PITNEROVÁ, J., 2005. Rehabilitační ošetrování pacientu s těžkými poruchami hybnosti (určeno zdravotním sestřám). 2.vyd. Brno: NCONZO. ISBN 80-7013-423-3.
- KOLÁŘ, P., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, ISBN 978-80-7262-657-1.
- LIPPERTOVÁ – GRUNEROVÁ, M., 2005. *Neurorehabilitace*. Praha. Galén. ISBN 80-72-62-317-6.
- MARTINKOVÁ, J., 2011. Rehabilitačné ošetrovateľstvo In: *Manuál pre mentorky v ošetrovateľstve*. Tmava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, spoločné pracovisko Trnavskej univerzity v Tmave a VEDY, vydavateľstva Slovenskej akadémie vied, 2011. S. 298-319. ISBN 978-80-8082-501-0.
- MIKEŠ, Z., 2004. Štandardné terapeutické postupy. Martin. Osveta. S. 804. ISBN 80-8063-088-7.
- MIKULA, J., MULLEROVÁ, N., 2008. *Prevence dekubitu*. Praha. Grada. ISBN 978-80-247-2043-2.
- SMOLEŇOVÁ, L., 1997. Imobilizačný syndróm. Bratislavské lekárske listy, roč. 98, č. 10 Bratislava. S 577-578. ISSN 006-9248.
- ŠAMÁNKOVÁ, M., 2006. *Základy ošetrovateľství*. Praha. Karolinum. ISBN 80-246-1091-4.

## **AKTIVIZAČNO – TERAPEUTICKÉ INTERVENČIE U GERONTOPSYCHIATRICKÉHO PACIENTA/KLIENTA**

---

### **ACTIVATING THERAPEUTIC INTERVENTIONS WITH GERONTO-PSYCHIATRIC PATIENTS/CLIENTS**

*Rabinčák Marek*

Psychiatrická nemocnica Michalovce, n.o.

#### **ABSTRAKT**

Aktivita je súčasťou života každého jedinca. Ako jedna zo základných ľudských potrieb má pre človeka vysokú hodnotu. Zdravý jedinec vie svoje denné aktivity organizovať, u človeka trpiaceho nejakým ochorením sú tieto schopnosti znížené alebo celkom chýbajú. Pre seniorov, ktorí sú hospitalizovaní v zdravotníckych zariadeniach alebo využívajú služby inštitucionalizovaných sociálnych zariadení je účasť na aktivizačnom programe priestor, v ktorom dochádza k celkovej stimulácii fyzickej, psychickej i sociálnej oblasti. V práci definujeme aktivitu i aktivizačné činnosti, zaoberáme sa jej požiadavkami, rozoberáme ciele aktivizácie, zameriavame sa na možné faktory ovplyvňujúce aktivitu a bližšie špecifikujeme jednotlivé aktivizačno terapeutické intervencie u gerontopsychiatrického pacienta / klienta.

**KEŤOVÉ SLOVÁ:** senior, ošetrovateľská starostlivosť, aktivizácia, aktivizačno – terapeutické intervencie.

#### **ABSTRACT**

Activity is a part of a life of every individual. As one of the basic human needs it has a high value for humans. A healthy individual can organize their daily activities, humans suffering from a disease lack these abilities or they are reduced. For seniors who are hospitalized in medical facilities or use the services of institutionalized social institutions, participation in the activation program is a space which aims at the overall stimulation of physical, mental and social aspects. The paper defines activities and initiation of activities, we deal with their requirements, analyze mobilization targets, we focus on possible factors affecting activity and we further specify various activating therapeutic interventions in old age psychiatry patient / client.

**KEYWORDS:** senior, nursing care, activation, activating therapeutic interventions.

## ÚVOD

Nové tisícročie nám prinieslo a neustále prináša množstvo zmien. Snaha o vytváranie lepších životných podmienok, poskytovanie kvalitnejšej zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti prispievajú k tomu, že ľudský život sa neustále predlžuje.

Demografické údaje v Slovenskej republike preukazujú, že za posledných desať rokov vzrástol podiel skupiny 65-ročných a starších približne o jedno percento (ÚVSR, 2012). Vzhľadom na tento populačný vývoj sú staroba a starnutie aktuálnymi a globálnymi problémami spoločnosti. Postoj dospelých jednotlivcov k vlastnému starnutiu a starobe je u každého človeka vysoko individuálny. Je nesmierne dôležité, aby sa takýto jedinec vedel vysporiadať s blížiacou sa starobou a so zmenami, ktoré so sebou prináša. V tomto období života jedinca dochádza k sumarizácii rôznych vplyvov. Genetické predispozície, fyziologické faktory, zdravotné ťažkosti a v neposlednom rade aj psychické prijatie a prežívanie tohto obdobia môže priniesť človeku čas pokojnej, harmonickej staroby, ale aj duševný a fyzický úpadok, ktorý môže viesť k inštitucionalizácii jedincov v zdravotníckych alebo nezdravotníckych zariadeniach. Keďže sa vo vekovom období 65 a viac rokov najmenej u 20 % seniorov vyskytuje množstvo psychických porúch, ktoré majú svoje špecifiká a odlišnosti, vytvorilo sa odvetvie psychiatrie nazývané gerontopsychiatria. Gerontopsychiatria a taktiež ošetrovateľstvo pôsobiace v tomto odbore sa zaoberá všetkými poruchami stareckého veku, predovšetkým tými, ktoré sa prvýkrát zjavujú vo veku nad 65 rokov.

Pre nás, ktorí pracujeme a poskytujeme psychiatrickú ošetrovateľskú starostlivosť je dôležité akceptovať svoju profesionálnu rolu a nadviazať osobný vzťah k seniorom bez toho, aby sme ich kriticky posudzovali. Nemusíme súhlasiť s ich názorom, ale je dôležité vedieť rešpektovať ich ľudskú dôstojnosť, ich vyjadrenia a veriť ich problémom a ťažkostiam.

Prostredníctvom rôznych kultúrnych, edukačných, náboženských, telovýchovných a iných aktivít môžeme staršiemu človeku pomôcť nájsť nový zmysel svojho života. Neexistuje univerzálny aktivizačný prvok vhodný a použiteľný pre všetkých pacientov. Najefektívnejšia je kombinácia viacerých aktivizačných prístupov vychádzajúcich z individuálnych daností, možností a schopností jedinca. Znalosť konkrétnych aktivizačných prístupov a techník vytvára sestru bezpečný, vhodný a dostatočný priestor pre vzájomnú spoluprácu.

Aktivizácia seniora by mala byť súčasťou komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti. Táto intervencia dáva možnosť sestram

aplikovať jednu z nefarmakologických metód, ktorá nemalou mierou prispieva k zlepšeniu celkového stavu chorého. Samozrejme by mali byť splnené určité požiadavky, aby bola táto činnosť sestier efektívna a na dobrej úrovni.

### AKTIVIZÁCIA GERONTOPSYCHIATRICKÉHO PACIENTA

Aktivita pacientov prináša určitý výkon, ktorý plní nejakú funkciu. Dôležitý je preto aktívny život a tréning schopností. Treba však zdôrazniť aj adekvátny priestor na oddych a pohodu. Pocit šťastia a spokojnosti jedinca v starobe závisí od schopnosti ovplyvnenia diania vo svojom okolí a užitočnosti pre druhých. Správna aktivita spomaľuje starnutie. Optimálne starnúci jedinec by sa aj napriek rôznym zmenám mal snažiť realizovať aktivity z minulého obdobia. Tie, ktoré musel opustiť by si mal dokázať nahradiť inými.

Pri aktivizácii seniorov poskytujeme účastníkom stratégie a techniky, ako efektívne spracovávať, uchovávať a vybavovať nové informácie alebo tie, ktoré boli do pamäti uložené dávno. K zabezpečeniu efektivity je dôležité podanie informácií, výber metód a techník. Pre seniora ako účastníka aktivizácie je okrem dosiahnutia cieľa dôležitá aj forma a proces, čiže prostredie, interakcia, percepcia a odborné vedomosti i osobnostné predpoklady osoby vykonávajúcej aktivizáciu (Chrástková, 2012).

Aktivizácia pacientov seniorov podľa ich možností a schopností dáva príležitosť pracovníkom v pomáhajúcich profesiách využiť vlastnú fantáziu, kreativitu a odborné vedomosti.

### AKTIVIZAČNÉ ČINNOSTI

Aktivity môžeme rozdeliť do troch skupín, podľa toho, na ktorú oblasť jedinca sa zameriavajú a aktivizujú. Vo všeobecnosti sú to aktivity **podporujúce mentálne schopnosti**, **aktivity podporujúce fyzické schopnosti** a **aktivity podporujúce senzorické schopnosti**. Podľa počtu zúčastnených aktivity delíme na **individuálne** a **skupinové**. Obe formy majú svoje špecifiká.

Sestra alebo osoba, ktorá poskytuje aktivizačné činnosti je priamo zodpovedná za správnosť výberu danej činnosti. Aktivita musí vyhádzať z problému daného jedinca, má byť pravidelná, odvíjajúca sa od schopností pacienta, primerane ekonomicky a časovo náročná a hlavne musí byť prínosom pre seniora (Mlynková, 2010).

## POŽIADAVKY NA AKTIVITU

Program aktivít na oddelení by mal byť vytvorený na základe analýzy potrieb pacienta, terapeutických cieľov a želania pacienta. Aktivita musí spĺňať určité požiadavky. Beer – Pereira – Paton (2008) píše o prostredí, materiáloch, nástrojoch a pomôckach, personáli a samotnej aktivite:

**Prostredie** - zohráva významnú úlohu v plnení individuálnych plánov. Musí byť usporiadané tak, aby sa tam pacienti dobre cítili a vhodne sa zamestnali. Prostredie, organizácia priestoru a rozmiestnenie nábytku zodpovedá skupine pacientov i druhu aktivity. Ovplyvňuje úroveň interakcie, pacientov pocit začlenenía do aktivity a jeho možnosť používať nástroje i materiály. Priestory by mali mať vhodnú teplotu a príjemné osvetlenie. Miesto pre realizáciu aktivít závisí od typu aktivity a počtu pacientov. Aktivita vyžadujúca sústredenie pacienta a ticho by sa mala odohrávať v prostredí s minimom rušivých vplyvov a zvuku z oddelenia, sociálne aktivity prebiehajú v spoločenských priestoroch. Podľa zamerania aktivít pracovník vytvára vyžadujúci typ atmosféry vychádzajúci z cieľa aktivity.

**Materiál, nástroje, pomôcky** -zabezpečovanie potrebného materiálu i príslušenstva vychádza z vopred stanovenej a schválenej aktivity. Dostatok rôznych pomôcok podporuje aktivitu a poskytuje pacientom možnosť voľby, zhodnotenie rizika vyplývajúceho z používania pomôcok nutných k aktivite na základe pacientovej anamnézy a jeho aktuálneho správania, používať upravené nástroje s menším rizikom poranenia.

**Personál** - je vhodné určiť osobu zodpovednú za koordináciu a realizáciu aktivít. Tým zvýšime účinnosť a zaistíme sústavnosť aktivít, personál by mal mať rozvrh aktivít, potrebuje dostatok času k príprave aktivít, kontrole pripravených miestností a potrebného vybavenia. Do času na realizáciu aktivít zahrňujeme aj čas na zapísanie a urobenie záznamu v dokumentácii i z pozorovania pacienta počas aktivizácie.

**Aktivita** - je odvodená z potrieb pacienta alebo skupiny a má vlastný terapeutický alebo rekreačný cieľ. Tento cieľ poznajú pacienti i zamestnanci, je zapísaný v chorobopise pacienta a je dostupný celému ošetrojúcemu personálu, vedíme záznamy o pacientových pokrokoch, jeho správaní, schopnostiach a sociálnych interakciách. Účasť na individuálnych a skupinových aktivitách je závislá na pacientových potrebách, ktoré sú neustále kontrolované a monitorované, aktivity musia byť pre pacienta dostupné a mierne zložité, pokiaľ sú jednoduché alebo zložité, pacient pocíti frustráciu. Tento negatívny zážitok v ňom vyvolá

menší záujem a účasť na aktivitách, aktivity zaradujeme vzostupne podľa náročnosti, aby pacient zažil úspech.

**Pacient** - je zapojený do rozhodovania o účasti na aktivitách a pozná dôvody svojej účasti. Výber aktivít je založený na jeho záujmoch a potrebách, je v súlade s jeho kultúrnym presvedčením, pacienti sú informovaní o priebehu aktivity. Na začiatku môže byť ich účasť minimálna alebo im umožníme pozerat' sa na určitý druh aktivity, pacienta k účasti na aktivitách motivujeme rôznymi metódami. Jedným zo spôsobov je zhotovenie rozvrhu individuálnych aktivít spoločne s pacientom, informujeme ho o výhodách. Treba nájsť rovnováhu medzi direktívnym nariadením určitej aktivity, ktorá je z odborného hľadiska pre pacienta prospešná a rezignáciou vyvolanou neustálym pacientovým odmietaním. Rovnováhu docielime vyjednávaním a rešpektovaním pacientovej voľby.

### CIELE AKTIVIZÁCIE

V stručnosti sa aktivizácia môže charakterizovať ako činnosť, ktorú bežne robíme v priebehu celého života. V dôsledku ochorenia alebo úrazu môže dochádzať k zníženiu určitých schopností jedinca, ktoré je potrebné opäť nacvičiť. U seniorov je potrebné trénovať kognitívne funkcie, pamäť a stimulovať zmysly (Mlýnková, 2010).

- udržať alebo zlepšiť schopnosti (obnovenie chôdze po úraze, zlepšenie jemnej motoriky, zachovanie pamäti, myslenie, pozornosti, teda kognitívne funkcie),
- vyplnenie voľného času činnosťami, prevencia hospitalizmu, nudy a zhoršenia nálady,
- svojou časovou náročnosťou zabraňuje nevhodným formám chovania (zbytočný a nadmerný pobyt na posteli, bezcieľne blúdenie po chodbách, zabraňuje nespokojnosti, zlostmému správaniu),
- pozitívny vplyv na emočnú zložku pacienta, zvyšuje sebavedomie, vlastnú dôstojnosť, uspokojuje vyššie potreby a potrebu uplatniť sa,
- získanie alebo prinavrátenie určitých schopností zvyšuje možnosť sebastačnosti a znižuje závislosť na druhých osobách, aktivizácia podporuje pravidelný režim a vyvoláva pocit zodpovednosti,
- skupinové aktivity za účasti sestry udržiavajú vzťahy medzi účastníkmi aktivít (Holmerová, 2007).

## FAKTORY OVPLYVŇUJÚCE AKTIVITU

Existuje niekoľko faktorov, ktoré ovplyvňujú aktivitu pacienta. Mlynková (2010) medzi tieto faktory uvádza vek pacienta, druh a stupeň postihnutia alebo choroby, užívanie určitých liekov znižujúcich pozornosť pacienta, používanie kompenzačných a iných pomôcok, miera prijatia postihnutia (pacienti, ktorí nie sú schopní prijať svoje obmedzenie, nie sú motivovaní k účasti), schopnosť spolupráce so sestrou a ďalšími odborníkmi, schopnosť uvedomenia si významu činností pre ďalší život, motivácia k obnoveniu stratených funkcií, rodinné zázemie, podpora najbližších a iné faktory.

**Kinezioterapia** čiže cielené a koordinované aktivity, ktoré vyvolávajú pohyb seniora majú pozitívny vplyv na proces starnutia, dodávajú silu a dokážu predchádzať zhoršeniu psychického stavu. Jedným z moderných nefarmakologických opatrení v senu je kinezioterapia. Ide o cielené pôsobenie pohybu na oblasť psychiky, duševné procesy a funkcie, stavy a osobnosť (Tokovská, 2011). Kinezioterapeutické aktivizujúce programy sú zamerané na zlepšenie a podporu kognitívnych procesov a motorických zručností. Využívajú sa manipulačné cvičenia, športové a tanečné prvky (Hreha - Mihaľová, 2010).

**Bazálna stimulácia** podporuje a využíva ľudské vnímanie. Medzi základné prvky konceptu bazálnej stimulácie teda zaradujeme pohyb, komunikáciu, vnímanie a úzke prepojenie medzi nimi (Friedlová, 2007). Je orientovaná na všetky oblasti ľudských potrieb. Má široké uplatnenie v ošetrovateľskej starostlivosti a je nenáročná na pomôcky a priestor. Jedným z najdôležitejších nástrojov bazálnej stimulácie je **dotyk**. Starostlivosť podľa tohto konceptu skvalitňuje život chorému a prináša dobrý pocit členom ošetrovateľského tímu z kvalitne odvedenej práce s vysoko ľudským individuálnym prístupom k jedincovi (Vytejková a kol., 2011).

**Kognitívny tréning** je program komplexného charakteru, ktorý je zameraný na aktivizáciu rozumových schopností (Čunderliková - Veselovská, 2003). Nenahrádza farmakologickú terapiu, môže však zlepšiť terapeutické výsledky (Čunderliková, 2010). Tréning prebieha u seniorov individuálnou alebo skupinovú formou. Špecifickosť kognitívnej aktivizácie a tréningu v zdravotníckom zariadení je daná zložením seniorov, pre ktorých je určená. Je zameraný na posilnenie kognitívnych funkcií, predovšetkým na pozornosť, reč, pamäť a vnímanie. Úspešnosť tejto činnosti závisí na kvalite a intenzite kognitívneho tréningu ako aj kompenzácií ochorenia (Hošková, 2012).



**Reminiscencia**, terapia spomienkami pramení z prirodzenej duševnej činnosti jedinca. Každý človek má potrebu spomínať, bilancovať a spracovávať udalosti zo svojho života. Reminiscenčná terapia je aktivizačná a validačná liečba, ktorá využíva spomienky na posilnenie pamäti a aktivizáciu mentálnych činností pacienta (Mačkinová, 2009). V reminiscencii sa na vyvolanie spomienok využívajú špeciálne aktivity alebo fyzické predmety. Ide najmä o používanie starých predmetov, používanie hudby a fotografií, staré noviny a časopisy, filmy, vône a pachy, recitovanie, jedlo a pitie.

**Muzikoterapia**, metóda využívajúca zvukové vibrácie a hudbu na pozitívne ovplyvnenie a navodenie vnútorného súladu jedinca. Významnou mierou vplýva a uspokojuje fyzické, emocionálne, kognitívne, sociálne alebo spirituálne potreby pacienta. Má pozitívny dopad na rozvoj sociálnych interakcií a komunikácie, sebayjadrovanie, motiváciu, zvládanie bolesti a stresu, pomáha dosiahnuť lepšiu kvalitu života. Metóda má úzky profesionálny vzťah s ošetrovatelstvom a ďalšími klinickými odbormi ako sú chirurgia a traumatológia, pôrodníctvo a neonatológia, pediatria, fyzioterapia, pneumológia a onkológia (Kantor a kol., 2009).

**Ergoterapia** „je liečba osôb s fyzickým a duševným ochorením alebo disabilitou, ktorá prostredníctvom špecificky zvolených činností umožňuje osobám dosiahnuť maximálnu funkčnú úroveň a sebestačnosť vo všetkých aspektoch života, ďalej je to interpretácia a **aktivizácia** jedinca prostredníctvom činností“ (Krivšíková, 2011). Metóda má pozitívny vplyv na pacienta, oživuje jeho tvorivosť a aktivizuje. Je to činnosť, ktorá slúži k uspokojeniu, uvoľneniu, odreagovaniu, relaxácii a komunikácii. Pacientov naučí dodržiavať určitý denný a pracovný režim. Pomáha nadobúdať stratenú rovnováhu a nachádza nový zmysel života (Furgová, 2010).

**Biblioterapia** je aktivita využívajúca knihy alebo písaný text, ktorej cieľom je usmernenie myšlienok a psychické uvoľnenie pacienta. Aplikácia tejto metódy môže byť v dvoch paralelne prelinajúcich sa polohách. Ako *podporná metóda*, ktorá pomáha jednotlivcom riešiť krízové situácie, a ktorej zámerom je uspokojovanie životných potrieb jednotlivca. Pri *terapeuticko – výchovnej intervencii* pomáha jednotlivcom s vážnymi emocionálnymi a behaviorálnymi problémami (Rabinčák, 2011).

**Validácia podľa Naomi Feil** patrí v súčasných prístupoch k pacientom s Alzheimerovou demenciou k tým osvedčeným. Metóda využíva schopnosť empatie na preniknutie do zážitkového sveta starého, dezorientovaného človeka. Túto schopnosť ilustrujú na príklade „chodenia v topánkach druhého“. Validujúca osoba zachytáva signály starého človeka a „oblieka“ ich do slov. Tým ho validuje a vracia jeho dôstojnosť. Validácia teda znamená potvrdenie emócií a uznanie, že tieto emócie sú pravdivé (Feil, Klerk-Rubin, 2015).

## **ZÁVER**

Starnutie populácie je v súčasnosti nevyvrátiteľný a nezmeniteľný fakt. Z údajov štatistického úradu Slovenskej republiky získaných pri poslednom sčítaní ľudí konanom v roku 2011 vyplýva, že počet ľudí vo veku 65 a viac rokov sa zvýšil z 11,4 % na 12,7 %, to predstavuje nárast populačnej skupiny o 1,3 % (ŠUSR, 2013).

S pribúdajúcim vekom sa zhoršuje celkový zdravotný stav jedinca po fyzickej ale aj psychickej stránke, s čím súvisí častejšia hospitalizácia pacientov – seniorov v zdravotníckych zariadeniach. Najmenej 20 % seniorov trpí nejakou psychickou poruchou či ochorením. Počas pobytu v zdravotníckom zariadení seniori prichádzajú do kontaktu s viacerými zdravotníckymi profesiami. Najčastejšie je to práve sestra, ktorá sprevádza seniora počas celej hospitalizácie. Vzhľadom na to, sú predovšetkým sestry tie, ktoré môžu pozitívne ovplyvniť tento pobyt seniora tým, že mu zabezpečia vhodný aktivizačný program. Správne zaistenie aktivizačného programu pomáha seniorovi v adaptačnom procese, predchádza vzniku i rozvoju nebezpečného maladaptačného syndrómu a ďalších nežiaducich prejavov typických pre daný vek.

Pravidelná a vhodná aktivita založená na individualite seniora môže tvoriť najlacnejšiu komplexnú autonómnou intervenciu s vysokou prospešnosťou pre organizmus.

## **ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY**

- BEER, D., M. – PEREIRA, S. – PATON, C. 2008. *Psychiatric Intensive Care*. 2. vyd. Cambridge : Cambridge University Press, 2008. s. 369. ISBN 978-0-521-70926-2.
- ČUNDERLIKOVÁ, M. 2010. Efekt kognitívneho tréningu na pacientov s Alzheimerovou chorobou. In *II. Medzinárodná konferencia : Aktivizácia seniorov a nefarmakologické prístupy v liečbe Alzheimerovej choroby*. 1. vyd. Bratislava : Slovenská Alzheimerová spoločnosť, 2010. ISBN 978-80-970355-4-9, s. 77-81.

- ČUNDERLIKOVÁ, M. - VESELOVSKÁ, M. 2003. *Tréning pre ľudí s poruchami pamäti. Príručka pre trenérov pamäti*. 1. vyd. Bratislava : Centrum Memory n.o., 2003. 25 s.
- FEIL, N. - KLERK RUBIN, V. 2015. *Validácia. Cesta ako porozumieť starým dezorientovaným ľuďom*. 1. vyd. Bratislava : OZ Terapeutika, 2015. 186 s. ISBN 978-80-971766-1-7.
- FRIEDLOVÁ, K. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
- FURDOVÁ, B. 2010. Pracovná terapia ako súčasť liečby psychiatrických pacientov. In *Ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii. Zborník z XII. Celoslovenskej konferencie sestier pracujúcich v psychiatrii*. [CD-ROM]. Bratislava: SKSaPA, 2010, s. 130-135. ISBN 978-80-970482-2-8.
- HOLMEROVÁ, I. - JAROLIMOVÁ, E. - SUCHÁ, J. 2007. *Péče o pacienty s kognitívnymi poruchou*. 1. vyd. Praha : EV public relation, 2007. 299 s. ISBN 978-80-25401-77-4.
- HREHA, P. – MIHALOVÁ, M. 2010. Význam kinezioterapie v liečbe psychických ochorení. In *XII. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v psychiatrii : Ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii* [CD-ROM]. Bratislava : Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2012, s. 135 – 140. ISBN 978-80-970-482-2-8.
- HOŠKOVÁ, K. 2012. Kognitívna aktivizácia seniorov na oddelení geriatria-LDCH. In *IV. Medzinárodná konferencia : Aktivizácia seniorov a nefarmakologické prístupy v liečbe Alzheimerovej choroby* [CD-ROM]. Bratislava : Slovenská Alzheimerová spoločnosť, 2012, s. 11-18. ISBN 978-80-971103-0-7.
- CHRÁSTKOVÁ, D. 2012. Didaktický prístup k trénovaniu pamäti a precvičovaní poznávacích funkcií. In *IV. Medzinárodná konferencia : Aktivizácia seniorov a nefarmakologické prístupy v liečbe Alzheimerovej choroby* [CD-ROM]. Bratislava : Slovenská Alzheimerová spoločnosť, 2012, s. 11-18. ISBN 978-80-971103-0-7.
- KANTOR, J. a kol.. 2009. *Základy muzikoterapie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.
- KRIVŠIKOVÁ, M. 2011. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2011, 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
- MAČKINOVÁ, M. 2009. Remiscenčná terapia. In *Psychiatria Psychoterapia Psychosomatika*. ISSN 1335-423X, 2009, roč. 16, č. 2, s. 97-98.
- MLÝNKOVÁ, J. 2010. *Pečovatelsví 2. Díl*. Praha : Grada Publishing, 2010. 320 s. ISBN 978-80-247-3185-8.
- RABINČÁK, M. 2011. *Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s poruchou spánku*: bakalárska práca. Michalovce: Vysoká škola zdravotníctva a sociálne práce sv. Alžbety n.o., 2011. 68 s.

- TOKOVSKÁ, M. 2011. Aktivizácia seniorov kinezioterapiou. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444. 2011, roč. 10, č. 7-8, s. 44 – 45.
- ÚRAD VLÁDY SLOVENSKEJ REPUBLIKY. *Národný pracovný program Európskeho roka aktívneho starnutia medzi generáciami 2012* [online]. Dostupné na internete: [http://www.er2012.gov.sk/narodny-pracovny-program-er-2012-aktivity-a-iniciativy-priebezne-aktualizovane/?day=2012-03-01&art\\_datum\\_od=2012-0630&art\\_datum\\_do=2012-06-30](http://www.er2012.gov.sk/narodny-pracovny-program-er-2012-aktivity-a-iniciativy-priebezne-aktualizovane/?day=2012-03-01&art_datum_od=2012-0630&art_datum_do=2012-06-30) [citované 2.11.2012].
- VYTEJČKOVÁ, R. a kol.. 2011. *Ošetrovateľské postupy v péči o nemocné I*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2011. 232 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

**PRIJATIE ZÁKONA O SOCIÁLNEJ PRÁCI –  
NOVÉ VÝZVY PRE PROFESIONALIZÁCIU  
V SOCIÁLNEJ PRÁCI**

**THE ADOPTION OF THE LAW ABOUT SOCIAL WORK -  
NEW CHALLENGES FOR  
THE PROFESSIONALIZATION IN SOCIAL WORK**

*Schavel Milan*

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

**ABSTRAKT**

Na Slovensku bol schválený nový legislatívny rámec pre sociálnu prácu. Zámerom prijatého zákona o sociálnej práci je utvorenie lepšieho profesionálneho zabezpečenia výkonu sociálnej práce. Jeho hlavným cieľom je podpora profesionalizácie výkonu sociálnej práce, a to najmä ustanovením nevyhnutných kvalifikačných predpokladov a zriadením Slovenskej komory sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce. Príspevok prináša informácie o procese tvorby zákona a opodstatnenosti tejto právnej normy pre prax sociálnych pracovníkov.

**KEÚČOVÉ SLOVÁ:** Sociálna práca, sociálny pracovník, asistent sociálnej práce, komora, zákon o sociálnej práci

**ABSTRACT**

A new legislative framework for Social work has been enacted in Slovakia. The intention of the enacted Social work act is to create better and professional assurance in providing social work. The main aim of the act is to support professionalization in providing social work mainly by determining eligibility of qualification and to create The Slovak chamber of social workers and social work assistants. The article reports the information about the process of law and the legitimacy of the legal standards for the practice of social workers.

**KEY WORDS:** Social work, social worker, social work assistant, chamber, social work act

Vysokoškolské vzdelávanie v odbore sociálna práca nemá na Slovensku dlhodobú tradíciu. Začiatky kreovania samostatného odboru datujeme od roku 1992, kedy vznikla samostatná katedra sociálnej práce na

Pedagogickej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave. Slovensko v priebehu ďalšie vývoja vo vzdelávaní išlo svojou špecifickou cestou najmä tým, že na rozdiel od iných krajín ignorovalo štúdium sociálnej práce v systéme vyššieho odborného školstva.

Postupne sa kreoval študijný odbor na vysokých školách a univerzitách pri rôznych fakultách napr. filozofickej, pedagogickej, fakulte zdravotníctva a sociálnej práce. Záujem o štúdium prevyšoval možnosti, ktoré poskytovali verejné vysoké školy a tak sa postupne zabezpečilo vzdelávanie v odbore sociálna práca aj na súkromných vysokých školách. Tento predpoklad umožnil prístup k štúdiu uchádzačom, ktorí pracovali v sociálnom sektore, ale aj tým, ktorí boli zamestnancami napríklad rezortov školstva, vnútra, spravodlivosti, ale aj zdravotníctva. Všade tam, bolo možné hľadať uplatnenie a využiť zameranie v študijnom odbore. Zvýšenému záujmu o štúdium najmä v sektore štátnej správy prispel aj zákon o štátnej službe, ktorý vyžadoval na pozície v štátnozamestnaneckom pomere a v zamestnaneckom pomere vo verejnom záujme vysokoškolské vzdelanie najmä druhého stupňa, pričom išlo o požiadavku stupňa vzdelania a nie zameranie odbornosti (táto požiadavka bola žiaľ takto vymedzená aj v katalógoch pracovných činností). Aj tento fakt prispel k **vysokým počtom absolventov sociálnej práce na Slovensku.**

Sprievodným javom akcelerácie vo vysokoškolskom vzdelávaní bolo taktiež skvalitňovanie obsahu vzdelávania, vytvorenie minimálnych obsahových štandardov, vymedzovanie študijného odboru voči ostatným spoločenskovedným disciplinám, precizovanie teórie sociálnej práce, metód sociálnej práce a ich aplikovanie do konkrétnych činností v práci sociálneho pracovníka. Tento proces viedol k výraznému **posilneniu sociálnej práce ako samostatnej spoločenskovednej disciplíny a samostatnej profesijnej odbornej činnosti.**

Vysoké počty absolventov a postupné kreovanie odboru sociálna práca si vyžadovalo potrebu legislatívnych predpokladov pre výkon jednotlivých činností v oblasti sociálnej práce čo sa čiastočne podarilo v zákone o sociálnoprávnej ochrane v roku 2005 v ktorom je stanovená požiadavka ukončeného vysokoškolského vzdelania druhého stupňa v odbore sociálna práca na výkon činností v oblasti sociálnoprávnej ochrany a sociálnej kurately. Tento ojedinelý posun v uplatnení absolventov sociálnej práce však neriešil ďalšie pracovné pozície sociálnych pracovníkov, navyše neexistoval tlak samotných profesionálov, nakoľko na Slovensku doteraz absentuje činnosť profesijnej organizácie sociálnych pracovníkov. Taktiež rezort práce nemal vytvorený ucelený systém celoživotného vzdelávania sociálnych pracovníkov v rámci zabezpečenia

postupnej graduácie odbornosti a vytvárania možností pre špecializácie v tomto odbore.

Na základe týchto skutočností sa vytvorila postupne platforma na diskusiu medzi Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny SR (ďalej len MPSVaR) a vzdelávateľmi v sociálnej práci, ktorí vnímali potrebu zabezpečenia kompetencie pre výkon činností sociálnej práce odborníkmi – profesionálmi, ktorí sú absolventi sociálnej práce. Prvé diskusie sa uskutočnili pod gesciou MPSVaR v roku 2011, významným aktom bolo **prijatie formulácie „Zabezpečiť vytvorenie podmienok pre profesionalizáciu sociálnej práce“ v Programovom vyhlásení Vlády SR v roku 2012.** Týmto bola prezentovaná aj politická vôľa uskutočniť zásadné zmeny v uplatnení sociálnych pracovníkov na trhu práce, zabezpečiť posilnenie statusu sociálneho pracovníka, vytvoriť podmienky pre celoživotné vzdelávanie a odbornú graduáciu a zároveň kreovať profesijnú organizáciu na princípe profesijnej komory.

Tieto snahy boli zavŕšené prijatím zákona NR SR 219/2014 Z.z. dňa 9.7.2014 pod názvom: **„Zákon o sociálnej práci a o podmienkach výkonu niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny“** (ďalej len zákon o SP).

V čom konkrétne môžeme vidieť pozitívne zmeny a čo prináša prijatie tohto zákona?

Predovšetkým ide o vymedzenie podmienok na výkon sociálnej práce v rámci odbornej spôsobilosti, čo znamená, že sociálnu prácu môže vykonávať absolvent odboru sociálna práca s ukončeným vysokoškolským vzdelaním druhého stupňa (pričom sa ale rešpektuje princíp zamedzenia retroaktivity, čo v praxi znamená, že absolventi, ktorí vykonávajú činnosti sociálnej práce a majú ukončené vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa v inom študijnom odbore môžu túto činnosť vykonávať aj naďalej ale nemôžu používať profesijný titul „sociálny pracovník“). Absolventi prvého stupňa vysokoškolského štúdia v odbore sociálna práca sa stávajú asistentmi sociálnej práce. Zákon o SP taktiež umožňuje vykonávať činnosti sociálnej práce prostredníctvom výkonu samostatnej praxe sociálneho pracovníka, pričom povolenie na výkon tejto činnosti po splnení zákonných podmienok vydáva komora sociálnych pracovníkov.

Zákon o SP taktiež **vytvára priestor pre celoživotné vzdelávanie** a to prostredníctvom absolvovania akreditovaného špecializačného vzdelávacieho programu, ktorý bude ustanovený pre príslušný špecializovaný odbor sociálnej práce. Sústavu týchto špecializovaných odborov sociálnej práce ustanoví Vláda Slovenskej republiky svojim nariadením. Súčasťou

celoživotného vzdelávania je aj vzdelávanie pre výkon niektorých „nastavbových odborných činností“ v oblasti sociálnych vecí a rodiny, spôsobilosť pre výkon týchto nastavbových odborných činností bude podmienená absolvovaním príslušného akreditovaného vzdelávacieho programu. Dohliadať na kvalitu vzdelávacích programov v zmysle obsahu, lektorského tímu, odborného garanta, ako aj technických podmienok na vzdelávanie bude akreditačná komisia MPSVaR, ktorú bude menovať minister.

V svojej druhej časti **zákon o SP pojednáva o zriadení komory sociálnych pracovníkov**, ako profesijnej organizácie. Komora je právnickou osobou, ktorá združuje na princípe dobrovoľnosti sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce. Členstvo v komore je dobrovoľné, podmienkou je odborná spôsobilosť pre výkon sociálnej práce, samotné vykonávanie sociálnej práce a žiadosť o zápis do komory. K povinnému členstvu v komore sa viedla diskusia od samotného začiatku pri spracovaní zákona o SP. Predpokladalo sa povinné členstvo v komore pre sociálnych pracovníkov, ktorí vykonávajú činnosti sociálnej práce ako výkon samostatnej praxe. Na parlamentnej úrovni však bol tento návrh zamietnutý a zdôvodňovaný problémami s povinným členstvom napríklad v komore zdravotných sestier. Navyše podľa môjho názoru by mohlo ísť aj o obavy z vysokého tlaku takto organizovaných sociálnych pracovníkov voči niektorým sociálnopolitickým témam, alebo samotnému tlaku na požiadavky sociálnych pracovníkov, ktoré sú v tomto období opodstatnené a to sú najmä požiadavky súvisiace s nízkym platovým ohodnotením v štátnej správe, alebo subjektoch sociálnych služieb, ktorých zriaďovateľmi sú samosprávy miest a obcí alebo samosprávne kraje. Akademická obec v súvislosti s členstvom v komore nemala pre spracovateľov zákona zásadné pripomienky, zaujala v tomto smere skôr neutrálny postoj. Komora umožňuje priznať fyzickej osobe postavenie hosťujúceho člena komory alebo čestného člena komory. Orgánmi komory sú snem komory ako najvyšší orgán, predstavenstvo komory, dozorná rada komory, profesijná rada a disciplinárna rada komory. Členom profesijnej rady komory môže byť aj hosťujúci člen komory, ale nemôže byť zvolený za predsedu alebo podpredsedu profesijnej rady. Profesijná rada okrem iného vydáva etický kódex, odporúča a napomáha podpore skvalitňovania sústavného vzdelávania v oblasti sociálnej práce, podáva návrh na disciplinárne konanie voči členovi komory, navrhuje zástupcov komory do akreditačnej komisie MPSVaR pre oblasť vzdelávania. Komora okrem iného chráni záujmy a práva svojich členov, vedie zoznam svojich členov, vydáva povolenia na výkon samostatnej praxe sociálneho pracovníka, vydáva stanoviská k etickým otázkam výkonu sociálnej práce, koná vo veciach



návrhov, podnetov a sťažností svojich členov. Zákon o SP v tejto časti tiež prechodnými a záverečnými ustanoveniami vymedzuje postup pre začatie činnosti komory a kreovanie prípravného výboru a členskej základne. Komora sociálnych pracovníkov je teda realitou, naplnili sa dlhoročné túžby a očakávania mnohých sociálnych pracovníkov, ktorí mali prirodzenú potrebu identifikovať sa so svojou profesiou prostredníctvom stavovskej organizácie.

### **ZÁVER**

Prijatie zákona o SP je dôležitým medzníkom pri zabezpečovaní profesionality sociálnych pracovníkov, je obrovským posunom v potvrdzovaní sociálnej práce ako samostatnej profesie a spoločenskovednej disciplíny. Treba si uvedomiť, že pre iniciátorov zákona, odborníkov z praxe a vzdelávateľov v sociálnej práci sa vytvára priestor pre nevyhnutnú spoluprácu. Máme šancu dať študijnému odboru a profesie sociálnej práce zároveň, legitímne postavenie v rámci spoločenskovedných disciplín v oblasti teórie a najmä odbornej praxe. Bolo by veľmi zlé keby sa vo vzájomnej kooperácii zainteresovaných táto šanca nevyužila.

# POSTOJ ŠTUDENTOV ZDRAVOTNÍCKYCH ODBOROV K ÚCTE K ŽIVOTU

---

## HEALTH CARE PROFESIONS STUDENTS' ATTITUDES TO RESPECT FOR LIFE

<sup>1</sup> *Simočková Viera* - <sup>2</sup> *Zamboriová Mária*

<sup>1</sup> Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku

<sup>2</sup> Ústav ošetrovateľstva Lekárskej fakulty UPJŠ v Košiciach

### ABSTRAKT

Názory súčasnej spoločnosti na úctu k životu v jeho jednotlivých štádiách sa rôznia. Kontroverzné sú najmä zmýšľania na vznik a koniec ľudského života. V realizovanom prieskume sme sa zamerali na postoj študentov zdravotníckych odborov k vzniku života. Názory študentov sme zisťovali pomocou neštandardizovaného dotazníka.

**KLÚČOVÉ SLOVÁ:** Úcta k životu. Študenti. Zdravotníctvo.

### ABSTRACT

Views of contemporary society to respect for life vary in its various stages. Controversial are mainly thinking on the origin and end of human life. In our realized survey, we focused on the attitude to the beginning of life. The students of health care professions were asked. We investigated students' views by using non-standardized questionnaire.

**KEYWORDS:** Respect for life. Students. Health care.

### ÚVOD

Na začiatku 21. storočia stojí ľudstvo pred veľmi vážnym problémom, ktorý sa prejavuje nedostatkom úcty k životu. Názory súčasnej spoločnosti na úctu k životu v jeho jednotlivých štádiách sa rôznia. Kontroverzné sú najmä zmýšľania na vznik a koniec ľudského života, teda úcta voči životu od prirodzeného počatia až po smrť. Takýto postoj spoločnosti ohrozuje dôstojnosť ľudskej osoby a hodnotu ľudského života. Dochádza k úpadku kultúry, ba niektoré významné osobnosti tejto doby napr. pápež sv. Ján Pavol II. to prirovnávajú až ku kultúre smrti. Sv. Ján Pavol II. v encyklike *Evangelium vitae* (*Evanjelium života*) zdôrazňuje, že právo na život je neodhateľné.

Podobný názor zdieľa i nemecký lekár Albert Schweitzer, ktorý je známy svojou filozofickou prácou „Úcta k životu“. Jeho meno je spojené

hlavne s nemocnicou Lambaréné v Afrike, ktorú založil v roku 1913 a v ktorej pôsobil až do svojej smrti v roku 1965. Jeho celoživotným krédom bola úcta k životu v každej jeho fáze. V roku 1952 bola Albertovi Schweitzerovi udelená Nobelova cena za mier.

V Etickom kódexe zdravotníckych pracovníkov (príloha č. 4 zákona NR SR č. 578/2004 Z. z.) sa v 1. bode hovorí: „Stavovskou povinnosťou zdravotníckeho pracovníka je profesionálna starostlivosť o zdravie jednotlivca a spoločnosti v súlade so zásadami ľudskosti, v duchu úcty k ľudskému životu od jeho počiatku až do konca s rešpektovaním dôstojnosti ľudského jedinca.“ Ľudský život je teda hodný ochrany už od počatia a nemáme morálne právo ukončiť život resp. ináč svojvoľne nakladať s ľudským zárodkom a plodom za žiadnych okolností. Toto právo je zakotvené aj v Ústave Slovenskej republiky v článku 15, v ktorom sa hovorí: „Každý má právo na život. Ľudský život je hodný ochrany už pred narodením. Nikto nesmie byť pozbavený života“ (Ústava SR, článok 15).

K porušovaniu tohto práva dochádza predovšetkým oblasti umelého ukončenia tehotenstva. Legalizovanie interrupcii v našom štáte je od roku 1957. Od roku 1986 došlo k novelizácii interrupčného zákona (Zákon č. 73/1986). Podľa tejto novely sa úplne liberalizovalo vykonávanie umelých potratov. Uvedený zákon vychádza z filozofie, že žena má právo sa rozhodnúť, či si dieťa ponechá alebo nie.

V súčasnej spoločnosti existujú dva protichodné názory: pro-life (za život) a pro-choice (za možnosť voľby). Stúpenci hnutia pro-life zastávajú názor, že ľudský život je hodný ochrany za všetkých okolností. Ľudský život vzniká v okamihu počatia a končí prirodzenou smrťou, preto ochrana ľudského života trvá od počatia až po prirodzenú smrť. Právo ešte nenarodeného dieťaťa je potrebné chrániť. Interrupcia sa považuje za vraždu. Tento názor zastáva aj väčšina náboženstiev. Kresťanské cirkvi odmietajú umelé ukončenie tehotenstva v každej fáze, lebo život je dar od Boha a človek nemá právo ukončiť ho. Hnutie pro-choice je za kompromis medzi právom plodu a právom ženy slobodne sa rozhodnúť o svojom tehotenstve (Simočková, 2011).

Podľa súčasne platnej vyhlášky 417/2009 Z. z. je lekár je povinný ženu informovať o rizikách spojených s umelým ukončením tehotenstva. Týka sa to telesných, ale hlavne psychických problémov známych ako postabortívny syndróm, ktoré môžu poznačiť ženu na celý život.

## CIELE PRÁCE

Schweitzerova úcta k životu nás priviedla na myšlienku skúmať stanovisko študentov zdravotníckych odborov v 21. storočí k úcte voči ľudskému životu. Cieľom práce bolo zistiť postoje študentov k vznikajúcemu životu a k jeho predčasnému ukončeniu interrupciou.

## SÚBOR, METODIKA

K zisťovaniu postojov študentov sme použili neštandardizovaný dotazník, v ktorom sme formulovali jednotlivé tvrdenia zamerané na úctu k začínajúcemu životu a jeho predčasnému ukončeniu interrupciou. Na zadané tvrdenia v dotazníku študenti odpovedali pomocou štvorstupňovej škály 1 – *súhlasím*, 2 – *skôr súhlasím*, 3 – *skôr nesúhlasím*, 4 – *nesúhlasím*. Výsledky boli štatisticky spracované pomocou deskriptívnej štatistiky. Uvádzame ich v časti výsledky.

Skúmaný súbor tvorili študenti zdravotníckych odborov. Dotazníky boli rozdane študentom na troch vysokých školách: na Fakulte zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, na Lekárskej fakulte UPJŠ v Košiciach a na Vysokej škole zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. Z 300 rozdanych dotazníkov sa vrátilo 264, čo predstavuje 88 % návratnosť. Ženské pohlavie predstavovalo 94 % respondentov, 6 % mužské pohlavie. Zisťovali sme, či sú respondenti rodičmi. Rodičmi bolo 21 % respondentov, 79 % uviedlo, že rodičmi nie sú. Charakteristika súboru respondentov podľa veku je uvedená v tabuľke 1.

## VÝSLEDKY

Tabuľka 1 Charakteristika súboru respondentov podľa veku

Štatistické ukazovatele	Vek
Priemer	25
Medián	22
Modus	21
Minimum	18
Maximum	50
Smerodajná odchýlka	6,6

Tabuľka 2 Štatistické ukazovatele respondentov s tvrdením: *Ludský život treba chrániť od prvých momentov počatia*

Štatistické ukazovatele	
Priemer	1,1
Medián	1
Modus	1
Smerodajná odchýlka	0,4

Graf 1 Miera súhlasu respondentov s tvrdením: *Ludský život treba chrániť od prvých momentov počatia*



Intenzita postojov respondentov s tvrdením: *Ludský život treba chrániť od prvých momentov počatia* je 1 – súhlasím.

Tabuľka 3 Štatistické ukazovatele respondentov s tvrdením: *Nežiaduce tehotenstvo je dôvodom pre umelý potrat*

Štatistické ukazovatele	
Priemer	3,2
Medián	3
Modus	4
Smerodajná odchýlka	1

*Tabuľka 4 Miera súhlasu respondentov s tvrdením: Nežiaduce tehotenstvo je dôvodom pre umelý potrat*

<b>Škálová stupnica</b>	<b>Absolútny počet</b>	<b>Percentuálny počet</b>
Súhlasím	22	8 %
Skôr súhlasím	40	15 %
Skôr nesúhlasím	74	28 %
Nesúhlasím	128	49 %
Spolu	264	100 %

Intenzita postojov respondentov s výrokom: Nežiaduce tehotenstvo je dôvodom pre umelý potrat je 3 – skôr nesúhlasím.

*Tabuľka 5 Štatistické ukazovatele respondentov s tvrdením: Poznám negatívne následky interrupcie na zdravie ženy*

<b>Štatistické ukazovatele</b>	
Priemer	2,5
Medián	3
Modus	2
Smerodajná odchýlka	1

*Tabuľka 6 Miera súhlasu respondentov s tvrdením: Poznám negatívne následky interrupcie na zdravie ženy*

<b>Škálová stupnica</b>	<b>Absolútny počet</b>	<b>Percentuálny počet</b>
Súhlasím	41	16 %
Skôr súhlasím	90	34 %
Skôr nesúhlasím	87	33 %
Nesúhlasím	46	17 %
Spolu	264	100 %

Intenzita postojov respondentov s výrokom: Poznám negatívne následky interrupcie na zdravie ženy je 3 – skôr nesúhlasím.

*Tabuľka 7 Štatistické ukazovatele respondentov s tvrdením: Žena má právo sama rozhodnúť o osude počatého dieťaťa*

<b>Štatistické ukazovatele</b>	
Priemer	2,1
Medián	2
Modus	1
Smerodajná odchýlka	1,2

*Tabuľka 8 Miera súhlasu respondentov s tvrdením: Žena má právo sama rozhodnúť o osude počatého dieťaťa*

<b>Škálová stupnica</b>	<b>Absolútny počet</b>	<b>Percentuálny počet</b>
Súhlasím	112	42 %
Skôr súhlasím	58	22 %
Skôr nesúhlasím	46	17 %
Nesúhlasím	51	19 %
Spolu	264	100 %

Intenzita postojov respondentov s výrokom: Žena má právo sama rozhodnúť o osude počatého dieťaťa je 2 – skôr súhlasím.

*Tabuľka 9 Štatistické ukazovatele respondentov s tvrdením: O osude počatého dieťaťa by mali rozhodovať obidvaja partneri*

<b>Štatistické ukazovatele</b>	
Priemer	1,6
Medián	1
Modus	1
Smerodajná odchýlka	0,9

*Tabuľka 10 Miera súhlasu respondentov s tvrdením: O osude počatého dieťaťa by mali rozhodovať obidvaja partneri*

<b>Škálová stupnica</b>	<b>Absolútny počet</b>	<b>Percentuálny počet</b>
Súhlasím	167	63 %
Skôr súhlasím	62	24 %
Skôr nesúhlasím	13	5 %
Nesúhlasím	22	8 %
Spolu	264	100 %

Intenzita postojov respondentov s výrokom: O osude počatého dieťaťa by mali rozhodovať obidvaja partneri je 2 – skôr súhlasím.

*Tabuľka 11 Štatistické ukazovatele respondentov s tvrdením: V prípade nežiaducej tehotnosti by som podstúpila interrupciu*

Štatistické ukazovatele	
Priemer	3,1
Medián	3
Modus	4
Smerodajná odchýlka	1

*Tabuľka 12 Miera súhlasu respondentov s tvrdením: V prípade nežiaducej tehotnosti by som podstúpila interrupciu*

Škálová stupnica	Absolútny počet	Percentuálny počet
Súhlasím	33	12 %
Skôr súhlasím	29	11 %
Skôr nesúhlasím	71	27 %
Nesúhlasím	131	50 %
Spolu	264	100 %

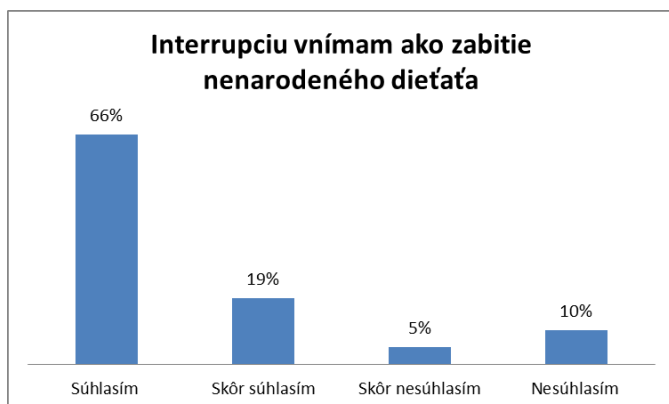
Intenzita postojov respondentov s výrokom: V prípade nežiaducej tehotnosti by som podstúpila interrupciu je 3 – skôr nesúhlasím.

*Tabuľka 13 Štatistické ukazovatele respondentov s tvrdením: Interrupciu vnímam ako zabitie nenarodeného dieťaťa*

Štatistické ukazovatele	
Priemer	1,6
Medián	1
Modus	1
Smerodajná odchýlka	1



Graf 2 Miera súhlasu respondentov s tvrdením: Interrupciu vnímam ako zabitie nenarodeného dieťaťa



Intenzita postojov respondentov s výrokom: Interrupciu vnímam ako zabitie nenarodeného dieťaťa je 2 – skôr súhlasím.

## DISKUSIA

Podľa Heřmanovej et al. (2012) pre zdravotníkov vyvstáva dôležitá otázka, prečo sa právo na ľudskú dôstojnosť prisudzuje i tomu, kto ešte nie je morálnym činiteľom napr. plod, dieťa, alebo kto ním už nie je napr. duševne chorý človek, starý človek s pokročilou demenciou. Aristoteles uvádza, že veci či bytosti môžu byť v možnosti alebo v uskutočnení. Z toho vyplýva, že plodom a deťom prisudzujeme ľudskú dôstojnosť, pretože sú ľuďmi v možnosti, môžu z nich vyrásť plnoprávni ľudia. Človeku, ktorý už stráca ľudské atribúty, patrí tiež rešpekt k jeho ľudskej dôstojnosti, pretože plnohodnotným človekom bol.

Umelé ukončenie tehotenstva predstavuje inhibičný zásah do ľudskej reprodukcie, ktorý bezprostredne súvisí s problematikou ochrany života embrya alebo plodu. Ide o zásah do telesnej integrity počatého a doposiaľ nenarodeného dieťaťa vedúci k jeho likvidácii, z čoho vyplývajú nesmierne zložité otázky v rovine mravnej, etickej, spoločenskej a aj právnej (Vlček, Hruběšová, 2007).

Kresťanská tradícia vychádza z toho, že každému človeku prislúcha dôstojnosť preto, že je stvorený Bohom k božiemu obrazu. Každý človek je teda principiálne nedotknuteľný. Prenesené do medicínskej praxe, už ľudskému embryu prislúcha dôstojnosť.

Podľa Vendla (2005) tí, ktorí sú presvedčení, že plod nie je ľudskou bytosťou, zastávajú názor, že interrupcia je morálne prípustná pre dobro

matky za predpokladu, že plod je ušetrený akejkoľvek zbytočnej bolesti. Na druhej strane, tí, ktorí z toho alebo onoho dôvodu veria v posvätnosť ľudského života od počatia, sú absolútne proti interrupciám bez ohľadu na akúkoľvek prípadnú závažnú abnormalitu plodu.

## ZÁVER

Analýza tejto vážnej témy má viacero rozmerov – filozofický, etický, psychologický, medicínsky, ošetrovateľský, právny, politický ... V našom príspevku sa snažíme prezentovať názory študentov zdravotníckych odborov. Situácia je o to závažnejšia, že cieľom pôrodnictva je zachovávať zdravie a privádzať na svet nový život. Pokiaľ hovoríme o potratoch, ide vždy o to, že nejaký život je zmarený, zničený. Podľa Aristotela „etika je umenie žiť“, teda robiť komplikované rozhodnutia v okamihu a v zásade správne. Mnoho ľudí prechováva prehnanú úctu k hodnotám a veciam ako je napr. šport, politika, umenie, zvieratá. Hodnota ľudského života by však mala byť u každého človeka na samom vrchole hodnotového rebríčka, o to viac u zdravotníkov. U zdravotníckych pracovníkov by malo byť povinnosťou zachovávanie a podporovanie života v ktorejkoľvek jeho rovine a vzdávanie najvyššej úcty k ľudskému životu.

## ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- HEŘMANOVÁ, J. et al. 2012. *Etika v ošetrovateľskej praxi*. Praha : Grada, 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-8337-6.
- RUCKI, Š. 2009. Úcta k životu. [online]. [cit. 2015-07-04]. Dostupné na internete: <<http://www.skzcr.cz/ucta-k-zivotu>>.
- SIMOČKOVÁ, V. 2011. *Gynekologicko-pôrodnické ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 2011. 216 s. ISBN 978-80-8063-362-2.
- VENDEL, Š. 2005. Interrupcia – analýza morálneho sporu. In *Filozofia*. 2005, roč. 60, č. 1, s. 47. [online]. [cit. 2015-10-21]. Dostupné na internete: <<http://www.klemens.sav.sk/fiusav/doc/filozofia/2005/1/33-51.pdf>>.
- VLČEK, R., HRUBEŠOVÁ, Z. 2007. *Zdravotnícke právo*. Bratislava: Epos, 2007. 319 s. ISBN 978-80-8057-705-6.
- Vyhľadka Ministerstva zdravotníctva SR č. 417/2009 Z. z.*, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o informáciách poskytovaných žene a hlásenia o poskytnutí informácií, vzor písomných informácií a určuje sa organizácia zodpovedná za prijímanie a vyhodnocovanie hlásenia.
- Zákon č. 73/1986 Zb.* o umelom prerušení tehotenstva.
- Zákon č. 578/2004 Z. z.* o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších zmien a doplnkov.

**ALTERNATÍVNE KOMUNITNÉ SLUŽBY  
PRE ĽUDÍ S ŤZP V MESTE NITRA****ALTERNATE COMMUNITY SERVICES  
FOR PHYSICALLY HANDICAPPED PEOPLE IN NITRA**

<sup>1</sup> Šimonová Veronika - <sup>2</sup> Morávková Silvia – <sup>3</sup> Tvrdoň Miroslav

<sup>1,3</sup> Katedra sociálnej práce a sociálnych vied Fakulty sociálnych vied  
a zdravotníctva UKF v Nitre

<sup>2</sup> t. č. rodičovská dovolenka

**ABSTRAKT**

Cieľom nášho príspevku je analyzovať aktuálnu situáciu deinštitucionalizácie v meste Nitra. Zamerali sme sa na sieť existujúcich alternatívnych komunitných služieb pre obyvateľov s ťažkým zdravotným postihnutím v meste Nitra. Deinštitucionalizácia je jednou z priorit tak Nitrianskeho samosprávneho kraja ako aj mesta Nitra a je ukotvená v strategických dokumentoch ako Konceptcia rozvoja sociálnych služieb v regióne Nitrianskeho samosprávneho kraja na roky 2012 - 2017 a taktiež v jednotlivých dokumentoch Programu hospodárskeho a sociálneho rozvoja mesta Nitry.

**KLÚČOVÉ SLOVÁ:** Deinštitucionalizácia. Osoby s ťažkým zdravotným postihnutím. Komunita. Alternatívne služby. Mesto Nitra.

**ABSTRACT**

The aim of our contribution is to analyse current situation of de-institutionalisation in town Nitra. We focused on a network of already existing alternative community services for physically handicapped citizens of Nitra. De-institutionalisation belongs to the tasks of high priority of town Nitra and also of whole self-governing Nitra district. It is rooted in the strategic documents as “Konceptcia rozvoja sociálnych služieb v regióne Nitrianskeho samosprávneho kraja na roky 2012 – 2017” (Conception of social services development in Nitra district in years 2012 – 2017) and also in documents of economic and social development of Nitra.

**KEY WORDS:** De-institutionalisation. Physically handicapped people. Community. Alternative services. Town Nitra.

## ÚVOD

Deinštitucionalizácia sociálnych služieb je jedným z prierezových princípov Národných priorít ale aj priorít Európskeho spoločenstva.

Slovenská republika sa pripojila k celosvetovému trendu systematického odstraňovania dôsledkov modelu inštitucionálnej izolácie a segregácie ľudí vyžadujúcich dlhodobú pomoc a starostlivosť v špecializovaných zariadeniach koncom roka 2011. Takáto zmena modelu je jedným z cieľov súčasnej politiky Európskej únie v oblasti sociálnej inklúzie a zdravotného postihnutia a je súčasťou záväzkov Slovenskej republiky v medzinárodnej ľudsko-právnej agende. Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky schválilo 14. decembra 2011 Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012 – 2015. Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny uverejnilo na svojej internetovej stránke Stratégiu deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike a tiež Národný akčný plán deinštitucionalizácie (Deinštitucionalizácia sociálnych služieb, 2011, s. 1). V dokumente uvádzajú, že zámerom deinštitucionalizácie je vytvorenie a zabezpečenie podmienok pre nezávislý a slobodný život všetkých občanov odkázaných na pomoc spoločnosti v prirodzenom sociálnom prostredí komunity. Docieli sa to prostredníctvom komplexu kvalitných alternatívnych služieb vo verejnom záujme, ktoré im umožnia slobodný a nezávislý spôsob života s podporou komunity, odborníkov, členov rodiny a dobrovoľníkov.

V našom príspevku vychádzame zo Stratégie deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb ako uvádza Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny (Stratégia deinštitucionalizácie, 2011, s. 17-18), kde predpokladá okrem úplného zatvorenia a zrušenia inštitucionálnych služieb starostlivosti, zároveň vytvorenie, rozvoj a podporu efektívnej siete nových alebo existujúcich alternatívnych komunitných služieb pre obyvateľov daného územného spoločenstva. Základným cieľom DEI v Slovenskej republike je vytvorenie a zabezpečenie podmienok pre nezávislý život všetkých občanov, odkázaných na pomoc spoločnosti, v prirodzenom sociálnom prostredí komunity prostredníctvom komplexu kvalitných alternatívnych služieb vo verejnom záujme. Podľa Zákona o sociálnych službách má fyzická osoba právo na poskytovanie sociálnej služby, ktorá svojim rozsahom, formou a spôsobom poskytovania umožňuje realizovať jej základné ľudské práva a slobody, zachováva jej ľudskú dôstojnosť, aktivizuje ju k posilneniu sebastačnosti, zabraňuje jej sociálnemu vylúčeniu a podporuje jej začlenenie do spoločnosti.

Deinštitucionalizácia je proces prechodu od inštitucionálnej starostlivosti ku komunitným službám, ktoré zabezpečujú jednotlivcovi nezávislý život, aktivitu a sociálnu participáciu - účasť občana na živote spoločnosti, tým, že ponúka široké spektrum služieb poskytovaných na úrovni komunity, rešpektujúc pri tom princípy výberu a rozhodovania. Dlhodobým cieľom prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť je: zabezpečiť dostupnosť komunitných služieb a opatrení vykonávaných na úrovni komunity, t.j. vytvoriť podmienky na život v prirodzenom sociálnom prostredí zabezpečiť individualizáciu uspokojovania všetkých potrieb pre prijímateľov sociálnych služieb.

Služby komunitného typu vymedzuje Zákon o sociálnych službách 448/2088 Z.z.:

- opatrovateľská služba (typická služba v domácnosti užívateľa služieb),
- prepravná služba,
- sprievodcovská služba a predčitateľská služba,
- tlmočnická služba,
- sprostredkovanie tlmočnickej služby,
- sprostredkovanie osobnej asistencie,
- požičiavanie pomôcok.

Za sociálne služby s použitím telekomunikačných technológií sa považujú:

1. monitorovanie a signalizácia potreby pomoci,
2. krízová pomoc poskytovaná prostredníctvom telekomunikačných technológií.

Sú to služby, ktoré môžu podporiť život občanov v ich prirodzenom prostredí.

Holúbková a Ďurana (2013, s. 10-11) vo svojej publikácii uvádzajú, že osobitnou skupinou sociálnych služieb sú podporné služby:

1. odľahčovacia služba,
2. pomoc pri zabezpečení opatrovníckych práv a povinností,
3. poskytovanie sociálnej služby v dennom centre,
4. poskytovanie sociálnej služby v integračnom centre,
5. poskytovanie sociálnej služby v jedálni,
6. poskytovanie sociálnej služby v práci,
7. poskytovanie sociálnej služby v stredisku osobnej hygieny.

Tieto služby patria tiež medzi komunitné služby a podporujú zotrvávanie občanov v ich prirodzenom prostredí, len nie sú dostatočne rozvinu-

té, aby pokryli potreby všetkých občanov a boli cenovo dostupné pre všetkých.

Nitriansky samosprávny kraj vo svojej koncepcii rozvoja sociálnych služieb v regióne Nitrianskeho samosprávneho kraja na roky 2012 – 2017 (2011, s. 23-24) píše tiež o deinštitucionalizácii a humanizácii v oblasti poskytovania sociálnych služieb.

Podľa vyjadrenia Výboru OSN pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva má každý právo na prístup a prospech z takých zdravotníckych a sociálnych služieb, ktoré umožňujú osobám so zdravotným postihnutím byť nezávislým a podporujú prevenciu zdravotného postihnutia a ich sociálnu integráciu. Ďalej zdôrazňuje záväzok zmluvných strán zaistiť dostupnosť podporných služieb vrátane asistenčných zariadení, ktoré osobám so zdravotným postihnutím pomôžu zvýšiť mieru nezávislosti v každodennom živote a pri uplatňovaní svojich práv. Oblasť sociálnych služieb je upravená najmä zákonom č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Z. z. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov, ktorý kladie dôraz na uspokojovanie individuálnych potrieb prijímateľov sociálnych služieb, poskytovanie sociálnych služieb na základe individuálneho rozvojového plánu a preferenciu prirodzeného domáceho prostredia pri poskytovaní sociálnych služieb. Ďalej stanovuje komunitné plánovanie ako nástroj koordinácie a rozvoja sociálnych služieb na určitom území. Podľa § 13 ods. 6 má poskytovanie terénnej a ambulantnej sociálnej služby prednosť pred pobytovou sociálnou službou. Vyvíja sa tak snaha dosiahnuť rovnováhu medzi prírannými zdravotne znevýhodnených ľudí a zodpovednosťou spoločnosti za ich starostlivosť. Ľuďom so zdravotným znevýhodnením to umožňuje žiť život ako si oni sami predstavujú, ale s podporou a ochranou, ktorú potrebujú. Európska komisia upozorňuje na nový systém poskytovania sociálnych služieb – zabezpečiť služby v prirodzenom rodinnom prostredí alebo na princípe komunitných sociálnych služieb. V rámci komunity je potrebné budovať rozsah dostupných služieb vysokej kvality tak, aby sa dodržiavali všetky medzinárodné a národné dohovory a legislatívne predpisy pre dodržiavanie ľudských práv. Veľký dôraz sa kladie na nový prístup ku klientovi formou individuálneho plánovania sociálnej práce s klientom s prihliadnutím na jeho potreby, schopnosti.

Celosvetovým trendom, ktorý je výrazne podporený potrebami sociálne odkázaných občanov, je rozširovanie terénnych a ambulantných služieb, najmenej zasahujúcich do intimity človeka a umožňujúcich jeho zotrvanie v domácom prostredí. Znamená to odklon od rozsiahleho budovania inštitucionálnej starostlivosti a podporu investícií na rozvoj terénnych a ambulantných služieb. Dôležité je začlenenie do pracovného živo-

ta na základe zmluvného vzťahu so zamestnávateľom, práca na chránenom pracovisku alebo v chránenej dielni.

V koncepcii rozvoja sociálnych služieb v Nitrianskom regióne (2011, s. 27) je uvedené, že existujúce kapacity v zariadeniach podporovaného bývania a v rehabilitačných strediskách v kraji nie sú dostatočné. V zmysle Uznesenia č.101/2011 prijatého na 15. riadnom zasadnutí Zastupiteľstva NSK konaného dňa 30.05.2011, kde chce NSK podporiť vznik a vytváranie nových kapacít zariadení podporovaného bývania a rehabilitačných stredísk. Jeho cieľom je prispieť tak k zvýšeniu kvality sociálnych služieb, osvetu o možnosti takýchto služieb a zabezpečiť miestnu dostupnosť vzhľadom na požiadavky občanov. Nitriansky samosprávny kraj chce navrhnúť a postupne zavádzať komplex podporných sociálnych služieb. Uvádza tiež Priority rozvoja v oblasti poskytovania sociálnych služieb, ktoré boli určené na základe potrieb obyvateľov, ktoré vyplývajú z empirického výskumu (Koncepcia rozvoja, 2011 s. 59) a to napr.: Dobudovanie systému nových druhov sociálnych služieb, Podpora špecializovaných zariadení sociálnych služieb pre deti aj dospelých s psychiatrickými diagnózami, Podpora denných stacionárov v NSK ako odozva na potrebu ambulantných sociálnych služieb, Podpora ZSS s týždenným pobytom, Podpora terénnych sociálnych služieb cez podporu sociálnych programov, Podpora vzniku rehabilitačných stredísk a zariadení podporovaného bývania, Vytvorenie kancelárie prvého kontaktu pre občanov NSK – ako záchytný bod pre základné poradenstvo, Vzdelávanie zamestnancov v oblasti poskytovania sociálnych služieb, Spolupráca s mestami a obcami, s poskytovateľmi sociálnych služieb, Vytváranie podmienok pre implementáciu štandardov kvality v oblasti sociálnych služieb, Podpora dobrovoľníctva v NSK.

Holúbková a Ďurana (2013, s. 23-24) vo svojej publikácii uvádzajú oblasti, v ktorých sú na Slovensku v prípade poskytovania sociálnych služieb veľké rezervy:

- Je dôležité, aby mestá a obce mali primárnu zodpovednosť za poskytovanie sociálnych služieb v komunite všetkým miestnym obyvateľom, ktorí sú na to odkázaní. V oblasti rozvoja komunitnej práce bude potrebné podporiť prácu terénnych sociálnych pracovníkov v obciach a v mestách, kde bude základ komunitných služieb.
- Na Slovensku doposiaľ chýba dostatočná sieť *centier včasnej intervencie*, ktoré by mohli poskytnúť rodičom a ich deťom so zdravotným postihnutím najdôležitejšie informácie a podporu

pre život dieťaťa v rodine a aby rodičia vedeli, ako správne stimulovať vývoj svojho dieťaťa s postihnutím. Minimálne vo všetkých krajských mestách by mali takéto centrá pôsobiť a poskytnúť terénne služby rodinám.

- *Osobná asistencia* je dôležitá forma podpory pre samostatné bývanie ľudí so zdravotným postihnutím. Doterajšie skúsenosti pri rozhodovaní o tejto forme kompenzácie sú skôr negatívne a veľkú mieru v procese rozhodovania majú lekári v porovnaní k sociálnym pracovníkom úradov práce, sociálnych vecí a rodiny.
- V súčasnej dobe je dostupných mnoho produktov, ktoré umožňujú alebo uľahčujú poskytovanie určitých špeciálnych úkonov doma alebo zlepšujú bezpečnosť užívateľa služieb. Ako príklad môžeme uviesť: augmentatívne komunikačné zariadenie, softwaru na rozpoznávanie reči, osobné poplašené systémy pre naliehavé prípady, vozíky a barle, ktoré sú základom pre mobilitu a aktívny kontakt s komunitou. Veľmi aktívne sú v odporúčaní aj *požičiavani pomôcok* špecializované poradne pre jednotlivé typy zdravotných postihnutí a majú dobre rozvinutú regionálnu sieť.
- Ďalšou možnosťou bude vytvorenie sietí *špecializovaného poradenstva*, kde by sa v spolupráci s rodinou a komunitou hľadali optimálne riešenia kritických situácií pre jednotlivé rodiny, ktoré by terénni pracovníci pomáhali v komunite realizovať.
- Zatiaľ sa len ojedinele vytvárajú *centrá sociálnej rehabilitácie*, ktoré by tiež mohli podporovať rozvoj zručností samostatného rozhodovania pre ľudí so zdravotným postihnutím priamo v komunite.
- Pre mnoho ľudí so zdravotným postihnutím a starších ľudí je dôležitá možnosť finančne dostupného, bezbariérového, neizolovaného a bezpečného bývania. Preto by mali byť prijaté opatrenia k zaisteniu prístupu k *sociálnemu bývaniu* a k zvýšeniu počtu univerzálne designovaných bytov či domov v rámci bežného bývania.
- Postupne by mali domovy sociálnych služieb nahradiť *zariadenia podporovaného bývania* a služby v samostatnom bývaní podľa dosiahnutého stupňa samostatnosti jednotlivých obyvateľov s primeranou mierou podpory.
- *Agentúry podporovaného zamestnávania* by mali pomáhať ľuďom v nepriaznivej sociálnej situácii pri uplatňovaní sa v pracovnom živote v mieste ich bydliska alebo v dostupnej vzdialenosti od bydliska na otvorenom trhu práce.



- Zmena bude vyžadovať využívanie všetkých zdrojov v komunite a teda aj zmeny v postojoch nielen pracovníkov sociálnych služieb ale aj bežných občanov. Preto oblasť *vzdelávania a osvetly* bude pri transformácii sociálnych služieb veľmi dôležitá.

Na základe údajov uvedených v II. Komunitnom pláne sociálnych služieb mesta Nitra 2013 – 2018 (2012) sme vypracovali tabuľku sociálnych služieb poskytovaných v meste Nitra pre mladých dospelých s ŤZP. Ambulantné a terénne služby ponúkajú v Nitre 4 poskytovatelia, z toho 1 verejný poskytovateľ a 3 neverejní poskytovatelia. Niektorí poskytovatelia ponúkajú viaceré druhy ambulantných a terénnych sociálnych služieb.

Tab. 1 Sociálne služby poskytované v meste Nitra pre mladých dospelých s ŤZP

	Ambulantná forma poskytovania sociálnych služieb	Terénna forma poskytovania sociálnych služieb	Pobytová forma poskytovania sociálnych služieb
Verejní poskytovatelia	2	1	0
Neverejní poskytovatelia	7	5	0
Spolu	9	6	0

## SÚBOR A METODIKY

Téma deinštitucionalizácie sociálnych služieb je momentálne veľmi aktuálnou témou, ktorá je v aktívnom procese riešenia. V našom príspevku sme sa v rámci DEI zaoberali alternatívnymi komunitnými službami. Zisťovali sme sieť existujúcich alternatívnych služieb pre ľudí so zdravotným postihnutím konkrétne v meste Nitra. Zaujímali nás informácie od predstaviteľov a zástupcov NSK, taktiež informácie od sociálnych pracovníkov/čiek, ktoré pracujú priamo v zariadeniach poskytujúcich ambulantné služby pre osobami s ŤZP. Hlavným cieľom deinštitucionalizácie je zvýšenie kvality života prijímateľov sociálnych služieb, čo vedie k ich celkovej životnej spokojnosti. Preto sme sa zaujímali hlavne o názory prijímateľov týchto služieb a ich rodinných príslušníkov.

V našom príspevku sme použili kvalitatívnu metódu pološtruktúrovaných rozhovorov s predstaviteľmi a zástupcami NSK a mesta Nitra, so sociálnymi pracovníčkami pracujúcimi v zariadeniach poskytujúcich ambulantné služby ako aj s prijímateľmi sociálnych služieb a ich rodinnými príslušníkmi a zisťovali a analyzovali sme súčasný celkový stav a

spokojnosť s poskytovanými alternatívnymi komunitnými službami. Na základe vyššie uvedených teoretických východísk a analýzy strategických dokumentov mesta Nitra a NSK týkajúcich sa DEI sme zostavili otázky do pološtruktúrovaných rozhovorov. Rozhovory sme vyhodnocovali pomocou obsahovej analýzy.

Stanovili sme si nasledovné ciele prieskumu:

Hlavný cieľ: Analyzovať aktuálnu situáciu deinštitucionalizácie v meste Nitra.

Čiastkové ciele:

- Zistiť informácie o procese deinštitucionalizácie a o možnostiach alternatívnych sociálnych služieb pre ľudí s ŤZP od pracovníkov kompetentných hovoriť o procese DEI v rámci NSK a mesta Nitra
- Zistiť informácie o možnostiach alternatívnych sociálnych služieb pre ľudí s ŤZP od sociálnych pracovníčok pracujúcich v ambulantných službách s osobami s ŤZP v meste Nitra
- Zistiť informácie o spokojnosti s možnosťami alternatívnych sociálnych služieb a s ich kvalitou od prijímateľov ambulantných služieb v meste Nitra
- Zistiť informácie o spokojnosti s možnosťami a prístupom k alternatívnym sociálnym službám od rodinných príslušníkov prijímateľov ambulantných služieb v meste Nitra

### **Zoznam používaných skratiek v interpretácii prieskumu:**

- DEI – deinštitucionalizácia
- DSS – Domov sociálnych služieb
- MPSVaR SR – Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky
- MSÚ – mestský úrad
- NSK – Nitriansky samosprávny kraj
- osoby s ŤZP – osoby s ťažkým zdravotným postihnutím
- OSV – Oddelenie sociálnych vecí
- ÚNSK – Úrad Nitrianskeho samosprávneho kraja
- ZSS – Zariadenie sociálnych služieb

### **VÝSLEDKY PRIESKUMU**

V tejto časti analyzujeme výsledky pološtruktúrovaných rozhovorov, ktoré sme realizovali so 4 odborníkmi ÚNSK a MSÚ v Nitre, ktorí sa zaoberajú problematikou DEI, so sociálnymi pracovníkmi pracujúcimi v ambulantných službách v meste Nitra, s prijímateľmi sociálnych služieb – osoby s ŤZP a ich rodinnými príslušníkmi.

Z rozhovorov s kompetentnými odborníkmi, ktorí sa zaoberajú problematikou DEI v NSK sme zistili nasledovné informácie:

- NSK podporuje domovy sociálnych služieb v procese DEI a taktiež v zavádzaní nových služieb komunitného typu pre klientov, to je podmienené potrebou zvýšeného počtu zamestnancov (možnosť individuálneho prístupu ku klientovi, podpory klientov v integrácii v miestnej komunite, v zamestnaní sa, v kontakte s obcou, v ktorej sa DSS nachádza (pozitívny príklad – ZSS Kreatív Klasov, ZSS Baracha Bardoňovo, ZSS Kamilka Maňa, ZSS Lipka Lipová a ďalšie), teda inštitúcia môže mať aj prvky komunity aj inštitúcie,
- NSK organizuje podujatia s cieľom podporiť kontakt klientov s miestnou komunitou (napr. Dramatická tvorba obyvateľov ZSS NSK OSKAR má od r. 2015 dve kategórie – vznikla okrem pôvodnej aj nová kategória „nácvik programu spolu so zdravou populáciou“),
- organizuje konferencie a vzdelávanie zamestnancov zariadení sociálnych služieb a tiež zamestnancov odboru sociálnych vecí Úradu NSK a týkajúce sa problematiky deinštitucionalizácie profesionality zamestnancov, empatie, ľudských práv a slobôd,,
- vnímanie ohrozenia procesu DEI v dôsledku vzniku opätovnej izolácie klientov (keď boli v inštitúcii, bola izolovaná od komunity celá inštitúcia, teraz v menších komunitách môžu žiť taktiež izolovane, ak sa nebude klásť dôraz na ich integráciu, aby sa tomu predchádzalo je potrebné vyhradiť dostatok času a ľudských zdrojov, dôležitá je aj profesionalita zamestnancov zariadení, osвета širokej verejnosti, komunikácia, atď.)
- NSK zaznamenalo nárast registrácie poskytovateľov opatrovateľských služieb a komunitných centier,
- v okolitých obciach NSK vznikajú zariadenia podporovaného bývania, chránené dielne a komunitné centrá, NSK v Nitre neplánuje zriadiť zariadenie podporovaného bývania v blízkej budúcnosti,
- NSK v roku 2014 robil prognózu vývoja potrieb sociálnych služieb po roku 2015, odhaduje sa nárast potreby druhu sociálnej služby „zariadenie pre seniorov“ do roku 2020 o 1040 miest a nárast druhu sociálnej služby „špecializované zariadenie“ do roku 2020 o 2262 miest.
- Oproti roku 2010 vzrástol počet miest v „zariadeniach podporovaného bývania“ o 40 miest a v „rehabilitačnom stredisku“ o 30 miest.
- NSK nerobí špeciálny prieskum, týkajúci sa dopytu po komunitných službách, považujeme to skôr za kompetenciu miest a obcí

- NSK nezriadilo kanceláriu prvého kontaktu, ako to bolo plánované v koncepcii rozvoja sociálnych služieb v regióne Nitrianskeho samosprávneho kraja, nakoľko sa zmenila filozofia vnímania tejto potreby, nie je potrebné z pohľadu NSK vytvárať samostatnú kanceláriu tohto typu, nakoľko sa prvý kontakt realizuje na jednotlivých oddeleniach odboru špecificky,
- koncepcia uvádzala deficit zamestnancov v počte 122, preto sa v roku 2015 vyčlenili financie na 192 nových zamestnancov a v budúcom roku na 109 zamestnancov, súvisí to aj s nárastom počtu prijímateľov sociálnych služieb v špecializovaných zariadeniach,
- v rámci NSK je do pilotného zavádzania procesu DEI zapojené jedno zariadenie Lipka Lipová, ako vzorové zariadenie bude odovzdávať svoje skúsenosti v nasledujúcom roku ďalším dvom zariadeniam, ktoré sú plánované do procesu DEI,
- kontrola poskytovania sociálnych služieb prebieha na základe plánu kontrol, ktorý zostavujú zamestnanci OSV Úradu NSK v januári príslušného kalendárneho roka, plán kontrol je zostavovaný tak, aby sa uskutočňovalo rovnomerné kontrolovanie všetkých verejných aj neverejných poskytovateľov,
- zaznamenáva však deficit v počte pracovníkov na úseku kontroly,
- NSK kontroluje úroveň poskytovaných služieb u verejných aj neverejných poskytovateľov v zmysle zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v platnom znení, taktiež u neverejných poskytovateľov a poskytovateľov v iných samosprávnych krajoch použitie finančného príspevku v zmysle predmetného zákona, nie ich kvalitu, kontrola kvality je mimo kompetenciu a kontrolu NSK,
- realizujú sa aj mimoriadne kontroly následné a mimoriadne vyplývajúce z rôznych podnetov,
- predmetom kontrol je: dodržiavanie základných ľudských práv a slobôd klientov (podľa paragrafu 6, zákona 448/2008), zmluvy o poskytovaní sociálnych služieb (§ 74 zákona 448/2008), individuálne plánovanie a sociálna rehabilitácia (§9 zákona 448/2008), interná dokumentácia (§ 64 zákona č. 448/2008),
- osвета o DEI na webovej stránke NSK a v župných novinách, chýba veľká osвета z centra (z implementačnej agentúry MPSVaR SR) na celoslovenskej úrovni.

Z rozhovorov od kompetentných odborníkov, ktorí sa zaoberajú problematikou DEI v meste Nitra sme zistili nasledovné informácie:

- mesto má zostavený a verejne dostupný II. Komunitný plán sociálnych služieb v meste Nitra 2013 – 2018,

- DEI je okrem tohto dokumentu zakotvená aj v dokumentoch programu hospodárskeho a sociálneho rozvoja mesta Nitra,
- v týchto dokumentoch sa kladie dôraz na rekonštrukciu zariadení v dezolátnom stave,
- mesto pred 5 rokmi postavilo veľkokapacitné zariadenie poskytujúce pobytové sociálne služby pre seniorov, preto v dohľadnej budúcnosti nebude radikálne investovať financie do DEI,
- je však prioritou podporovať a vytvárať nové zariadenia ambulantného typu, nie rozširovať kapacity už vytvorených zariadení ambulantného typu,
- citeľný nedostatok finančných prostriedkov na pokrytie a rozvíjanie sociálnych služieb mesta v žiaducej miere,
- mesto neorganizuje špeciálne školenia a vzdelávanie pre zamestnancov sociálnych služieb, nakoľko preferuje, odporúča a podporuje účasť na celoslovenských alebo medzinárodných konferenciách a vzdelávaníach,
- do septembra 2016 má mesto povinnosť komplexne prepracovať komunitný plán a zapracovať doň národné priority, nový komunitný plán bude určený na roky 2016 – 2020,
- klient je pre mesto nástrojom kontroly poskytovaných služieb, nakoľko funguje pravidelná komunikácia s klientmi, najmä s tými, ktorí majú sťažnosti, pripomienky k poskytovaným službám a prídu na mesto so žiadosťou o nápravu, zlepšenie a pod.,
- ďalším kontrolným nástrojom sú poslanci mestského zastupiteľstva, nakoľko do ich rúk sa dostávajú výročne správy jednotlivých zariadení a v ich kompetencii je ich spripomienkovanie,
- systematicky sa kontroluje len hospodárenie s finančnými prostriedkami a verejné obstarávanie. Kvalita poskytovaných služieb sa iným spôsobom neskúma a nekontroluje,
- MSÚ nezaznamenalo zvýšený dopyt po ambulantných službách, nevedie zoznamy čakateľov na tieto ambulantné služby,
- Pre mesto je lepšou variantou podpory alternatívnych komunitných služieb podporovať iniciatívy tretieho sektora, občianskych združení, napríklad rodičov detí so zdravotným postihnutím, a pod.,
- Mesto realizuje osvetu v oblasti DEI prostredníctvom propagačných materiálov, ktoré každoročne vydáva a prostredníctvom konkrétnych zámerov týkajúcich sa DEI zakotvených v komunitnom pláne sociálnych služieb mesta Nitra.

V nasledujúcej tabuľke uvádzame zhrnutie obsahovej analýzy pomocou spoločných významových kategórií, ktoré sa v najväčšej miere vyskytli v odpovediach odborníkov ÚNSK a MSÚ v Nitre.

*Tab. 2 Spoločné významové kategórie pre NSK a mesto Nitra*

Významové kategórie	NSK	mesto Nitra
Nárast ambulantných sociálnych služieb	X	X
Strategické dokumenty o DEI	X	X
Prvky komunity v inštitúcii	X	X
Podpora tretieho sektora	X	X
Riešenie problémov klientov	X	X
Kontrola kvality ambulantných služieb		
Skúmanie dopytu		
Vzdelávanie v oblasti DEI	X	
Chýbajúce financie	X	X
Chýbajúce ľudské zdroje	X	X
Osveta o DEI	X	X

Pološtruktúrované rozhovory sme realizovali taktiež v zariadeniach poskytujúcich ambulantné služby. Tieto zariadenia navštevujú mladí dospelí ľudia s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorý dokončili školskú dochádzku v bežných alebo špeciálnych a praktických školách. Spoločne sa tu stretávajú ako komunita so svojimi rovesníkmi a pod vedením sociálnych pracovníčok zmysluplne trávia svoj voľný čas. Zariadenia majú obmedzený počet klientov a kapacita vybraných zariadení je v súčasnosti naplnená. Zároveň vedú poradovníky záujemcov o tieto ambulantné služby.

Väčšina rodičov klientov poberá opatrovateľský príspevok a boli po celý život s dieťaťom doma, predtým ich dieťa navštevovalo školské zariadenie a teraz navštevuje napríklad denný stacionár a niektorí rodičia tak majú možnosť pracovať aspoň na čiastočný úväzok.

Problém, ktorý pri rozhovoroch uviedli zhodne sociálne pracovníčky, rodičia aj samotní klienti bol, že keďže rodičia poberajú opatrovateľský príspevok, tak ich deti môžu navštevovať denný stacionár maximálne 4 hodiny denne. Keďže je kapacita plne obsadená, musia sa klienti prispôbiť a striedať a tak môžu chodiť len dvakrát do týždňa na štyri hodiny.

Na základe rozhovoru s 10 sociálnymi pracovníčkami sme pomocou obsahovej analýzy zistili tieto informácie:

- s klientmi robia aktivity podľa ich individuálnych možností a hlavne podľa toho čo chcú, čo si vyberú, že by chceli robiť,
- klienti majú veľmi radi spoločné aktivity a podujatia ako napr. tanečné zábavy a tiež obľubujú chodiť do parku, divadla, na kúpalisko a na iné verejné priestranstvá a podujatia
- klienti radi chodia do zariadení a radi by ich navštevovali častejšie, avšak kvôli spomenutej kapacite a poberaní opatrovateľského príspevku rodičov, nemôžu,
- klienti si nemajú možnosť vybrať inú alternatívnu komunitnú službu v meste Nitra,
- niektorí rodičia sa združujú v klube vozíčkarov, robia spoločné akcie, zakladajú občianske združenia a píšú projekty, aby mohli pre svoje deti zabezpečiť rehabilitačné pobyty,
- v zariadeniach poskytujúcich ambulantné služby je potreba prijatia ďalšieho zamestnanca ako napr. rehabilitačného pracovníka, fyzioterapeuta, psychológa či špeciálneho pedagóga, na zabezpečenie vyššej kvality poskytovaných služieb
- potreba pravidelného toku financií na pomôcky a nové didaktické hry,
- potreba vytvorenia chráneného pracoviska a tiež chráneného bývania,
- potreba psychohygieny, supervízií, teambuildingu, školení pre sociálne pracovníčky,
- potreba informačného kontaktného miesta pre rodičov, ktorí sa nemajú na koho obrátiť, keď potrebujú pomoc a radu,
- potreba psychologickej podpory a pomoci pre rodičov.
- Pri rozhovore s 23 prijímateľmi ambulantných služieb sme zistili tieto ďalšie informácie:
  - zariadenia navštevujú radi a chceli by túto službu využívať aj častejšie,
  - radi sa stretávajú vo svojej komunite a privítali by aj iné komunitné služby,
  - majú záujem o rôzne krúžky a aktivity, na ktoré nemá financie ani zariadenie ani rodina
  - problém nedostatku financií v rodine z opatrovateľského príspevku,
  - klienti sú skromní a v podstate spokojní, tešia sa, že sa môžu stretávať,

- privítali by možnosť pravidelnej rehabilitácie,
- najradšej chodia von do spoločnosti, na kávičky a rôzne podujatia - problém personálneho zabezpečenia v zariadení, že nemôžu zobrať napr. vozíčkarov,
- privítali by chránené pracovisko aj chránené bývanie,
- nedostatočná bezbariérovosť v meste Nitra.

Analýzou rozhovorov s 9 rodinnými príslušníkmi sme zistili tieto informácie:

- sú spokojní s ambulatnou sociálnou službou, ale boli by radi, ak by ich deti mohli navštevovať zariadenie častejšie, pravidelnejšie,
- nedostatok financií, aby svojim deťom mohli zabezpečiť podmienky pre kvalitný život, služby či pomôcky a rehabilitácie,
- nemajú možnosť využívať iné služby v meste,
- potreba pravidelného cvičenia a rehabilitácie pre deti,
- vidia potrebu komunitného stretávania sa svojich deti,
- poberajú opatrovateľský príspevok, boja sa a nevedia ako využívať ďalšie služby ako napr. osobnú asistenciu či príspevok na osobne motorové vozidlo, chýba kontaktné miesto,
- rodičia sa najčastejšie radia medzi sebou,
- v podstate nič radšej nechcú a už si zvykli na terajšie podmienky, hlavne aby im štát nezobral aj to málo čo majú,
- chránené pracovisko pre deti by privítali, z chráneného bývania majú skôr obavy, už si zvykli, že sú celý život s deťmi (dospelými) doma.

V nasledujúcej tabuľke uvádzame zhrnutie obsahovej analýzy pomocou spoločných významových kategórií.

*Tab. 3 Spoločné významové kategórie pre sociálne pracovníčky, rodinných príslušníkov a klientov*

<b>Významové kategórie</b>	<b>Sociálne pracovníčky</b>	<b>Rodičia</b>	<b>Klienti</b>
Stretanie sa v komunite	X	X	X
Spoločné akcie	X	X	X
Chýbajúce služby	X	X	X
Potreba rehabilitácie	X	X	X
Chýbajúce financie	X	X	X
Chýba chránené pracovisko	X	X	X
Chýba podporované bývanie	X		X
Nevyužívanie osobnej asistencie	X	X	X



Chýba informačné miesto	X	X	X
Nedostatočná bezbariérovosť	X	X	X
Rodičovská podpora	X	X	X
Akceptovanie aktuálneho stavu	X	X	X

## ZÁVER

Zrealizovaný prieskum poukázal na výsledky, ktoré si zasluhujú pozornosť. Ide najmä o stav spolupráce medzi jednotlivými vybranými aktérmi v procese DEI. Stagnuje spolupráca a vzájomná komunikácia, vzájomná informovanosť o aktuálnom stave poskytovaných služieb, povedomie o problematike deinštitucionalizácie u jednotlivých aktérov DEI, o ďalších možnostiach ako prispieť nielen ambulantom službami ku skvalitneniu života prijímateľov sociálnych služieb a ich rodinných príslušníkov. Ako sa z prieskumu ukázalo ÚNSK ani MSÚ v Nitre, aj keď považujú za podstatné poskytovať kvalitné sociálne služby, neskúmajú, nekontrolujú kvalitu poskytovaných služieb, aj napriek tomu, že odborníci vidia potrebu skúmania a kontroly kvality, nie je vytvorený fungujúci nástroj na jej meranie a na základe zákona 448/2008 nie sú oprávnení skúmať kvalitu poskytovaných služieb, môžu skúmať len ich úroveň. Sú teda odkázaní len na nastavené minimálne štandardy poskytovaných služieb. Odborníci poukázali na to, že merať kvalitu sociálnych služieb majú v rukách skôr poslanci mestského zastupiteľstva, ktorí môžu tieto poskytované služby bližšie sledovať prostredníctvom výročných správ a iných dokumentov týkajúcich sa sociálnych služieb v daných zariadeniach. Ako uvádzajú Saxová – Hrnčiar (2014) štát vykonal v posledných rokoch viaceré opatrenia za účelom zlepšovania kvality sociálnych služieb ako sú princípy decentralizácie, deregulácie a deinštitucionalizácie, ktoré priniesli prvé pozitívne otázky, naďalej však zostávajú nedoriešené problémy týkajúce sa nedostatočných kapacít, financovania a uceleného skúmania kvality sociálnych služieb. Samozrejme prostredníctvom legislatívnych požiadaviek na poskytovateľov sociálnych služieb sa štát usiluje stanoviť a zabezpečiť minimálnu úroveň kvality poskytovaných sociálnych služieb.

Odpovede respondentov poukázali aj na potrebnosť neoddeľovania sociálnej starostlivosti od zdravotnej starostlivosti v ambulantom službách. V súčasnosti sa v meste Nitra v problematike DEI kladie dôraz na rozvoj nových alternatívnych komunitných služieb a to najmä pre cieľové skupiny, ktoré v tejto oblasti ešte nemajú svoje zastúpenie v oblasti komunitných služieb. Miestna samospráva vníma nízku angažovanosť rodinných príslušníkov osôb s ŤZP a nízku mieru ich združovania za úče-

lom vytvorenia spoločného postupu, iniciatívy pri presadzovaní záujmov svojich detí. Chýba komunikácia a spolupráca medzi jednotlivými aktérmi procesu (klienti, zariadenia DSS, miestna a regionálna samospráva, rodičia klientov, odborná verejnosť, médiá, ministerstvá), informovanosť. Alarmujúca je aj absencia finančnej nezávislosti samotných klientov, absencia možností zamestnania, absencia nástrojov na debariérizáciu predsudkov zamestnávateľov, absencia chránených pracovísk. Rodičia klientov sú zvyknutí na obmedzené možnosti výberu z pomedzi dostupných alteratívnych služieb a nedostatok financií. Nevyužívanie ambulantných služieb môže byť vo veľkej miere spôsobené práve finančnou záťažou a náročnosťou procesu vedúceho k začatiu užívania sociálnej služby. Subjektívna spokojnosť klientov a ich rodinných príslušníkov s poskytovaním sociálnych služieb sa prejavila u všetkých respondentov, ktorí navštevujú denné stacionáre. Jediným nedostatkom bolo ich obmedzené užívanie.

### **ODPORÚČANIA PRE PRAX**

Na základe teoretických východísk a výsledkov zrealizovaného prieskumu sme sformulovali nasledujúce odporúčania:

- ukotvenie a realizácia skúmania kvality sociálnych služieb,
- osobný kontakt prijímateľov a poskytovateľov sociálnych služieb s NSK a MSÚ za účelom získania informácií o DEI, spätnej väzby, požiadaviek, smerovania a vízie všetkých aktérov DEI,
- prehodnotenie potrebnosti vytvorenia kancelárie prvého kontaktu,
- vytvorenie podporných služieb pre rodinných príslušníkov,
- vytvorenie nových denných stacionárov a ďalších alternatívnych komunitných služieb,
- vytvorenie agentúry podporovaného zamestnávania,
- podpora multidisciplinarity a rozvíjania pracovníkov zariadení – vzájomná výmena skúseností, supervízia, teambuilding, vzdelávanie,
- zakomponovanie zistení a výstupov z doterajšieho procesu DEI do legislatívy.

### **ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY**

HOLÚBKOVÁ, S. – ĐURANA, R. 2013. *Odvaha na nové sociálne služby*. Bratislava : INESS, 2013. 33 s. ISBN 978-80-969765-3-9.

- MESTO NITRA. 2015. *Program hospodárskeho a sociálneho rozvoja mesta Nitra*. [online]. [cit. 2015-03-11]. Dostupné na internete: <<https://www.nitra.sk/zobraz/obsah/13674>>.
- MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY. 2011. *Deinštitucionalizácia sociálnych služieb. Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike*. [online]. [cit. 2015-03-11]. Dostupné na internete: <<http://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/deinstitucionalizacia-socialnych-sluzieb.html>>.
- NITRIANSKY SAMOSPRÁVNÝ KRAJ. 2011. *Koncepcia rozvoja sociálnych služieb v regióne Nitrianskeho samosprávneho kraja na roky 2012 – 2017*. [online]. Nitra. 64 s. [cit. 2015-03-11]. Dostupné na internete: <[http://www.unsk.sk:8080/files/oblasti/soc\\_pomoc/koncepcia\\_rozvoja\\_soc\\_sluzieb\\_2012\\_2017/koncepcia\\_rozvoja\\_socialnych\\_sluzieb\\_v\\_nsk-2012\\_2017.pdf](http://www.unsk.sk:8080/files/oblasti/soc_pomoc/koncepcia_rozvoja_soc_sluzieb_2012_2017/koncepcia_rozvoja_socialnych_sluzieb_v_nsk-2012_2017.pdf)>.
- SAXOVÁ, B. – HRNČIAR, M. 2014. *Meranie kvality sociálnych služieb*. In: Sociálna spoločnosť. ISSN: 1339-6722.[online]. [cit. 2015-10-11]. Dostupné na internete: <<https://www.socialnaspolocnost.sk/meranie-kvality-socialnych-sluzieb/>>.
- ZÁKON 448/2008 z 30. októbra 2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. O živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov v znení zákona č. 317/2009 Z. Z., nálezu Ústavného súdu Slovenskej republiky č. 332/2010 Z. Z., zákona č. 551/2010 Z. Z., zákona č. 50/2012 Z. Z., zákona č. 185/2012 Z. Z., zákona č. 413/2012 Z. Z., zákona č. 485/2013 Z. Z., zákona č. 185/2014 Z. Z., zákona č. 219/2014 Z. Z. A zákona č. 376/2014 Z. Z. [online]. [cit. 2015-03-11]. Dostupné na internete: <<http://www.employment.gov.sk/files/slovensky/uvod/legislativa/socialna-pomoc-podpora/448-2008.pdf>>.
- II. *Komunitný plán sociálnych služieb v meste Nitra 2013 – 2018*. 2012. [online]. [cit. 2015-06-11]. Dostupné na internete: <<http://www.nitra.sk>>.

# SOCIÁLNE, ZDRAVOTNÉ A PSYCHICKÉ ZNEVÝHODNENIE ĽUDÍ BEZ DOMOVA OPROTI OSTATNEJ SPOLOČNOSTI

---

## SOCIAL, HEALTH AND PSYCHOLOGICAL DISADVANTAGES OF HOMELESS IN COMPARISON TO POPULATION

<sup>1</sup> Štencel Juraj - <sup>2</sup> Buzinkaiová Jarmila - <sup>3</sup> Kassaiová Renáta - <sup>4</sup> Horváthová Alena

<sup>1</sup> Konzultačné pracovisko Warsaw Management University  
<sup>2,3,4</sup> Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety  
Štatistické spracovanie: *Wimmerová S.*

### ABSTRAKT

V dnešnej psychicky, fyzicky a hlavne ekonomicky náročnej dobe sa čo raz častejšie stretávame so situáciou, že ľudia sa ocitnú na dne svojich možností. Tento stav sa najčastejšie spája so stratou zamestnania, nepriaznivým zdravotným stavom a z toho ďalších vyplývajúcich okolností. Ľudia v takejto situácii nedokážu zarobiť toľko, koľko potrebujú na živobytie. Ocítajú sa v hmotnej núdzi, často krátko až v stave chudoby. Žiaľ nie každému môže pomôcť rodina alebo štát. Stávajú sa ľuďmi bez domova a sociálne a psychicky znevýhodnení oproti ostanej populácii. Autori popisujú vo svojom príspevku znevýhodnenie ľudí bez domova oproti ostatnej spoločnosti, kedy sa ocitajú v extrémne ťažkej a zložitej situácii a mnohokrát nemajú prostriedky na uspokojovanie si základných potrieb – stravy, zdravotnej starostlivosti, kultúrneho vyžitia, vzdelania a pod.

**KEŤOVÉ SLOVÁ:** človek bez domova, znevýhodnenie, psychické, sociálne, zdravotné

### ABSTRACT

In today mentally, physically and especially economically challenging times is what often meet once a situation that people find themselves at the bottom of their options. This condition is most often associated by job loss, impaired health, and the other under the circumstances. People in this situation can not earn as much as they need to live on. They will find yourself in material need, often to the state of poverty. Unfortunately not everyone can help the family or the state. People become homeless and mentally and socially disadvantaged compared to population. The authors describe in his speech disadvantages of homeless people compared to other companies which find themselves in an extremely difficult and

complex situation and many times do not have the means to satisfy their basic needs - food, health care, cultural activities, education and so on.

**KEYWORDS:** man homeless, disadvantaged, psychological, social, health

V dnešnej psychicky, fyzicky a hlavne ekonomicky náročnej dobe sa čo raz častejšie stretávame so situáciou, že ľudia sa ocitnú na dne svojich možností. Tento stav sa najčastejšie spája zo stratou zamestnania, nepriaznivým zdravotným stavom a z toho ďalších vyplývajúcich situácií. Ocitajú sa v hmotnej núdzi, často krát až v chudobe. Žiaľ nie každému môže pomôcť rodina alebo štát. Stávajú sa ľuďmi bez domova, stavajú sa sociálne a psychicky znevýhodnení oproti ostatnej spoločnosti. Väčšina spoločnosti ľudí bez domova vníma ako špinavých, neupravených a mnohokrát závislých na rôznych omamných látkach. U týchto ľudí absentuje prístrešok, ošatenie, strava ale mnohokrát aj zmysel života a perspektíva zmeny k zlepšeniu životu. Natolko sa začlenili do skupiny ľudí bez domova, že stratili všetky vízie, uskomnili sa až tak, že mnohým príde normálne žiť takýmto spôsobom života. Združujú sa na základe podobného a až rovnakého sociálneho statusu.

Sociálne rozmery ľudí bez domova sú okrem zdravotných a psychických, ďalšími problémami pre ľudí žijúcich svoj život na ulici. Ľudia bez domova sa väčšinou sústreďujú vo väčších mestách Slovenska, pretože tam majú lepšiu šancu na prežitie. Väčšina ľudí bez domova nemá nárok na dávky v nezamestnanosti a na sociálne dávky. Dávky sú viazané na trvalé bydlisko a mnohokrát to ľudia bez domova nie sú schopní preukázať, preto, že im boli odcudzené osobné doklady alebo sa zdržujú mimo miest, kde majú trvalé bydliská, ak vôbec nejaké majú.

Sociálna práca je odborná špecifická činnosť alebo ďalšia činnosť alebo súhrn týchto činností na zlepšenie kvality života jednotlivca, skupiny, rodiny a komunity prostredníctvom sociálnej služby. „Sociálne služby na zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb v zariadeniach, ktorými sú:

1. nízkoprahové denné centrum,
2. integračné centrum,
3. komunitné centrum,
4. nocľaháreň,
5. útulok,
6. domov na polceste,
7. zariadenie núdzového bývania“ (Zákon č. 448/2008)

„Fyzická osoba má právo:

- na poskytovanie sociálnej služby, ktorá svojím rozsahom, formou a spôsobom poskytovania umožňuje realizovať jej základné ľudské práva a slobody, zachováva jej ľudskú dôstojnosť, aktivizuje ju k posilneniu sebestačnosti, zabráňuje jej sociálnemu vylúčeniu a podporuje jej začlenenie do spoločnosti,
- na zabezpečenie dostupnosti informácií v jej zrozumiteľnej forme o druhu, mieste, cieľoch a spôsobe poskytovania sociálnej služby, o úhrade za sociálnu službu a o cieľovej skupine, ktorej je poskytovaná.“ (Zákon č. 448/2008)

Jednými z klientov, ktorým sa poskytujú tieto typy pomoci v sociálnej práci sú ľudia bez domova. Sociálne služby môžu mať podobu aj *sociálnej prevencie* (v čase, keď sa objavujú prvé známky sociálno-patologických javov), *základného sociálneho poradenstva* (kde si môže klient vybaviť chýbajúce osobné doklady alebo na čo má nárok podľa platnej sociálnej legislatívy).

Zároveň Keklak a Kováč uvádzajú, že psychické vyčerpanie je v dnešnej hektickej a uponáhľanej dobe, dovolíme si tvrdiť, bežným javom, no málo doceneným na jeho dopady. Aj keď sa možno denne stretávame, či už v médiách, tlači alebo u kolegov a známych s názormi ako: „dnes som úplne vyčerpaný“, „nech už skončí“, „ja sa z toho zbláznim“, si málokto, ak vôbec niekto uvedomí aké „katastrofálne“ následky môžu pre daného človeka nastať pôsobením chronickej podráždenosti a stresu (Štencl, Vrbová, 2010).

Ďalšou ekonomickou stratou sú samotné náklady na liečenie a zdravotnícku starostlivosť o ľudí, ktorí v dôsledku záťažových situácií, stresu a psychického vyčerpania sú úplne „vyžmýkaní“ a ocitajú sa na ulici a bez domova. Ľudia bez domova sú častokrát znevýhodnení aj pri bežných virózach, v ambulanciách všeobecných lekárov, ktorí sa môžu dostať do problému v súvislosti s ošetrením a liečbou človeka bez domova (napr. vzhľadom k tomu ak stratí doklady a pod.) Ďalej samotný stres z nedostatku finančných prostriedkov a dlhotrvajúce existenčné problémy a pokiaľ sa k tejto situácii pridružia nedobré vzťahy na pracovisku, môžu mať za následok prudký nástup psychického vyčerpania a odchod z pracoviska, strata strechy nad hlavou, atď. Tento aspekt sme čiastočne analyzovali v prípade ľudí, ktorí sú bez zamestnania, ale aj ľudí, ktorí sú bez strechy nad hlavou – teda ľudia bez domova. Neustále sa opakujúca beznádejná zlá finančná situácia, pretrvávajúci problém postarať sa

o rodinu a seba samého, existencia na ulici a bez domova je psychicky ale aj fyzicky nesmierne namáhavý (Štencl, Vrbová, 2010).


Problém ľudí bez domova má viacdimeznionálny nástup a priebeh a je neustále zložitejšie ho riešiť. Autori sa zamýšľajú vo svojom príspevku, že ľudia bez domova, ktorí sa ocitli na ulici žijú v extrémne ťažkých podmienkach a sú oproti ostatnej spoločnosti diskriminovaní a znevýhodnení vo viacerých rovinách. Z toho dôvodu vytvorili 16 položkový dotazník v ktorom sú otázky zamerané na viaceré typy znevýhodnení – teda psychické, sociálne ako aj zdravotno-hygienické. Autori sa však domnievajú, že ľudia bez domova čelia podstatne viacerým formám znevýhodnenia oproti ostatnej spoločnosti. Samotné znevýhodnenie posúva ľudí bez domova do situácie, kedy návrat späť do plnohodnotného života je obzvlášť ťažký a tak ich začleňuje do stavu v ktorom zotrávajú dlhodo.

#### EMPIRICKÁ ČASŤ

Ako sme už uviedli, autori vytvorili 16 položkový dotazník, ktorý mal za úlohu monitorovať prípadné znevýhodnenie u ľudí bez domova najmä v oblasti psychickej, sociálnej a zdravotno-hygienickej. Autori uvedený dotazník administrovali na vzorke 50 respondentov, priamo v teréne, ktorí sú ľuďmi bez domova a ktorých vek sa pohyboval v rozmedzí 18 až 75 rokov, teda vo vývinovom období ranej, strednej a neskorej dospelosti, ako aj vo vývinovom období staršieho veku.

Tabuľka č. 1, graf č. 1: **Pohlavie**

Pohlavie	Počet	%
Muž	31	62,0
Žena	19	38,0
Spolu	50	100,0



Z celkového počtu respondentov bolo 31 (62%) mužov a 19 (38%) žien.

Tabuľka č. 2, graf č. 2: *Stav*

Stav	Počet	%
slobodný/á	14	28,0
ženatý/vydatá	3	6,0
rozvedený/á	14	28,0
druh/družka	4	8,0
vdovec/vdova	4	8,0
partner/ka	10	20,0
neuveďené	1	2,0

Z tabuľky a grafu je zrejmé, že najvyšší počet respondentov boli ľudia slobodní 14 (28%), alebo rozvedení 14 (28%). Počtom nie zanedbateľnú skupinu tvorili aj respondenti, ktorí mali partnera alebo partnerku v počte 10(20%).

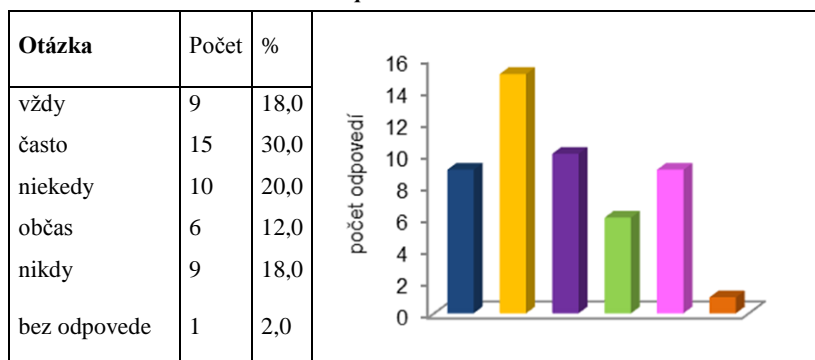
Tabuľka č. 3, graf č. 3: *Vzdelanie*

Vzdelanie	Počet	%
SŠ s maturitou	24	48,0
VŠ I. stupňa	3	6,0
nadvysššie odborné	8	16,0
základné	6	12,0
žiadne	1	2,0
neuveďené	8	16,0

Ako možno pozorovať najväčší počet respondentov 24(48%) malo stredoškolské vzdelanie s maturitou, a druhý najvyšší počet bol nadvysššie odborné v počte 8(16%), dokonca 3(6%) respondenti mali vysokoškolské vzdelanie I. stupňa. Rovnako pozoruhodné je, že 1(2%) respondent nemal žiadne vzdelanie, teda ani základné.

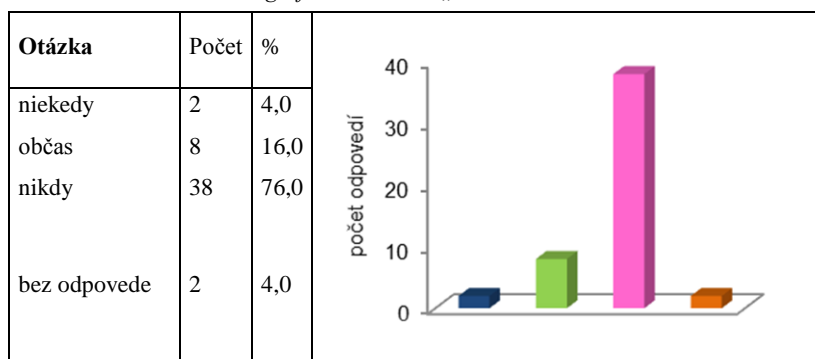


Tabuľka č. 4, graf č. 4: Otázka: „Cítite sa byť znevýhodnení oproti ostatnej spoločnosti?“



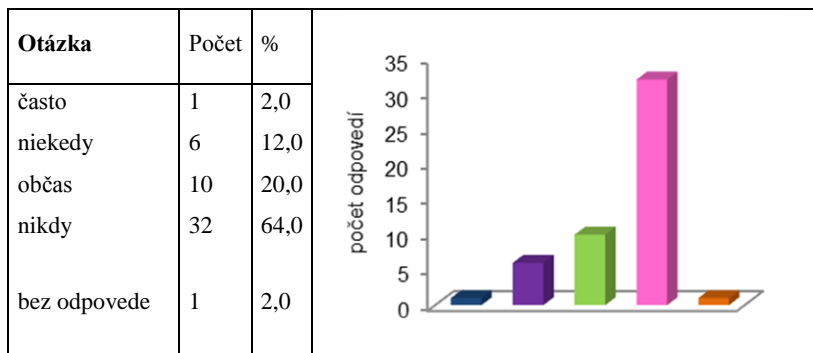
Tabuľka a graf nám poukazujú na to, že väčšina respondentov sa cíti byť znevýhodnených oproti ostatnej spoločnosti. Prekvapujúce však je aj to, že existuje skupina respondentov, ktorí sa necítia byť znevýhodnení oproti ostatnej spoločnosti. Dôvody pre ktoré sa necítia byť znevýhodnení môžu byť rôzne.

Tabuľka č. 5, graf č. 5: Otázka: „Chodievate do divadla?“



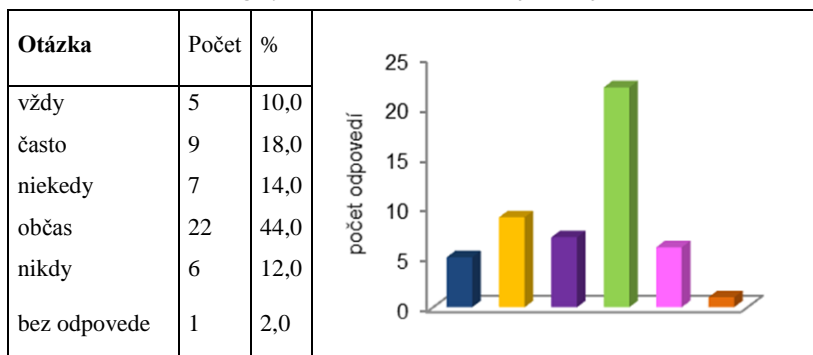
Z uvedenej tabuľky a grafu je zrejmé, že výrazná väčšina respondentov 38(76%) nikdy nechodí do divadla a teda nemajú pravdepodobne ani žiadne iné kultúrno-spoločenské vyžitie, čo podľa nášho názoru je prejavom znevýhodnenia oproti ostatnej spoločnosti.

Tabuľka č. 6, graf č. 6: Otázka: „Chodievate do kina?“



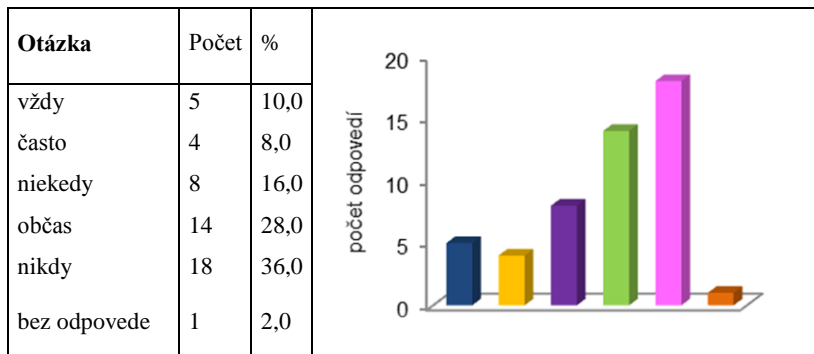
Opäť aj z vyššie uvedenej tabuľky je zrejmé, že prevažná väčšina respondentov 32 (64%) do kina nechodí a sú znevýhodnení oproti ostatnej spoločnosti v kultúrno-spoločenskom využití.

Tabuľka č. 7, graf č. 7: Otázka: „Navštevujete svojho lekára?“



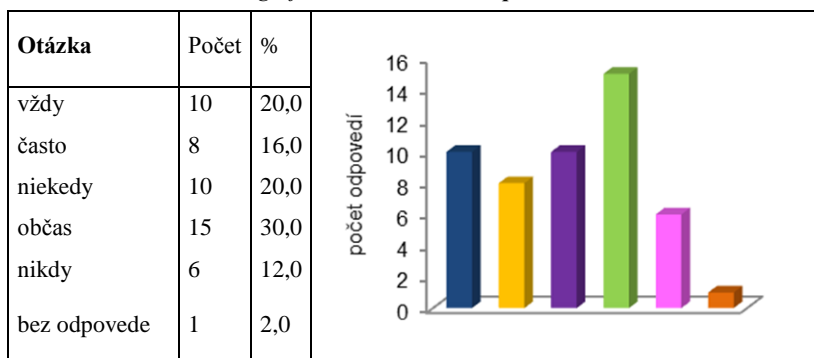
Z odpovedí respondentov nám tabuľka a graf poukazujú na to, že ľudia bez domova lekársku starostlivosť zabezpečenú majú a pravdepodobne ju využívajú a navštevujú svojho lekára podľa potreby.

Tabuľka č. 8, graf č. 8: Otázka: „Stretávate sa so svojou rodinou?“



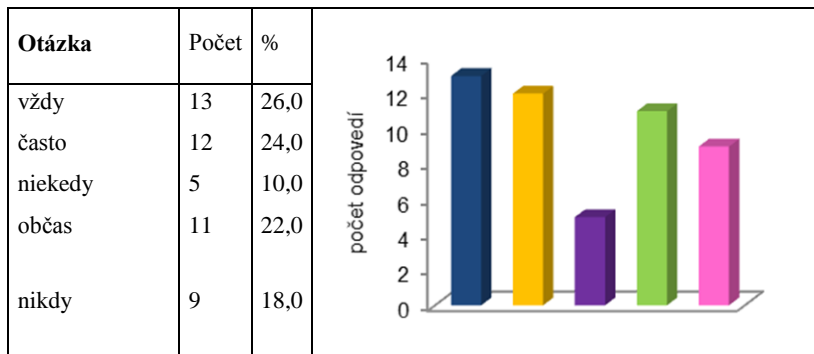
Z uvedenej tabuľky a grafu vyplýva, že existuje veľká skupina ľudí bez domova 18 (36%), ktorí sa so svojou rodinou nestretávajú vôbec a tiež pomerne veľká skupina ľudí bez domova 14 (28%), ktorí sa so svojou rodinou stretávajú len občas. Sú však aj takí, ktorí sa stretávajú so svojou rodinou pravidelne, vždy 5 (10%) a často 4 (8%).

Tabuľka č. 9, graf č. 9: Otázka: „Máte pravidelnú stravu?“



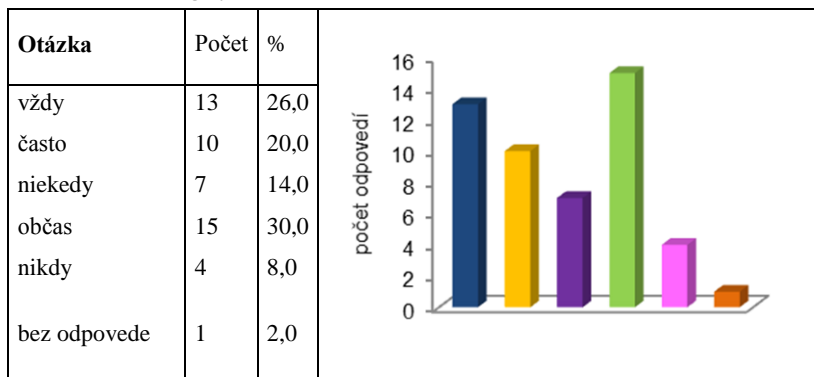
Z uvedených výsledkov v tabuľke možno vidieť, že 10 (20%) respondentov má vždy pravidelnú stravu, prípadne 8 (16%) respondentov má často pravidelnú stravu. Avšak neustále vysoké percento respondentov viac-menej nemá alebo nemá vôbec pravidelnú stravu.

Tabuľka č. 10, graf č. 10: Otázka: „*Máte denne priestor na komplexnú osobnú hygienu?*“



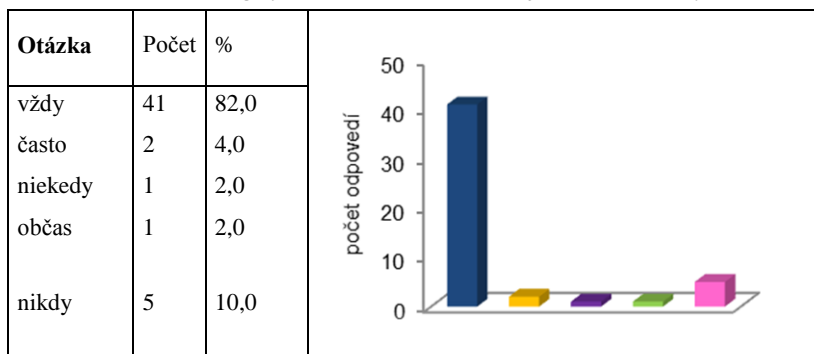
Opäť z výsledkov v tabuľke a grafe možno vidieť, že 25 (50%) respondentov má vždy alebo často priestor na komplexnú osobnú hygienu. Avšak existuje aj vysoké percento respondentov, ktorí majú priestor na osobnú hygienu len občas, alebo vôbec.

Tabuľka č. 11, graf č. 11: Otázka: „*Máte možnosť adekvátneho nočľahu?*“



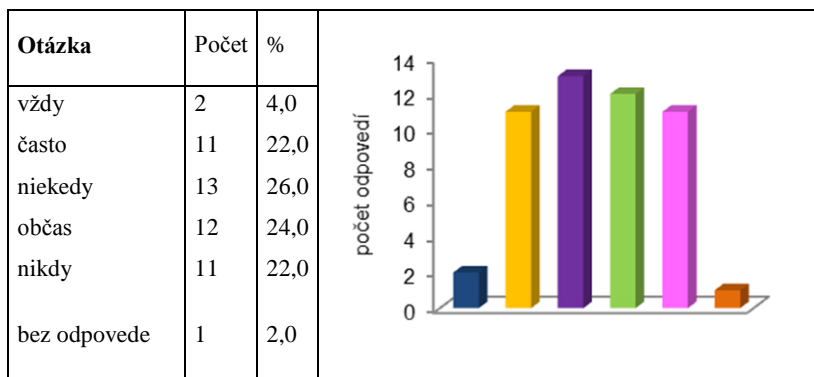
Z uvedeného v tabuľke a grafe je možné vidieť, že existuje skupina respondentov 13 (26%), ktorí majú možnosť adekvátneho nočľahu vždy. Adekvátny nočľah je podľa nášho názoru veľmi dôležitý a preto ostatné možnosti považujeme za určitú formu znevýhodnenia oproti ostatnej spoločnosti.

Tabuľka č. 12, graf č. 12: Otázka: „Máte svoje osobné doklady?“



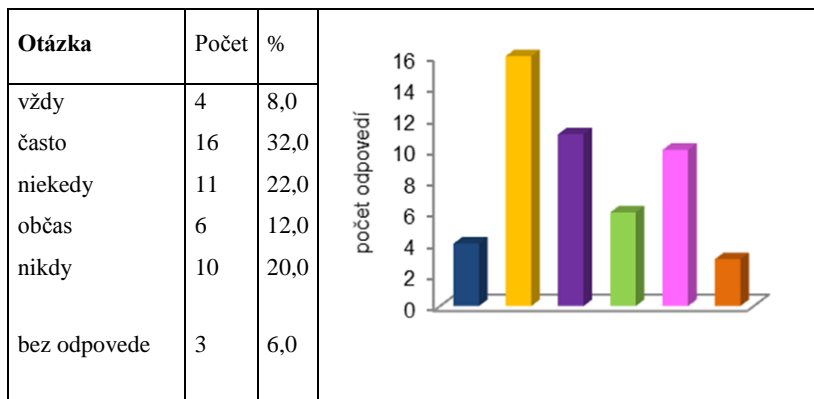
Ako možno vidieť z tabuľky a grafu, prevažná väčšina respondentov osobné doklady má.

Tabuľka č. 13, graf č. 13: Otázka: „Prišli ste do kontaktu so sociálnym pracovníkom?“



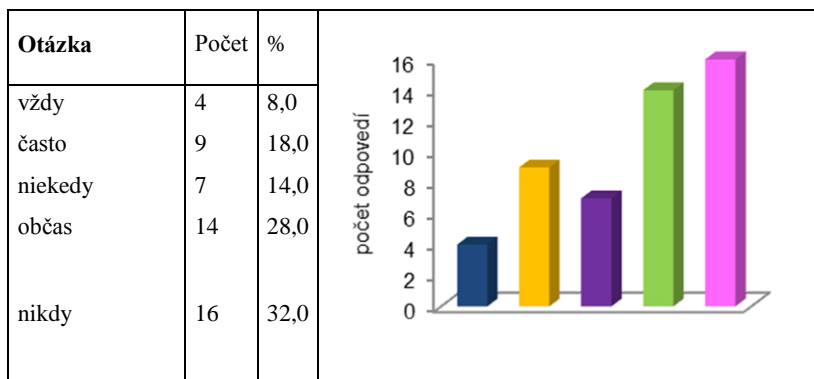
Z uvedeného je zrejmé, že väčšina respondentov už so sociálnym pracovníkom do kontaktu prišla, ale je aj pomerne vysoké percento 11 (22%) tých, ktorí ešte neprišli do kontaktu so sociálnym pracovníkom.

Tabuľka č. 14, graf č. 14: Otázka: „Cítite sa byť odstrkovaní inými ľuďmi?“



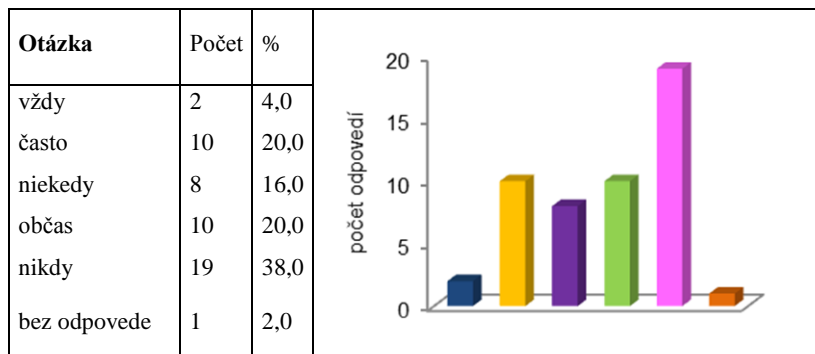
Z uvedenej tabuľky a grafu možno vidieť, že veľmi vysoké percento respondentov sa cíti byť vždy, často, niekedy alebo aj občas odstrkovaní inými ľuďmi. Existuje však aj skupina respondentov 10 (20%), ktorí sa necítia byť ľuďmi odstrkovaní.

Tabuľka č. 15, graf č. 15: Otázka: „Zvyknete plakať vzhľadom na Vašu situáciu?“



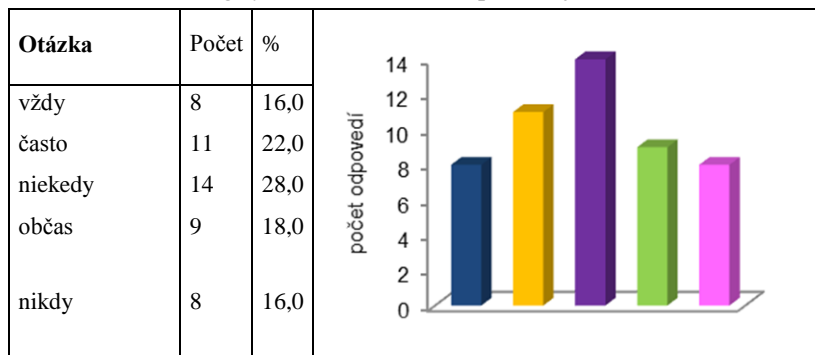
Opäť môžeme v tabuľke a grafe vidieť, že prevažná väčšina respondentov zvykne plakať vzhľadom na ich situáciu viac alebo menej často. Existuje aj skupina respondentov 16 (32%), ktorí nezvyknú nikdy plakať vzhľadom na ich situáciu.

Tabuľka č. 16, graf č. 16: Otázka: „*Pocit'ujete psychickú ujmu vzhľadom na vašu situáciu?*“



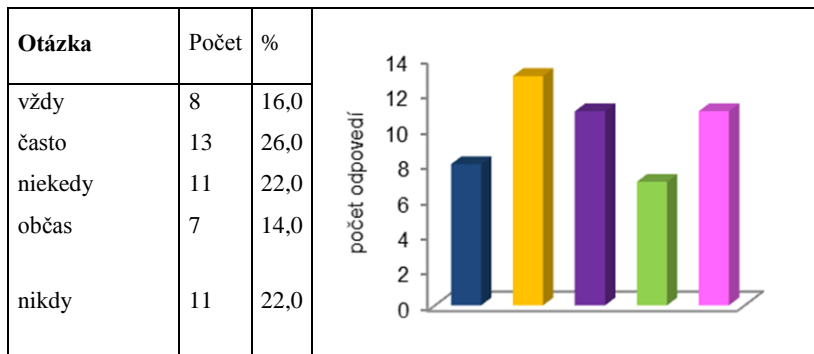
Výsledky uvedenej tabuľky a grafu môžu byť zavádzajúce z toho dôvodu, že veľká skupina respondentov 19 (38%) uviedla, že nikdy nepocit'uje psychickú ujmu vzhľadom na ich situáciu, čo pripisujeme skôr tomu, že si ujmu pravdepodobne neuvedomujú, pretože výskumy poukazujú na to, že po niekoľkých týždňoch človek stráca základné pracovné návyky a po niekoľkých mesiacoch stráca základné sociálne návyky. Zároveň v tabuľke a grafe č. 15 respondenti uvádzajú, že zvyknú plakať vzhľadom na ich situáciu, čo teda je taktiež určitá forma psychickej ujmy a samozrejme bolo by možné ich prezentovať ešte viac.

Tabuľka č. 17, graf č. 17: Otázka: „*Máte pocit, že je Vám krivdené?*“



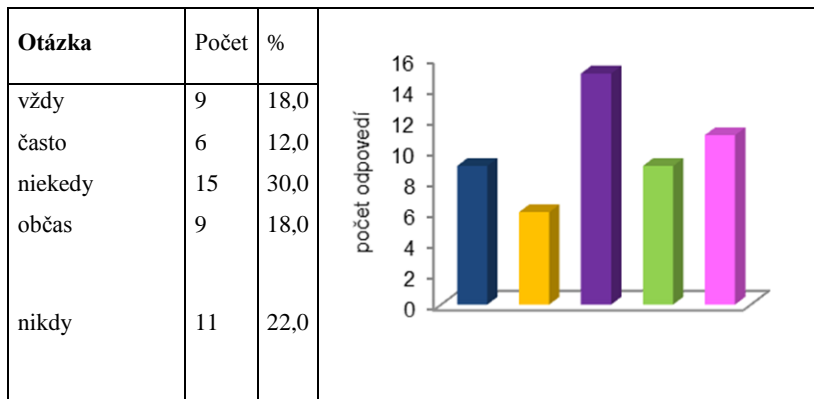
Opäť z tabuľky a grafu možno vidieť, že prevažná väčšina respondentov má pocit, že im je krivdené vždy, často, niekedy alebo občas. Existujú aj respondenti 8 (16%), ktorí nemajú pocit, že im je krivdené.

Tabuľka č. 18, graf č. 18: Otázka: „Pocitujete v sebe vôľu dostať sa z tohto stavu?“



Ako možno vidieť vysoké percento respondentov má vôľu a chuť sa dostať zo stavu v akom sa nachádzajú viac alebo menej často, ale existuje skupina respondentov 11 (22%), ktorí nikdy nepocitujú v sebe vôľu dostať sa zo stavu v akom sa nachádzajú.

Tabuľka č. 19, graf č. 19: Otázka: „Pocitujete stavy, že Vaša situácia je beznádejná?“



Opäť prevažná väčšina respondentov pocituje, že jeho situácia je beznádejná viac alebo menej často. Existuje však aj skupina respondentov 11 (22%), ktorí nepocitujú nikdy stavy, že ich situácia by mohla byť beznádejná.



## ZÁVER A ODPORÚČANIA PRE PRAX

Fenoméni existencie ľudí bez domova má rozširujúci a stúpajúci trend vo svete. Podľa nášho názoru by mal štát vytvárať podmienky pre dôstojný život týchto ľudí. Zároveň však je potrebné aby aj ľudia bez domova prijímali poskytnuté šance a zaraďovali sa tak do spoločensko-hospodárskeho života a vzhľadom na ich potenciál boli prínosom pre spoločnosť. Celkovo z nášho prieskumu vyplynulo, že ľudia bez domova sú znevýhodnení oproti ostatnej spoločnosti, avšak začína sa v tejto súvislosti objavovať fenomén toho, že niektorí si pravdepodobne na takýto štýl života zvykli a viac-menej ho akoby prijali za svoj, čo môže pôsobiť kontraproduktívne v súvislosti s ich opätovným navrátením sa a zaradením do spoločensko-hospodárskeho života. Pokiaľ by mal tento fenomén rozširujúcu sa tendenciu, potom by mohla nastať situácia, že práceschopná spoločnosť by pracovala na ľuďoch, ktorí nepracujú. Z toho dôvodu by mal podľa nášho názoru štát vytvárať podmienky na zvyšovanie šancí uplatniť sa pre ľudí bez domova, avšak bez ohrozenia straty zamestnania a pracovných pozícií ostatnej spoločnosti.

## ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- KEKLAK, R., KOVÁČ, T. (2008). *Burnout ako možný faktor prežívania kvality života*. Trnava: Katedra psychológie Filozofickej fakulty Univerzity sv. Cyrila a Metoda, Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie, Bratislava, Website: <http://www.pulib.sk/elpub/FF/Dzuka3/38.pdf>, 2008
- ŠTENCL, Juraj, VRBOVA, P.: *Bezdomovectvo - vlastnou vinou alebo obeť spoločnosti*. Prešov, 2010, Zborník príspevkov z konferencie
- Zákon o sociálnych službách - č. 448/2008

# DEINŠTITUCIONALIZÁCIA SYSTÉMU SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

## DEINSTITUTIONALISATION OF THE SOCIAL SERVICES

*Telepjanová Štefánia*

Detailované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku

### ABSTRAKT

Transformácia a deinštitucionalizácia sociálnych služieb, prebieha vo svete a v Európe už od sedemdesiatych rokov minulého storočia. Stratégia deinštitucionalizácie vychádza z viacerých medzinárodných východísk a zväzkov. Cieľom procesu, je premena inštitucionálnej starostlivosti na starostlivosť v komunite, čo zahŕňa zmeny riadenia a formy poskytovaných služieb. Súhrn procesov zmeny, prebieha prostredníctvom transformácie, ktorej cieľom je realizovať zásadné zmeny v postojoch a prístupoch nie len od pracovníkov v sociálnej oblasti, ale od ľudí z celého spektra spoločnosti. Presadzovanie neinštitucionálnej formy starostlivosti je aj jedným z trendov sociálnej práce. Tento trend vychádza aj z humanizácie, ktorá vedie k premene systému starostlivosti a prostredia, tak aby boli naplnené práva a potreby užívateľov. Humanizácia sa stáva jedným z komponentov deinštitucionalizácie. Úlohou je zabezpečiť pre klientov dobre dostupné služby a nevytrhávať ich z prirodzeného prostredia, teda zo starostlivosti poskytovanej v rámci komunity.

**KEÚČOVÉ SLOVÁ:** Deinštitucionalizácia, transformácia, inštitucionalizácia, komunitné služby

### ABSTRACT

Transformation and deinstitutionalisation of social services taking place in the world and in Europe since the seventies. Deinstitutionalization strategy is based on several assumptions and international volumes. The aim of the process is the transformation of institutional care to care in the community, which includes change management, and by providing services. Summary of the process of change takes place through transformation, which aims to implement fundamental changes in attitudes and approaches not only by social workers but of people from the whole spectrum of society. Enforcement of non-institutional forms of care is also one of the trends in social work. This trend is based on the humanization, which results in conversion of the care system and the environment to be filled, and the rights for the user. Humanization is becoming one of the

components of de-institutionalization. The task is to provide customers good service and nevytrhávať available from their natural environment, ie of care delivered in the community.

**KEYWORDS:** Deinstitutionalisation, transformation, institutionalization, community service

## ÚVOD

Transformácia a deinštitucionalizácia sociálnych služieb sú trvalo aktuálnou témou. Proces prebieha vo svete a v Európe už od sedemdesiatych rokov minulého storočia. Podľa Šestákovej (2012) je proces deinštitucionalizácie inšpirovaný princípmi normalizácie, ktoré sú pôvodom zo Škandinávie. Konštatuje, že pri utváraní životného priestoru pre osoby s mentálnym postihnutím a pri starostlivosti o týchto spoluobčanov je nutná orientácia na normy spoločnosti a rutinný priebeh všedného dňa.

Stratégia deinštitucionalizácie vychádza z viacerých medzinárodných východísk a medzinárodných zväzkov. Sú to napr.: všeobecná deklarácia ľudských práv, medzinárodný pakt o občianskych a politických právach, medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach, dohovor o právach dieťaťa, európska sociálna charta, madridský medzinárodný akčný plán pre problematiku starnutia, princípy OSN vo vzťahu k starším osobám i dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (DPZP).

Zásadným dokumentom pre proces deinštitucionalizácie sa stala všeobecná deklarácia ľudských práv (ďalej len VDEP). Článok 25 hovorí, že: „Každý má právo na takú životnú úroveň, ktorá môže zaistiť jeho zdravie a blahobyť a zdravie jeho rodiny, počítajúc v to menovite výživu, ošatenie, bývanie a lekárske ošetrovanie, ako aj potrebné sociálne opatrenia...“. (Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike, 2011, s. 3).

Pre definovanie pojmu deinštitucionalizácia, je nevyhnutné charakterizovať pojem inštitúcia. Podľa formulácie WHO (Svetová banka – Svetová správa o zdravotnom postihnutí, 2011) je inštitúcia akékoľvek prostredie, kde osoby so zdravotným postihnutím, seniori alebo ľudia žijú spolu mimo svojej rodiny. Prostredie, kde nemajú ľudia plnú kontrolu nad svojim životom a dennými aktivitami. Inštitúcia nie je definovaná svojou kapacitou, ukazovateľmi tohto prostredia sú znaky inštitucionálnej kultúry. Týmito znakmi sú:

- depersonalizácia,

- rigidné, stereotypné a rutinné aktivity,
- paušalizované liečebné a odborné postupy,
- sociálny odstup a paternalizmus,
- naučená pasivita a bezmocnosť,
- segregovanosť od lokálnej komunity,
- nedostatočne rozvinuté sociálne vzťahy. (Cangár, 2013).

Matoušek (2003) popisuje trend sociálnej práce za presadenie neinštitucionálnej formy starostlivosti, ktoré sú pre jeho klientov dobre dostupné. Zároveň ho nevytrhujú z jeho prirodzeného prostredia, čo zabezpečuje starostlivosť poskytovanú v rámci komunity.

Aktivity zamerané smerom k deinštitucionalizácii pomenúva Kozáková, Krejčířová, Müller (2013) ako proces, v ktorom dochádza k premene inštitúcie, formalizovanej štruktúre pravidiel, poriadku a filozofie služby a zároveň k zmene lokalizačnej služby. Základom je premena inštitucionálnej starostlivosti na starostlivosť v komunite.

Stratégia deinštitucionalizácie pojednáva o komunitných službách, ktoré klasifikuje ako súbor vzájomne prepojených a koordinovaných služieb poskytovaných v územne ohraničenej komunite, ktoré reagujú na potreby členov komunity a nejavia znaky inštitucionálnej starostlivosti. (Cangár, 2013).

Súhrn procesov zmeny riadenia, financovania, vzdelávania, miesta a formy poskytovaných služieb sa označuje termínom transformácia. Je to zmena veľkokapacitnej pobytovej služby pre ľudí s postihnutím na bývanie a podporu v bežnom prostredí. Ľudia s postihnutím prechádzajú do bytov alebo rodinných domov v bežnej zástavbe a žijú spôsobom, ktorý je typický pre ich rovesníkov. (Čámsky, Smebdner, Krutilová, 2011). Spojitosť transformácie s deinštitucionalizáciou, ktorú uvádza Cháb (2004) neznamená zrušenie starostlivosti o ľudí s postihnutím, ale ide o zmenu spôsobu a podmienok jej poskytovania. Jedná sa o zásadné zmeny v postojoch a prístupoch k ľuďom s postihnutím nie len od pracovníkov v sociálnej oblasti, ale od ľudí z celého spektra spoločnosti.

Časopis Sociálna práca/Sociální práce (2013) uvádza niekoľko dôvodov transformácie. Prvým je ochrana a dodržiavanie práv ľudí s postihnutím. Ďalším dôležitým aspektom je rozvoj osobnosti užívateľa služieb a individuálny prístup ku každému klientovi. Transformácia by mala poskytovať klientovi také služby, ktoré mu pomôžu udržať sa v majoritnej spoločnosti. Zároveň by mala zabezpečiť rozvoj znalostí a schopností užívateľa, podporiť nadväznosť, udržiavanie vzťahov a prevzatie zodpovednosti za svoj život.

Pörtner (2009) odporúča pri práci s užívateľom sociálnych služieb prístup zameraný na osobu (PCA – Person Centred Approach). Princípom spomenutého prístupu je nevychádzať z predstáv o tom akí by ľudia mali byť, ale pracovať s tým, akí ľudia sú a aké sú ich možnosti. Prístup ako konštatujú Holúbková a Ďuran vychádza zo základného predpokladu, že každý človek je najlepším odborníkom pre svoj život a sám najlepšie rozumie svojim potrebám. Prístup je založený na základných hodnotách rešpektu, dôstojnosti, sebaurčenia a vzájomného načúvania.

Proces deinštitucionalizácie podobne aj komunitné služby popisuje Holúbková (2013) cez základné oblasti, ako sú: užívateľ služby, inklúzia, segregácia, komunitné sociálne služby, individuálny prístup, na človeka zamerané plánovanie a inštitucionalizácia služieb.

Užívateľ služieb, ktorým je občan, ktorému podľa zákona 448/2008 o sociálnych službách vzniká nárok na poskytovanie sociálnych služieb a ktorý má právo vybrať si vhodnú formu aj prevádzkovateľa sociálnych služieb. Je to teda človek, ktorému sa priznáva právo na podporu podľa jeho predstáv a nemal by byť v pozícii vďačnosti či závislosti. Ďalšou oblasťou je začlenenie (inklúzia), ktorá sa týka občana ktorý využíva sociálne služby a je presťahovaný z miesta kde žil do zariadenia špeciálne určeného pre určitú skupinu obyvateľov, v závislosti od typu postihnutia alebo sociálnej siete. V zariadení žije s ľuďmi s podobným typom postihnutia a sú mu prostredníctvom plateného personálu zariadenia poskytnuté služby a aktivity. Nedostatkom je skutočnosť, že jeho kontakty s príbuznými a miestnymi obyvateľmi sú obmedzené. Oblasť komunitných sociálnych služieb ako ďalšia súčasť deinštitucionalizácie, pôsobí na bežných miestach, kde sa občania/užívateľia sociálnych služieb pohybujú. Podporujú ich na základe individuálne spracovaných cieľov a plánov tak, aby žili svoj život podľa svojich predstáv. Využívajú pritom bežné zdroje komunity a podporujú svojich užívateľov, aby boli aktívnymi občanmi v mieste svojho bydliska, udržiavali kontakty so svojimi príbuznými, susedmi, spolupracovníkmi, priateľmi. Komunitné sociálne služby zároveň eliminujú potrebu paralelných segregáčnych služieb, ako sú inštitúcie, špeciálne školy, liečebne dlhodobých chorých, chránené dielne, skupinové bývanie. Rozvoj komunitných sociálnych služieb pritom vyžaduje politickú a sociálnu podporu, tak aby boli dostupné pre užívateľov sociálnych služieb v bežnej komunite.

Každý človek má silné stránky, podobne aj záujem o určitú oblasť života a na tento fakt poukazuje aj individuálny prístup. V spolupráci s príbuznými, priateľmi a blízkymi ľuďmi sa dajú zmapovať jeho potreby

a záujmy, schopnosti a na tomto základe sa určuje cieľ, ktorý sa realizuje s podporou sociálnej služby. Vypracuje sa plán činností, podľa ktorého sa služba poskytuje a po určenom čase sa stav vyhodnotí a určí sa nový cieľ. Oblasť plánovania zameraného na človeka ktorú pre transformáciu odporúča Pörtner (2009) hovorí o každom človeku ako o odborníkovi pre svoj život, ktorý najlepšie rozumie svojim potrebám. Nosným princípom PCA prístupu je spôsob komunikácie, kde je užívateľ sociálnych služieb hlavným aktérom procesu plánovania svojho života, sám si vyberá ľudí do podpornej skupiny a sám si stanovuje ciele. Sociálny pracovník plní úlohu facilitátora, ktorý podporuje realizáciu plánu a aktívne vyhľadáva komunitné zdroje. Zároveň podporuje: poznanie a pochopenie potrieb ľudí; poskytovanie primeranej podpory; umožnenie kontroly človeku nad vlastným životom; ochranu práv ľudí s postihnutím; príležitosti pre každého človeka byť užitočným pre svoju komunitu; vedie od izolácie k začleneniu; vedie od osamelosti k spoznaniu nových ľudí; vedie od neuznávania k rešpektu; vedie od bezmocnosti k možnosti výberu; vedie od nízkych očakávaní k skúsenosti byť niekým.

Posledná oblasť - inštitucionalizácie služieb, hovorí o možnostiach využívať sociálne služby v inštitúciách, ľuďmi so zdravotným postihnutím. Celý život človeka sa odohráva pod jednou strechou, v subkultúre inštitúcie so svojimi pravidlami, rituálmi, mýtami, stereotypmi, režimom s dôrazom na udržanie chodu inštitúcie. Každodenné sociálne kontakty sú zúžené na spolubývajúcich a pracovníkov. Zariadenie len v obmedzenej miere využíva komunitné zdroje a nepodporuje odchod obyvateľov späť do bežného života.

Európska sociálna sieť (ďalej len ESN) určila ako predpoklad pre efektívne komunitné služby niekoľko kľúčových prvkov. Prvým prvkom je plánovanie, ako strategická oblasť kde sa sledujú potreby obyvateľov. Je to proces, ktorý vychádza zo sociálno-ekonomických údajov miest a obcí i kvalitatívnych informácií od miestnych obyvateľov. Jeho úlohou je identifikovať súčasné a predpokladané sociálne a zdravotné potreby miestnych obyvateľov. Ako druhý prvok uvádza ESN poradenstvo, ktoré je dôležité pre každého, kto potrebuje sociálne služby a podporu. Po poradenstve nasleduje posúdenie individuálnych potrieb, čo obvykle vyžaduje spoluprácu špecializovaného pracovníka s užívateľom služieb. Cieľom posúdenia je identifikovať potreby a spoločne s užívateľmi naplánovať možnosti uspokojenia ich potrieb. Ďalším z predpokladov je zistenie kapacity služieb. Kapacita a dostupnosť služieb by mali byť pravidelne kontrolované miestnymi orgánmi a ďalšími organizáciami, ktoré sú zodpovedné za plánovanie a financovanie. Táto požiadavka vyplýva zo zákona 448/2008 Z.z., podľa ktorého má každý občan odkázaný na sociálne

služby právo ich užívať. Zároveň má právo výberu, čo v komunitných službách znamená, nie len voľbu medzi rôznymi poskytovateľmi rovnakej služby ale tiež voľbu ako chce človek žiť svoj život. Dôležité je spomenúť, že voľba pobytu môže byť podmienená na základe voľných miest alebo rozhodnutia VÚC. Prechod od inštitucionálnej starostlivosti ku komunitnej podpore má za cieľ zlepšenie kvality života užívateľov služieb, teda ich celkovej životnej spokojnosti vrátane emocionálnych, sociálnych a fyzických aspektov života. Komunitná podpora sa oproti tomu zameriava na individuálne potreby užívateľov v mieste ich bydliska. Vďaka tomu služby založené na komunitnej podpore môžu s väčšou pravdepodobnosťou vnímať jednotlivca so všetkými potrebami a záujmami a majú lepšie predpoklady na zlepšenie kvality života užívateľov sociálnych služieb. (Holúbková, Ďuran, 2013).

Grieco a Bulic (2012) formulovali proces deinštitucionalizácie ako proces, ktorý zahŕňa vytváranie kvalitných služieb poskytovaných v rámci komunity s cieľom zabrániť inštitucionalizácií. Cieľom je presun prostriedkov z pobytových ústavov do nových služieb tak, aby bola zabezpečená dlhodobá udržateľnosť. Rovnako aj plánované uzavretie inštitúcií pre osoby so zdravotným postihnutím, ktoré sú izolované od spoločnosti kvôli nedostatočným štandardom starostlivosti a podpory, kedy sú im upierané ľudské práva. Zároveň si kladie za cieľ vytváranie bežných služieb v oblasti vzdelávania a odbornej prípravy zamestnanosti, bývania, zdravia a dopravy. Proces deinštitucionalizácie zároveň znamená aj prevenciu pred inštitucionalizáciou v budúcnosti.

Členské štáty v rámci procesu transformácie a deinštitucionalizácie navrhli podľa expertnej skupiny D-I niekoľko odporúčaní. Prvým je posúdiť a zmeniť právne a administratívne predpisy tak, aby bolo zabezpečené aktívne zapojenie prijímateľov služieb starostlivosti do procesov prijímania rozhodnutí, ktoré sa ich týkajú a týkajú sa aj podoby služieb, ktoré sú im poskytované.

Druhým odporúčaním je označiť právne predpisy, ktoré priamo alebo nepriamo podporujú inštitucionalizáciu alebo blokujú prechod na komunitnú starostlivosť. Tretím odporúčaním je prijať stratégie a akčné plány založené na základných a spoločenských pravidlách, spolu s jasným časovým rámcom a rozpočtom pre rozvoj komunitných služieb a zatvorenie inštitúcií s dlhodobou starostlivosťou. Rozvinúť vlastný rad ukazovateľov k hodnoteniu miery zavádzania akčných plánov. Následným odporúčaním je využitie štrukturálnych fondov pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť. Prostriedky na vzdelávanie personálu môže poskytnúť ESF, zatiaľ čo na budovanie

a podporu komunitných služieb je možné využiť Európsky fond pre regionálny rozvoj (ďalej len ERDF). Expertná skupina D-I zároveň konštatuje, že by členské štáty mali zabezpečiť, aby prostriedky z ERDF neboli čerpané na budovanie a podporu nových izolovaných rezidenčných inštitúcií. Ak by aj bola použitá nevyhnutná podpora, investície do týchto zariadení by v procese deinštitucionalizácie a transformácie nemali prekročiť 10% celkových nákladov. Ďalšie odporúčanie D-I sa týka požiadavky pre vytvorenie systému povinného hodnotenia kvality života prijímateľov, podpory na zlepšenie pracovných podmienok profesionálov v službách starostlivosti s cieľom zatriktívniť prácu v tomto sektore. Zároveň je podľa expertnej skupiny potrebné poskytovať systematickú podporu neprofesionálnym opatrovateľom, pre zabezpečenie kvality poskytovanej starostlivosti a ochrany kvality ich vlastného života. Záverečným odporúčaním je zabezpečiť koordináciu jednotlivých ministerstiev a agentúr zapojených do procesu transformácie a deinštitucionalizácie.

## ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- GRIECO, S., BULIC, S. 2012. *Manuál o využívaní európskych fondov pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť*. [online]. Brusel. [cit. 13.11.2015]. Dostupné na [www: http://deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/2013/10/2013-10-18-Toolkit\\_Slovak-version\\_EDITED.pdf](http://deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/2013/10/2013-10-18-Toolkit_Slovak-version_EDITED.pdf)
- HOLÚBKOVÁ, S., ĎURANA, R. *Odvaha na nové sociálne služby*. [online]. 2013. [cit. 5.12.2014]. Dostupné na [www.iness.sk/media/file/pdf/INESS\\_Odvaha\\_na\\_nove\\_sluzby.pdf](http://www.iness.sk/media/file/pdf/INESS_Odvaha_na_nove_sluzby.pdf)
- CHÁB, M. 2004. *Svět bez ústavů: až budete mít chvílku, zkuste si představit svět bez ústavů ukrývajících lidi, bez kterých jsou neústavní lidé ve svých životech dezorientováni*. Praha: QUIP - Společnost pro změnu, 83 s. ISBN 80-239-4772-9.
- KOZÁKOVÁ, Z., KREJČÍŘOVÁ, O., MÜLLER, O. 2013. *Charakteristika dospívání a dospělosti osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 111 s. ISBN 978-80-244-3712-5.
- MATOUŠEK, O. 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, s.r.o., 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
- PÖRTNER, M. 2009. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál, 175 s. ISBN 978-80-7367-582-0.
- Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike* [elektronická správa]. Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny [cit. 5.12.2014]. Dostupné na internete: <http://www.employment.gov.sk/files/legislativa/dokumenty-zoznamy-pod/strategia-deinstitutionalizacie-systemu-socialnych-sluzieb-nahradnej-starostlivosti-1.pdf>



**PRÁCA S MÉDIAMI A VZŤAHY S VEREJNOSŤOU  
AKO SÚČASŤ INŠTRUMENTÁRIA SOCIÁLNEJ PRÁCE**  
**WORKING WITH THE MEDIA AND PUBLIC RELATIONS  
AS PART OF THE ARMAMENTARIUM  
OF SOCIAL WORK**

<sup>1</sup> *Telepjanová Štefánia* – <sup>2</sup> *Pavlová Martina*

<sup>1,2</sup> Detašované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku

**ABSTRAKT**

Príspevok sa zaoberá možnosťami práce s médiami a PR komunikáciou s dôrazom prepojenia na inštrumentárium sociálnej práce. Cieľom bolo popísať viacerých možností začlenenia prvkov marketingovej komunikácie a prvkov PR pre potreby sociálnej práce. V prvej časti popisujeme teoretické východiská sociálnej práce v komparácii s mediálnymi teóriami. Ďalšia časť práce pojednáva o vzťahoch s verejnosťou, opäť sa snažíme o ich prepojenie na akcent sociálnej práce. Empirickú časť tvorí stanovenie cieľa výskumu a metódy. Výsledky sú následne analyzované a interpretované v diskusii.

**KLÚČOVÉ SLOVÁ:** Sociálna práca. Média. Vzťahy s verejnosťou. Komunikácia. Imidž.

**ABSTRACT**

The paper deals with the possibilities of working with the media and PR communication, with an emphasis on linking instrumentarium of social work. The aim was to describe a number of opportunities to incorporate elements of marketing communications and PR elements for the purposes of social work. The first part describes the theoretical basis of social work in comparison with media theory. Another section deals with public relations, once again we are trying to link to accent their social work. The empirical part consists of goal setting and research methods. The results are then analysed and interpreted in the debate.

**KEYWORDS:** Social work. Media. Public relations. Communication. Image

## TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ SOCIÁLNEJ PRÁCE V KONTEXTE VZŤAHOV S VEREJNOSŤOU

Poslanie sociálnej práce je pre spoločnosť stále nejednoznačné a značne mäťuce. Autor mediálnych teórií Šverha (2007) tvrdí, že význam medializácie a propagácie nie je stále v dostatočnej miere ocenený. Prízvukuje, že s nárastom moci médií má rásť aj schopnosť ľudí zvládať ich pôsobenie tak, aby boli využité v službách dobra a šľachetnosti. Primárne teoretické koncepty sociálnej práce, z ktorých vychádzame sú paradigmy, ako vzory základných poznatkov určujúce spôsob poznávania. Ich ohraničenie súvisí s premenlivosťou spoločnosti a jej historickým vývojom. Autori Matoušek (2001) a Levická (2002) sa zhodujú na troch tzv. malých paradigmách.

Prvá malá paradigma je označovaná za terapeutickú pomoc alebo terapeutickú paradigmu. Súčasná terapeutická paradigma je nedirektívna a jej cieľom je zachovanie sociálneho fungovania a teda aj duševnej pohody klienta. Táto paradigma kladie dôraz na komunikáciu a budovanie vzťahov a je zameraná na vzťah sociálneho pracovníka a klienta. (Levická, 2002). Myslíme si, že ak by sme spomínanú paradigmu aplikovali globálne na vzťah sociálnej práce a verejnosti, je možné ciele terapeutickú paradigmu zamerať aj na podporu a budovanie vzťahov s verejnosťou. Vnímanie druhej terapeutickú paradigmy je upriamené na terapeutickú intervenciu sociálneho pracovníka s cieľom pomôcť jednotlivcovi, skupine alebo komunite. Druhá malá paradigma sociálnej práce je označená už podľa názvu, reformná za nositeľku zmien v spoločnosti. Dilemou tejto stratégie ostáva hrozba elitárskych skupín, ktoré by mohli vedome ovplyvňovať spoločenskú moc a zdroje vo svoj prospech. Cieľom sociálnej práce ostáva zabezpečenie princípov rovnosti. Pri hlbšej analýze budovania vzťahov s verejnosťou nachádzame konsenzus. Bednařík (2003) poukazuje na celoplošné chápanie vzťahov s verejnosťou, kedy sa jedná o vytváranie a podporu porozumenia u jednotlivcov a sociálnych skupín. Ďalej pripomína úlohu blízku prevencii a predchádzaniu konfliktov, ktorú komunikácia a budovanie vzťahov s verejnosťou realizuje.

V prípade poradenskej paradigmy, ide predovšetkým o pomoc klientovi resp. klientom poskytnutím spomenutých informácií, kvalifikovaného poradenstva, prístupných zdrojov a mediácií. Zároveň sa snaží o dosiahnutie zmeny v spoločnosti a inštitúciách s dôrazom na podporu osobného a komunitného rastu. (Mátel, Schavel a kol., 2013). Prvotne sa môže zdať, že toto prepájanie je len o teoretickej diskusii. Sme, ale toho názoru, že spôsob, akým chápeme vzťahy s verejnosťou ovplyvňuje výber nástrojov, ktoré využijeme a aké výsledky dosiahneme.

Tokárová (2003) dopĺňa teórie sociálnej práce aj o štvrtú malú paradigmu, ktorá sa zaoberá edukologizáciou praktickej sociálnej práce. Vychádza z názoru, že činnosť sociálnej práce má aj výchovný a vzdelávací charakter, minimálne intenciu. Jej tvrdenie podporuje skutočnosť, že len dve z pätnástich činností sociálnej práce, nemajú citel'ný pedagogický zámer. Týmito činnosťami sú ekonomická pomoc a pomoc starším. Preberáme aj tri dôvody pedagogickej tendencie, ktoré uvádza Schilling (1999). Cieľom ale aj naďalej ostáva kvalifikovaná intervencia do procesu socializácie a resocializácie sociálnej práce. (Tokárová, 2003). Jedinečnosť tohto teoreticko-praktického odboru vyplýva z priamej aplikácie a využitia.

V nasledujúcej časti sa zameriame na komunikačné a sociálnopsychologické modely.

Komunikačné teórie tvoria podľa nášho názoru základnú skupinu vedomostí a poznatkov pre prax sociálneho pracovníka. Správa aj reakcie majú obsahovú a vzťahovú zložku a vo vzťahoch v komunikácii je hneď niekoľko typológií. Autori komunikačných teórií Satirová (1994), Hall (1966) a Sheflen (1972) tvrdia, že väčšina vzťahov v sebe spája elementy symetrickej a komplementárnej komunikácie. Úspešné vzťahy pritom využívajú obe komunikačné polohy. Súčasťou tejto teórie je aj reflexia aktivity sociálneho pracovníka, pri ktorej sa spolupodieľa na systéme služieb ľudom, ktorí „*vlastnou profesionálnou aktivitou produkujú a reprodujú kategórie sociálnych problémov, vrátane vytvárania typológie ľudí so sociálne problémovými kategóriami.*“ (In: Navrátil, 2001, s. 217).

V premostení na vzťahy s verejnosťou (ďalej len PR) tu nachádzame značnú podobnosť u Blacka (1994), ktorý ich charakterizuje ako umenie a spoločenskú vedu o tom, ako dosiahnuť harmóniu s prostredím. Táto harmónia je podmienená vzájomným pochopením, ktoré je založené na úplných a pravdivých informáciách. Stotožňujeme sa s touto definíciou aj pre jej etický rozmer.

Predstavitelia sociálnopsychologického modelu Breakwell a Rowett (1982) kládli dôraz na vytváranie vzťahov medzi ľuďmi, prostredníctvom modifikácie rôznych sociálnych situácií. Zaoberali sa aj otázkami identity, stigmatizácie, skupinového správania a pod. (Navrátil, 2001). Sociálnopsychologické a komunikačné modely zahŕňajú širšie spektrum teórií, napr. teórie rolí, etiketizačné teórie, ktoré sú podrobne rozpracované vo viacerých publikáciách. Tieto modely majú prepojenosť na kognitívne, fenomenologické a existencionálne teórie. Vychádzajú už

cyklicky z Rogersovho humanistického prístupu práce s klientom. Dôvodom je široké pole pôsobnosti humanistických teórií, ktoré dávajú priestor pre inovatívne prístupy práce s klientom za predpokladu, že je zachovaná autonómnosť. Najčastejšie sú aplikované v poradenských a terapeutických činnostiach sociálnej práce. Kľúčové podmienky súvisia s tým, akým spôsobom sociálny pracovník pristupuje ku klientovi a buduje s ním vzťah, čo v závere odráža aj ich vzájomný spôsob komunikácie. (Matoušek a kol., 2007). Zo súčasných teórií vyberáme antiopresívne prístupy, ktoré sa snažia o zamedzenie opresívneho pôsobenia sociálnych štruktúr a inštitúcií. Predmet antidiskriminujúcich prístupov v práci sociálneho pracovníka je veľmi široký a je náročné ho definovať jednou vetou. Jeho zástupcovia sa pokúšajú o zahrnutie feministických, antirasistických a radikálnych konceptov. Tento princíp môže vyvolať aj nevoľu a odmietnutie. Postavený je na troch imperatívoch, ktorými sú: spravodlivosť, rovnosť a spoluúčasť. Thompson (2000) ako jeden z predstaviteľov tejto teórie poukazuje na nebezpečenstvo nátlaku a diskriminácie, s ktorou sa klienti sociálnej práce stretávajú. Sociálny pracovník by si mal byť vedomý štrukturálnej diskriminácie, ktorej môže byť klient vystavený. Zároveň môže toto jednanie odstraňovať, ale aj posilňovať a tak sa stať súčasťou problému. Antiopresívne pôsobenie v premostení na PR komunikáciu nachádzame u Klatovského (2002), ktorý dôležitosť a úspešnosť vzťahu s verejnosťou vidí v dosiahnutí vytýčených cieľov za podpory a pochopenia verejnosti.

### **VZŤAH MÉDIÍ A SOCIÁLNEJ PRÁCE**

Vychádzajúc z delenia Strieženca (2006) podľa, ktorého musí definovanie predmetu, obsahu, cieľa, úloh, kategórií a metodiky sociálnej práce rešpektovať možnosti definovania sociálnej práce ako: praktickej činnosti, vedného odboru, samostatnej profesie a akademickej disciplíny. Ondrušová a kol. (2009) hovorí o sociálnej práci ako o multidisciplinárnej až transdisciplinárnej vednej oblasti. Podľa nej disponuje špeciálnymi metódami práce s teoretickým zameraním na jednotlivca, rodinu, skupinu, komunitu alebo spoločnosť. Podobne ako ostatné vedy venuje pozornosť odbornej príprave pracovníkov pôsobiacich v tejto oblasti. Zároveň je to praktická činnosť, zameraná na predchádzanie alebo úpravu problémov jednotlivcov, skupín a komunit. Strieženec (2006) ďalej hovorí o funkčnosti sociálnej práce, ktorá spočíva v zladení praktických potrieb ako podpory sociálnych zmien. Zároveň prízvukuje požiadavku prijatia a pripravenosti jednotlivcov na zmeny, pretože sú v priamej väzbe s jednotlivcom a skupinami a najmä ich spoločenskými životmi. Neustále prebiehajúce spoločenské zmeny a globalizácia ovplyvnili aj sociálnu

prácu. Nutnosť reagovať na ne bola aj dôvodom vytvorenia novej globálnej definície, ktorá bola predstavená v júli 2014 v Melbourne a hovorí o tom, že: „sociálna práca je praktická profesia a vedecký odbor, ktorý podporuje sociálnu zmenu a rozvoj, sociálnu súdržnosť, posilnenie práv a slobôd ľudí. Zásady ľudskej spravodlivosti, ľudských práv, kolektívnej zodpovednosti a rešpektovanie rozdielností sú základom sociálnej práce. S pomocou teórií sociálnej práce, sociálnych vied, humanitných odborov a tradičných poznatkov, sociálna práca zapája ľudí a štruktúry do riešenia problémov života a do posilňovania sociálneho blaha.“ (Hetteš, 2015, str. 10).

Jedna z prvých charakteristík dopadu globalizácie na sociálnu prácu, hovorí o dostupnosti pre všetkých občanov. Občan je o možnostiach sociálnej práce informovaný a má právo navštíviť jej inštitúcie. Inštitucionálna forma je ďalšou charakteristikou, pri ktorej má praktická práca vytvorenú sieť inštitúcií, počínajúc štátnymi a samosprávnymi garantmi a poskytovateľmi sociálnych služieb. Absentujúci priestor sociálnych služieb vyplňajú mimovládne organizácie. Pluralita zdrojov umožňuje využitie všetkých dostupných prostriedkov pre klientov sociálnej práce a to nielen zo štátnych, medzinárodných, nadačných, ale aj súkromných zdrojov. (Ondrušová a kol., 2009). Aktuálnejšia definícia, reflektuje na požiadavky sociálnej zmeny, sociálneho rozvoja, sociálnej súdržnosti a posilnenie práv a slobôd ľudí. Sociálna práca je na prax orientovaná profesia, podobne aj vedecká disciplína. Ako základ pre emancipačnú prax sa ukazuje rozvoj kritického vedomia pomocou poznania štrukturálnych zdrojov útlaku a privilegií, ktorej cieľom je posilnenie práv a slobôd. Táto požiadavka má v dnešnej dobe nesmierny význam, dovolíme si tvrdiť, že viac ako inokedy. Sociálna práca sa solidaritou so znevýhodnenými ľuďmi, usiluje znížiť chudobu, tiež oslobodiť marginalizovaných, utláčaných ľudí a zároveň podporiť sociálnu inklúziu a sociálnu súdržnosť. (Hetteš, 2015).

Domnievame sa, že snaženie sociálnej práce o sociálnu zmenu, rozvoj, súdržnosť a posilnenie ľudských práv je možné naplniť aj prostredníctvom diskusie o potenciálnom vzťahu médií a sociálnej práce. Roviny možného vzťahu sociálnej práce a médií popisuje Sveřepa (2005), ktorý ako prvé uvádza spravodajstvo o sociálnej práci. Autor hovorí o tom, že väčšina ľudí nemusí prísť počas svojho života do kontaktu so sociálnym pracovníkom. V takomto prípade sú médiá hlavným zdrojom informácií o sociálnych službách. Burton a Jiráček (2003) zase konštatujú, že médiá slúžia aj ako nástroj na dosiahnutie cieľov sociálnej práce. Sociálna práca by preto aj podľa nášho názoru mala reflektovať úlohu

médií v modernej spoločnosti a vedieť ju využiť v prospech dosiahnutia svojich cieľov. Predpokladáme, že zlepšenie informovanosti a vzdelávanie cieľových skupín by podporilo úsilie o zmenu sociálneho prostredia. Rovnako by napomohlo komunikácii s možnými užívateľmi sociálnych služieb a v neposlednej rade by tým zabezpečilo pozitívne budovanie verejného obrazu profesie.

Súčasťou úsilia sociálnej práce je aj snaha o zmenu sociálneho prostredia. Praktická práca teda okrem pomoci jednotlivcom a sociálnym systémom zlepšuje aj ich sociálne fungovanie a mení sociálne podmienky, aby chránila človeka a sociálny systém pred problémami vo fungovaní. (Sheafor, Horejsi, 2001). Samotný etický kódex zaväzuje sociálnych pracovníkov k zmene sociálnych podmienok v spoločnosti a podporovaniu všeobecného blaha. (Mátel a kol. 2010). Myslíme si, že na prijatie tejto roly je dôležitá spolupráca sociálnych pracovníkov s médiami, práve za účelom ovplyvnenia zmeny. Vychádzajúc z reformnej a poradenskej paradigmy sociálnej práce, považujeme za jeden z najefektívnejších spôsobov pomoci práve zvyšovanie vzdelávania. Zároveň aj sprístupnenie informácií potrebných na zvládnutie záťažovej životnej situácie a rozširovanie znalostí o sociálnych problémoch a súvisiacich sociálnych službách. Podobne aj informovanie o sociálnych otázkach a o spoločenskej nespravodlivosti. (DuBois, Miley, 1999).

Masové médiá ako jeden z možných informačných kanálov poskytujú informácie širokej verejnosti a podporujú rýchlejší prístup ľudí k formálnym aj neformálnym zdrojom. (Klatovský, 2002). Túto požiadavku umocňuje aj narastajúca konkurencia v sociálnych službách a negatívny obraz o sociálnej práci. Jednou z rovín vytvárania vzťahov s verejnosťou je aj oslovenie a získanie nových užívateľov služieb, oslovenie možných darcov a iných podporovateľov. Na druhej strane je to aj budovanie verejného obrazu cieľových skupín, resp. lepšej informovanosti o nej a jej potrebách. (Franklin, Parton, 1991).

Tretia rovina vzájomného vzťahu sociálnej práce a médií sa týka profesijných médií. Odborná tlač má v tomto prípade dve hlavné funkcie. Prvou je informovať verejnosť o profesijnom dianí a budovať jej obraz. Druhou funkciou je reflektovať prácu odborníkov a poskytovať im spätnú väzbu. Profesijné médiá sú prostriedkom pre rozvoj pozitívnych postupov a príkladov dobrej praxe. Zároveň diskutujú o sporných otázkach a vyjasňujú úlohy sociálnej práce. Kvalitné profesijné médiá môžu zlepšovať verejný obraz sociálnej práce a posilňovať identifikáciu pracovníkov s odborom. (Sveřepa, 2005).

Otázku prepojenia sociálnej práce a médií riešia vo svojom

príspevku aj Szyszka a Tomczyk (2014), ktorí uvádzajú, že zrelé PR sú vzdialené sociotechnikám, skrytej propagande a je pre nich typické transparentné jednanie a etické štandardy. Hlavnými piliermi činnosti v perspektíve sociálnej pomoci bude zlepšenie a podpora informovanosti a spolupráce. Vzťahy s verejnosťou sú definované ako veda alebo umenie dosahovať harmóniu s okolím cez vzájomné porozumenie založené na pravdivej a úplnej informácii. (Black, 1994). Podobne je to funkcia manažmentu, ktorá kladie dôraz na tvorenie a udržanie dobrých vzťahov so široko chápaným okolím inštitúcie a to: internými pracovníkmi, dobrovoľníkmi, ale aj externými komunitami, inštitúciami, orgánmi a inými subjektmi. (Goban-Klas, 1997).

Táto požiadavka reaguje na subjektívnosť a vzájomnosť vzťahov, informovanie a koexistenciu. Preto musia byť PR chápané komplexne ako element politiky kvality a funkčnej inštitucionálnej komunikácie. Efektívnosť týchto činností je podmienená začlenením do integrovaného manažmentu inštitúcie a nie len ako úsilie určitého oddelenia. Rozvíjanie činnosti z oblasti PR je možné generalizovať pod skupinu menovateľov a určiť tak základné oblasti. Radíme sem tvorbu a koordináciu totožnosti inštitúcií, vnútorné PR, profesionálne vzťahy s médiami, informačné a propagačné činnosti spojené s organizovaním projektov, akcií a pod. V neposlednom rade aj krízový manažment a teda účinnú komunikáciu a koordináciu pracovných činností v krízových situáciách. (Szyszka, Tomczyk, 2014).

V premostení na sociálne inštitúcie prízvukuje Kmecová (2011), že cieľom fungovania sociálnych inštitúcií nie je reklama a propagácia, ale pomoc a podpora. Zásadný rozdiel marketingovej komunikácie v perspektíve pre sociálnu prácu vidíme v spokojnosti užívateľov sociálnych služieb. Avšak bez podpory okolia nie je možné zrealizovať mnohé aktivity, podobne aj úspešne ukončiť rozbehnuté. Tým sa dostávame k poznaniu, že dôvera je proces dynamický a neustály. Vyžaduje si komunikáciu s okolím, lokálnym prostredím, novinármi, orgánmi a pod. Verejná dôvera a dobrá povest' sú podmienky pre efektívne realizovanie základných úloh verejných inštitúcií. Wąsiński (2012) tvrdí, že vyrovnaný rozvoj a integrácia rozvíjajú spoluprácu inštitúcií a vzťahy s lokálnymi komunitami a ich reprezentantmi. Tieto činnosti umožňujú vzdialenie sa od stereotypu vnímania sociálnej práce len ako poskytovateľa sociálnych dávok. Verejné inštitúcie sú z pochopiteľných dôvodov priamym záujmom médií a verejnosti. Komunikácia, podpora a participácia, spoločne s otvorenosťou a úprimnosťou sú pre sociálnu pomoc prirodzené.

Marketingová prax hovorí, že aktivity zamerané na dobrú komunikáciu a budovanie vzťahov negenerujú dodatočné náklady, a zároveň posilňujú rovinu fungovania inštitúcií sociálnej pomoci. Konkrétnym cieľom v perspektíve sociálnej práce by z nášho pohľadu malo byť budovanie dobrého mena a posilňovanie dôveryhodnosti a transparentnosti profesie. Realizácia PR aktivít môže prebiehať interne, alebo ich môžu realizovať externé subjekty. Zároveň sa jedná o prelínanie aktivít tzn., že ich nie je možné oddeliť, pretože navzájom sa objavujú vo všetkých oblastiach, ako sú: posilňovanie firemnej kultúry a imidžu organizácie, prevádzka webových stránok, publikácia materiálov, organizovanie akcií, komunikácia s dôležitými partnermi a subjektmi a komunikácia s médiami. (Šedivý, Medlíková, 2011).

V prepojení na sociálnu prácu, nachádzame konsenzus v oblasti sieťovania. Koncept vytvárania sociálnych sietí slúži ako kvantitatívny ukazovateľ sociálnej opory. Na druhej strane sociálna opora je poskytovaná prostredníctvom sociálnej siete. Je to teda súbor ľudí, s ktorými je jedinec v sociálnom kontakte, a ktorí by mu v prípade núdze boli ochotní pomôcť. (Křivohlavý, 2003).

Systém sociálnej opory, napomáha druhému postaviť sa na nohy a prekonať záťaž. Sociálna opora sa stala fenoménom, na ktorý je možné nazeráť z viacerých uhlov. Táto koncepcia slúži ako symbol prekonania všadeprítomnej neistoty, ako neviditeľný, ale účinný zdroj opory v situácii, kedy v dôsledku prudkých zmien zlyhali všetky doterajšie poistky stability a zabezpečenia. (Keller, 2012). Mareš (2003) vo svojej definícii popisuje sociálnu oporu ako informácie, rady a nehmotnú pomoc. Pričom sú tieto komponenty príjemcami opory vnímané ako prospešné a užitočné. Podobne je sociálna opora vnímaná ako pomoc a podpora od druhých, ktorá zmierňuje a uľahčuje negatívne následky stresu na človeka. (Koubeková, 2001).

V širšom ponímaní môžeme hovoriť aj o vytváraní sociálnych sietí medzi viacerými odborníkmi. Funkčné siete považujú mnohí sociálni pracovníci za nevyhnutné. Kompaktné riešenie problémových životných situácií klientov totiž vyžadujú spoluprácu odborníkov z rôznych oblastí. V praxi sa môžeme stretnúť s imaginárnymi sieťami medzi organizáciami, inštitúciami štátu, miestnej samosprávy, občianskeho a súkromného sektoru. Narážame tu na nefungujúcu komunikáciu. Ak teda sociálni pracovníci chcú podporovať klientov v zvládaní záťažových životných situácií, musia vyvinúť nemalé úsilie pre vytvorenie neformálnych sietí funkčne spolupracujúcich odborníkov. (Baláž, 2012).

Pri sociálnych sieťach jednotlivca musíme rozlišovať viaceré



aspekty, akými sú: hustota, zloženie podľa veku, pohlavia, záujmov, homogenity a stability v čase. Menšie siete so silnými väzbami a vysokou homogenitou sa ukazujú ako prospešnejšie vo vzťahu k identite jedinca. Tá môže byť ovplyvnená pozitívne, negatívne alebo indiferentne. (Tardy In: Kebza, Šolcová, 1999). Rozhodujúcim aspektom aj v tomto prípade ostáva kvalita sociálnych vzťahov, ich intenzita a bohatosť. Tieto pomocné siete pre ľudí v kríze, ale vytvárajú aj ďalšie pomáhajúce organizácie. Podporné siete pôvodne tvorili väzby vyplývajúce z lokálnych vzťahov. Tento jav sa mení s postupnou zmenou v spoločnosti, ktorá ovplyvňuje aj zmeny štruktúr týchto väzieb a teda aj zdrojov sociálnej opory. Do určitej miery je možné siete nahradiť alebo umelo vytvoriť nové siete. Najväčšími a najprirodzenejšími zdrojmi stále ostáva predovšetkým rodina a priatelia. (Baštecká, 2005). Pri definovaní sociálnych sietí považujeme za vhodné spomenúť aj ich funkcie. Sieťovanie vytvára priestor pre sociálnu integráciu a zlepšuje proces rovnoprávneho spoločenského začlenenia do života spoločnosti. (Paynenova, Seymourová, Ingletanová eds., 2007).

#### **BUDOVANIE VZŤAHOV S VEREJNOSŤOU V SOCIÁLNEJ PRÁCI**

Problematiku manažmentu, sa pokúsime porovnať so sociálnym manažmentom v kontexte objasnenia jeho miesta v systéme sociálnej práce. V odbornej ekonomickej literatúre nachádzame niekoľko definícií manažmentu. V prospech sociálnej práce preberáme od autorov Kunza a Kozlera (In: Svobodová, 2003, s. 23) definíciu, ktorá uvádza manažment ako *„proces tvorby a udržiavania prostredia, v ktorom jednotlivci pracujú spoločne a účinne dosahujú vybrané ciele. Je to tiež proces optimalizácie využitia ľudských, materiálnych a finančných zdrojov k dosiahnutiu cieľov.“*

Východiskom pre identifikáciu manažmentu v sociálnej práci, resp. sociálneho manažmentu je poznanie, že každá organizácia je zložená z dvoch systémov. Systém riadiaceho a riadeného. (Mydlíková, 2004). Komplexnosť manažmentu však nie je možné aplikovať v plnom rozsahu do systému sociálnej práce. Priblíženie manažmentu a možností jeho využitia, zameriame na cieľ sociálnej práce. Tým je zvyšovanie kvality života eliminovaním, riešením a zmierňovaním ich životných problémov. Z pohľadu sociálnej práce ide o manažovanie tých aktivít a činností, ktoré smerujú k zvyšovaniu kvality života ľudí, ktorí sa ocitli v problémoch. (Fabiánová, 2010).

Za východiskovú sme zvolili definíciu Strieženca (1996), ktorý opisuje sociálny manažment ako aktivity špecializujúce sa na

koordinovanie činností pracovníkov organizácií pôsobiacich v oblasti sociálnej pomoci, sociálnych služieb, sociálnej prevencie a sociálneho poradenstva. Ekonomický akcent definícií manažmentu v sociálnej práci nachádzame u Repkovej (2000), ktorá venuje pozornosť kvalite a dynamike služieb pre klienta, z pohľadu využívania potenciálu ľudí organizácii sociálnej práce v prospech klienta. Tento potenciál využíva práve cez metódu spracovania projektového zámeru v zmysle finančnej a organizačnej podpory. Konkrétne uchopenie sociálneho manažmentu a stanovenie objektu jeho záujmu, je potrebné skúmať aj menej viditeľné prvky ako sú: vzťahy, kritériá a faktory ovplyvňujúce efektivitu riadiacich procesov. Ústrednú pozíciu zastáva sociálny kapitál a stanovenie jeho cieľov, postupov a pravidiel na zabezpečenie fungujúcej infraštruktúry, sociálneho systému. Sociálny kapitál tvoria normy, ktoré podporujú spoluprácu medzi dvomi alebo viacerými jednotlivcami. (Fukuyama, 1999). Fabiánová (2010) naopak tvrdí, že sociálny kapitál je možné identifikovať ako spoločenský potenciál neviditeľných spätno-väzbových vzťahov, ktoré dokážu doceliť spoluprácu viacerých jednotlivcov alebo skupín. Podstata sociálneho kapitálu tkvie v rôznych variáciách objektov záujmu a to v dvoch merateľných dimenziách. Prvá dimenzia aspektu záujmov pozostáva zo sociálnej štruktúry a druhú tvoria jednotlivci alebo skupiny jednotlivcov ako funkčný celok efektivity. (Coleman, 1990).

Cieľom sociálneho manažmentu je zabezpečiť efektívne riadenie a spoluprácu subjektov sociálnej pomoci. Okrem toho je to aj vytvorenie spätno-väzbových vzťahov, za účelom stotožnenia sa s cieľmi sociálneho systému. Sociálny kapitál je tak riadiacim prvkom, ktorý na rozdiel od ľudského kapitálu reaguje aj na neformálne faktory riadiacich procesov. (Fabiánová, 2010). Strieženec (1999) charakterizuje faktory sociálneho kapitálu ako rozsah sociálnych vedomostí a zručností stelesnených v sociálnej sile a v možnostiach využitia celej siete sociálnych kontaktov. Domnievame sa teda, že ústredné prvky sociálneho manažmentu sú sociálne vedomosti, sociálne zručnosti a sociálne kontakty. Tie tvoria štruktúru sociálneho manažmentu potrebnú ku komplexnému pochopeniu riadiaceho procesu v sociálnej práci. Sociálny kapitál má dva základné a nezlučiteľné významy. Individuálny sociálny kapitál tvoria zdroje, k ním má jedinec prístup vďaka kontaktom s inými ľuďmi a členstvo v skupinách, tzv. súkromné statky, známosti. Kolektívny sociálny kapitál sú zdroje uložené vo vzťahoch medzi ľuďmi, ktoré spoločnosť môže využiť na vyriešenie dilem kolektívneho správania, a teda ich radíme medzi verejné statky. (Portes, 1998).

V zmysle tohto vnímania marketingovej komunikácie je pre nás zaujímavou a adresnou kategóriou marketingu prebiehajúci v neziskových

organizáciách.

V odbornej literatúre sa stretávame aj s označením občianska spoločnosť. Je dôležitým pilierom demokracie v spoločnosti. Termín „*tretí sektor*“ je na Slovensku často spájaný s jednou zložkou občianskej spoločnosti a tou sú mimovládne organizácie. Na jednej strane to poukazuje na silné postavenie tejto zložky, na druhej, ale vytvára riziko skresleného pohľadu na rozmanitosť občianskej spoločnosti v celej jej šírke. Mimovládne organizácie majú na Slovensku najčastejšie právnu formu občianskych združení, nadácií, neinvestičných fondov a neziskových organizácií poskytujúcich verejnoprospešné služby. (Úrad vlády SR, 2011). Z označenia neziskový sektor je zrejmä absencia motívu zisku. Ak sa aj nejaký zisk dosiahne, nerozdelí sa medzi vlastníkov, ale vracia sa späť do ďalších verejnoprospešných programov. Neziskové organizácie tak podnecujú rozvoj pozitívnych hodnôt a kritického myslenia a sú preto označované aj ako sektor morálky. Ich hlavným cieľom je zmeniť správanie ľudí, okolnosti a situácie, zlepšenie zdravia, zvyšovanie vzdelanosti či skvalitnenie života v spoločnosti. Dôležitú úlohu zohrávajú aj v ekonomike krajiny, kedy participujú na hrubom domácom produkte, zamestnanosti a na celkovom ekonomickom raste. Neziskové organizácie ako nerentabilný sektor nie je zaujímavý pre podnikateľskú sféru a z ekonomického hľadiska plní akúsi servisnú funkciu pre štát. Neopomenuteľný je, ale ich vplyv na spoločenské a politické dianie práve cez sociálnu zmenu, občiansku advokáciu a budovanie komunít. (Drucker, 1994).

### CIEĽ PRÁCE

Cieľom práce bolo preskúmanie možností implementácie prvkov PR komunikácie do inštrumentálnej základne sociálnej práce. Hlavný cieľ práce sme podporili štyrmi výskumnými otázkami, na ktoré sme sa pokúsili nájsť odpovede:

- *Ako vnímajú sociálni pracovníci mediálnu komunikáciu?*
- *Existuje podľa sociálnych pracovníkov spojitosť medzi vzťahmi s verejnosťou a sociálnou prácou?*

### DISKUSIA

Analýzou výskumných dát sa nám podarilo identifikovať kritické miesta, ktoré sme následne podrobili technike kódovania, čím nám vznikli viaceré kategórie. Po stanovení problému výskume sme formulovali výskumné otázky nasledovne:

- *Ako vnímajú sociálni pracovníci mediálnu komunikáciu?*

- *Existuje podľa Vás spojitosť medzi vzťahmi s verejnosťou a sociálnou prácou?*

*Ako vnímajú sociálni pracovníci mediálnu komunikáciu?*

Zo získaných dát vyplynulo, že sociálni pracovníci vnímajú spracovanie mediálnej komunikácie a spôsob interpretácie ako *skreslené*. Upozorňujú na negatívny obraz, ktorý médiá vytvárajú. Dôvodom je podľa nich zameranosť na *senzácie*. Informovanie o negatívach a pochybeniach považujú sociálni pracovníci za zámerné, pretože médiá sa snažia v prvom rade zaujať a prilákať divákov. Táto skutočnosť, ale podľa sociálnych pracovníkov ovplyvňuje celkový obraz profesie. Účastníci sa zhodujú, že zobrazenie sociálnej práce v médiách nie je viditeľné a jasne pomenované. Podľa výsledkov rozhovorov rozoberajú médiá problematické spoločenské situácie, ale intervencia zo strany sociálnych pracovníkov v príspevkoch absentuje. V médiách sa ďalej zobrazujú témy, ktoré sú úzko späté aj so sociálnou prácou. Participanti konštatovali negatívne nastavenie médií, ktoré súvisí aj s predmetom sociálnej práce. Dôvodom je podľa ich názoru spojitosť s citlivými témami, ktoré ovplyvňujú názor širokej verejnosti. Z ďalších informácií sa dozvedáme, že pohľad médií je etiketizačný a stereotypný. Podľa názoru účastníkov výskumu, chýba „*strážcom médií*“ hlbší prienik do problematiky. Zároveň sú médiá koncipované tak aby odrážali názor väčšinovej spoločnosti, čím tvoria úlohu „*hlasu ľudu*“. (Jandourek, 2003). Čo, ale v médiách chýba sú príklady dobrej praxe, kedy aj drobné úspechy sociálnej práce nie sú zverejňované.

*Existuje podľa sociálnych pracovníkov spojitosť medzi vzťahmi s verejnosťou a sociálnou prácou?*

Bez pomôcok a ďalšieho vysvetlenia definovali ciele a aktivity PR. Taktiež identifikovali komunikáciu ako základný nástroj. Z dát získaných z rozhovorov sme vytvorili kategóriu *priamy kontakt*. Účastníci sa v rozhovoroch zhodli, že dôležitým faktorom pre vytvorenie dobrého a fungujúceho vzťahu s klientom je priamy kontakt. Odborná marketingová literatúra uvádza, že priamy kontakt je jedným z najefektívnejších prvkov PR komunikácie. V rozhovoroch uvádzajú postupnosť na základe, ktorej dobrá skúsenosť klienta vedie k pozitívnej spätnej väzbe a tá je interpretovaná ďalej. Zo získaných informácií usudzujeme, že pozitívna spätná väzba od klientov je aj pre sociálnych pracovníkov dôležitým ukazovateľom pre ich vlastnú prax.

V súvislosti so spojitosťou sociálnej práce a PR sa participanti zhodli na požiadavke vhodného výberu alebo voľby komunikačnej stratégie. Konštatujú, že pre úspešné vytvorenie vzťahu s klientom je

okrem obsahu komunikácie dôležitý aj výber vhodného spôsobu akým bude informácia podaná.

Tieto dáta sme zosumarizovali do podkategórie *efektívna komunikácia*. Efektívna komunikácia, o ktorej sa participanti v rozhovoroch zmieňujú je podľa Rogersa (In: Motsching, Nykl, 2011) podmienená tromi podmienkami. Tieto podmienky sú:

- kongruencia alebo autentickosť,
- prijatie alebo bezpodmienečný rešpekt,
- empatia alebo empatické porozumenie.

Toto tvrdenie vyvrátili participanti nášho výskumu, ktorý sa niekoľkokrát zhodli na odosobnení a potlačení požiadavky autenticnosti. Tento spôsob práce zaradzujú pod kategóriu prístup ku klientovi. Domnievame sa, že volený spôsob komunikácie súvisí s nedostatočným informovaním sociálnych pracovníkov o tomto prístupe. Myslíme si, že voľba prístupu je podmienená osobnosťou sociálneho pracovníka. Aj v tomto prípade sa dostáva do rozporu profesionalita a autentickosť. Podľa zistení z rozhovorov môžu samotní sociálni pracovníci z autentického prístupu nadobudnúť dojem neprofesionálneho jednania podobne aj neochotu.

V ďalšej časti vyplynula z rozhovorov subkategória *správnej komunikácie*. Informanti pod týmto termínom označili citlivý prístup v komunikácií, ktorý by mal prihliadať na vek účastníkov rozhovoru. Ich tvrdenie korešponduje s charakteristikou DeVita (2008) o rozdielnosti názorov, postojov a životných skúseností podmienených práve vekom, ktoré uvádzame v teoretickej časti práce. Podobne z rozhovorov sumarizujeme aj akúsi otvorenosť a prístupnosť, ktorá je predpokladom dobrej praxe. Pod týmto termínom máme na mysli prekonávanie vlastných kritických a problematických situácií, kedy v komunikácií aj sociálny pracovník musí vykročiť mimo zónu svojho komfortu. Na druhej strane bola v rozhovoroch načrtnutá otázka *etiky a etického prístupu*. Účastníci poukázali na ťažkosti, s ktorými sa stretávajú počas praxe a ako riešenie navrhli ďalšie vzdelávanie aj formou komunikačných výcvikov a etiky v sociálnej práci. Systém ďalšieho vzdelávania v sociálnej práci zatiaľ nie je na Slovensku legislatívne upravený, čo považujeme za veľký nedostatok.

## ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- BALÁŽ, R. 2012. *Sociální práce je teorií i praxi současně*. Sociální práce/Sociální práca. Brno: ASVSP. roč. 12, č. 1, s. 17-19. ISSN 1213-6204.
- BAŠTECKÁ, B. 2008. Poradenství v pomáhajících profesích. Sociální práce/Sociální práca. Brno: ASVSP. roč. 12, č. 1, s. 26-32. ISSN 1213-6204.
- BEDNAŘÍK, A. a kol. 2003. *Čítanka pre neziskové organizácie*. 3. vyd. Bratislava: Centrum prevencie a riešenia konfliktov. 199 s. ISBN 80-967890-5-8.
- BLACK, S. 1994. *Nejúčinnější reklama: public relations*. Praha: Grada Publishing. 203 s. ISBN 80- 7169-106-2.
- BREAKWELL, G. M., ROWETT, C. 1982. *Social Work: the Social Psychological Approach*. VNR, Wokingham. 311 p. ISBN 0442305192.
- BURTON, G., JIRÁK, J. 2003. *Úvod do studia médií*. Brno: Barrister & Principal. 392 s. ISBN 80-85947-67-6.
- COLEMAN, J. 1990. *Foundations of Social Theory*. Cambridge: MA - Harvard University Press. 1114 s. ISBN 13: 978-0-674-31225-8.
- DeVITO, J. 2008. *Základy medzilidské komunikace*. 6. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 512 s. ISBN 978-80-247-2018-0.
- DRUCKER, P. F. 1994. *Řízení neziskových organizací – praxe a principy*. Praha: Management press. 232 s. ISBN 80-85603-38-1.
- DuBOIS, B., MILEY, K. K. 1999. *Social work. An empowering profession*. Boston: Allyn & Bacon. 535 p. ISBN 0205277055.
- FABIÁNOVÁ, M. 2010. Teoretické aspekty manažmentu v sociálnej práci verzus sociálny manažment. In: Prohuman.sk [online]. 26. 7. 2010. [citované 2015-08-22]. Dostupné na internete: <http://www.prohuman.sk/socialna-praca/teoreticke-aspekty-manazmentu-v-socialnej-praci-verzus-socialny-manazment>.
- FRANKLIN, B., PARTON, N. 1991. *Social work, the media and public relations*. London: Routledge. 242 p. ISBN 0-415-05003-0.
- FUKUYAMA, F. 2002. *Social Capital and Development: The Coming Agenda*. SAIS Review - Volume 22. Winter-Spring 2002, Number 1, p. 23-37.
- GOBAN-KLAS, T. 1997. *Public Relations, czyli promocja reputacji. Pojęcia, definicje, uwarunkowania*. [PR inak propagácia reputácie/Pojmy, definície, podmienky]. Varšava: Business Pres. s. 12. ISBN: 83-905106-8-5.
- HALL, E. T. 1966. *The Hidden Dimension*. Doubleday. Garden City. 217 p. ISBN 0-385-08476-5.
- HETTESŠ, M. 2015. *Ludské práva a sociálna ochrana v sociálnej práci*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. 242 s. ISBN 978-80-8132-128-3.
- JANDOUREK, J. 2003. *Úvod do sociologie*. Praha: Portál, s.r.o. 232 s. ISBN 80-7178-749-3.
- JIRÁK, J., KÖPPOVÁ, B. 2003. *Média a společnost*. Praha: Portál. 208 s. ISBN 80-7178-697-7.

- KEBZA, V. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
- KELLER, J. 2012. Úvod do sociologie. 6. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství Slon. 208 s. ISBN 978-80-7419-102-2.
- KLATOVSKÝ, R. 2002. [online]. *Stručně o PR*. [citované 2015-21-8]. Dostupné na internete: <http://prklub.cz/st/vztahy/strucne.html>.
- KMECOVÁ, J. 2011. *Investovanie v sociálnej práci*. Prešov: DARE, o. z. 145 s. ISBN 978-8097-07-57-0-5.
- KOUBEKOVÁ, E. 2001. *Vztáhy medzi percipovanou sociálnou oporou a niektorými osobnostnými charakteristikami adolescentov*. In: *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. roč. 36, č. 1, s. 39-49. ISSN 0555-5574.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 1999. Moderátor zvládání zátěže typu sociální opory. In: *Československá psychologie*. Praha: Akademie věd České republiky, č. 2, roč. 43, č. 2, s. 106-118. ISSN 0009-062X.
- LEVICKÁ, J. 2002. *Metódy sociálnej práce*. 1. vyd. Tmava: ProSocio. 121 s. ISBN 80-89074-38-3.
- MAREŠ, J. et al. 2003. *Sociální opora u dětí a dospívajících III*. Hradec Králové: Nucleus. 252 s. ISBN 80-86225-47-1.
- MÁTEL, A. a kol. 2010. *Etika sociálnej práce*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2010. 173 s. ISBN 978-80-89271-85-6.
- MÁTEL, A., SCHAVEL, M. a kol. 2013. *Teória a metódy sociálnej práce I*. Bratislava: Spoločnosť pre rozvoj sociálnej práce. 446 s. ISBN 978-80-971445-1-7.
- MATOUŠEK, O. a kol. 2001. *Základy sociální práce*. Praha: Portál. 312 s. ISBN 80-7178-473-7.
- MATOUŠEK, O. a kol. 2007. *Sociální služby*. Praha: Portal. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MOTSCHING, R., NYKL, L. 2011. *Komunikace zaměřená na člověka*. Praha: Grada Publishing a.s. 176 s. ISBN 978-80-247-3612-9.
- MYDLÍKOVÁ, E. 2004. *Manažment v sociálnej práci*. Bratislava: OZ Sociálna práca. 91 s. ISBN 80-89185-04-5.
- NAVRÁTIL, P. 2001. Vybrané teorie sociální práce. In: MATOUŠEK O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál s.r.o. 312 s. ISBN 80-7178-473-7.
- ONDRUŠOVÁ, Z. a kol. 2009. *Základy sociálnej práce*. Brno: MSD. 140 s. ISBN 978-80-7392-109-5.
- PAYNENOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, CH. eds. 2007. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
- PORTES, A. 1998. *Social capital: Its origins and applications in modern sociology*. *Annual Sociology* 24:1-24.
- REPKOVÁ, K. 2000. *Projektovanie v sociálnej práci. Stratégie, koncepcné východiská*

- i praktické otázky*. Ružomberok: Epos. 224 s. ISBN: 8080573107.
- SATIROVÁ, V. 1994. *Kniha o rodine*. Praha: Svan. 350 s. ISBN 80-901325-0-2.
- SHEAFOR, W. B., HOREJSI, CH. R., HOREJSI, G. A. 2011. *Techniques and Guidelines for Social Work Practice*. Boston: Pearson. 528 p. ISBN 978-0205838752.
- SHEFLEN, A. E. 1972. *Body Language and Social Order*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs. 265 p. ISBN 9780130795908.
- SCHILLING, J. 1999. *Sociálna práca. Hlavné smery vývoja sociálnej pedagogiky a sociálnej práce*. Trnava: SAP. 272 s. ISBN 80-88908-54-X.
- STRIŽENEC, Š. 1999. *Úvod do sociálnej práce*. Trnava: AD. 197 s. ISBN 80-967589-6-9.
- STRIŽENEC, Š. 2006. *Teória a metodológia sociálnej práce*. Trnava: Tripsoft. 296 s. ISBN 80-969390-4-1.
- SVEŘEPA, M. 2005. *Sociální práce a médiá .Sociální práce/Sociálna práca*. [online]. Brno: Asociace vzdelávatele v sociální práci. roč. 2005. č. 4. s. 111-119. [citované 2015 – 08 – 20]. ISSN 1213-6204. Dostupné na internete: <http://socialnprace.cz/soubory/2005-4-090221133531.pdf>.
- SVOBODA, V. 2006. *Public relations, moderně a účinně*. Praha: Grada Publishing, a.s. 244 s. ISBN 80-247-0564-8.
- SZYSZKA, M., TOMCZYK, L. 2014. Vybrané funkcie public relations inštitúcií sociálnej pomoci. *Zdravotníctvo a sociálna práca*. [online]. Bratislava: SAMOSATO, s.r.o. IX. roč. č. 1/2014. s. 20 – 26. [citované 2015 – 08 – 23]. ISSN 1336 9326. Dostupné na internete: [http://www.zdravotnictvoasocialnapraca.sk/wpcontent/uploads/ZaSP\\_Cislo\\_1\\_2014\\_SK.pdf](http://www.zdravotnictvoasocialnapraca.sk/wpcontent/uploads/ZaSP_Cislo_1_2014_SK.pdf)
- ŠEDIVÝ, M., MEDLÍKOVÁ, O. 2011. *Úspěšná nezisková organizace*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 160 s. ISBN 978-80-247-4041-6.
- ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. 1999. Sociální opora jako významný protektivní faktor. In: *Československá psychologie*. Praha: Psychologický ústav akademie věd České republiky. roč. 43., č. 1, s. 19 – 38. ISSN 0009-062X.
- ŠVERHA, S. 2007. *Požehnanie a preklatie: Kresťan vo svete masmédií*. Košice: Katolícka univerzita v Ružomberku. 74 s. ISBN 80-889170-15-3.
- THOMPSON, N. 2000. *Understanding social work: preparing for practice*. Edited by Jo. Campling. 1 st pub. Hounhills. 190 p. ISBN 0-333-71749-X.
- TOKÁROVÁ, A. a kol. 2003. *Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. 1. vyd. Prešov: Akcent print. 572 s. ISBN 80-968367-5-7.
- WASIŃSKI, A. 2012. Myślenie obywatelskie w świecie homonovus wyzwaniem dla współczesnej edukacji powszechniającej ideę społeczeństwa obywatelskiego. Bielsku-Białej: „Gentes&Nations”. Nr 6 (2/2012). s. 163-180. ISSN 2081-9714.



**SOCIÁLNA PRÁCA NA SLOVENSKU –  
PRÁVNE ASPEKTY****SOCIAL WORK IN THE SLOVAK REPUBLIC –  
THE LEGAL ASPECTS**

<sup>1</sup> Tkáč Vojtech - <sup>2</sup> Vražel Jozef

<sup>1,2</sup> Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

**ABSTRAKT**

Sociálna práca na Slovensku prežíva významné obdobie dynamického rozvoja. V roku 2014 bol prijatý komplexný zákon č. 219/2014 Z. z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny, ktorý definuje nové prístupy k sociálnej práci, upravuje systém vzdelávania v sociálnej práci a zakladá Komoru sociálnych pracovníkov Slovenskej republiky. Sociálna práca a jej právne aspekty sa kreujú a realizujú v podmienkach európskej sociálnej a právnej kultúry. Slovenská republika je tiež viazaná sociálnym právom Európskej únie a medzinárodných organizácií, najmä Organizácie Spojených národov, Rady Európy a Medzinárodnej organizácie práce. Na globálnej svetovej úrovni sa vyvíjajú nové prístupy k definícii sociálnej práce. V podmienkach Slovenskej republiky sa v súčasnosti rozširuje predmet sociálnej práce ako praktickej vedy a formulujú sa aj nové paradigmy sociálnej práce, najmä z aspektov jej reformných, poradenských, terapeutických a spirituálnych hodnôt.

**KEÚČOVÉ SLOVÁ:** Sociálna práca, Právne aspekty, Paradigmy sociálnej práce

**ABSTRACT**

Social work in Slovakia is experiencing a significant period of dynamic development. In 2014 a comprehensive Law no. 219/2014 Coll. Social work and the conditions for the exercise of certain professional activities in the field of Social and Family Affairs was adopted, which defines new approaches to social work, regulates the system of education in social work and based The Chamber of social workers of the Slovak Republic. Social work and its legal aspects are constituted and implemented in terms of European social and legal culture. Slovak Republic is also bound by the social legislation of the European Union and international organizations, especially the United Nations, the Council of Europe and the

International Labour Organisation. At the global level, new approaches to the definition of social work are being developed. In the Slovak Republic it is currently being expanded the subject of social work as a practical science and a new paradigms of social work are being formulated, especially from the aspects of its reform, counselling, therapeutic and spiritual values.

**KEY WORDS:** Social Work, Legal aspects, Paradigms of the Social Work

## ÚVODNÉ POZNÁMKY

Právne aspekty sociálnej práce vytvárajú v trhovej ekonomike významné funkcie legislatívnych garancií v uznaní a v postavení sociálnej práce v právnom systéme i v architektúre sociálnej sféry štátu.

Po zmene politického systému v roku 1989 vo federálnom Česko – Slovensku sa začala transformácia politických, ekonomických, sociálnych a ostatných sfér spoločnosti, pričom v bývalom režime sa pojem *sociálna práca* vôbec nevyskytoval.

Transformácia sociálnej sféry po socialistickom spoločenskom zriadení trvá až do súčasnosti a zmeny sociálnej sféry sú z hľadiska ich kvality i kvantity ako aj z časového hľadiska najkomplikovanejšie. Politické zmeny sa uskutočnili razantne a v krátkom časovom úseku. Ekonomická transformácia sa v našich podmienkach uskutočnila tzv. *cestou šokovej terapie* a sociálne zmeny prebiehajú neustále už tretie desaťročie.

Treba uviesť, že v socialistickom právnom poriadku pôsobilo ako samostatné právne odvetvie *právo sociálneho zabezpečenia*, ktoré obsahovalo tzv. *sociálnu starostlivosť* ako predchodcu systémov novej architektúry sociálnej sféry, kompatibilnej s európskou sociálnou a právnou kultúrou. V bývalom režime tiež nepôsobilo medzinárodné sociálne právo a pred členstvom Slovenskej republiky v Rade Európy (Štrasburg) a v Európskej únii tiež nepôsobilo sociálne právo Rady Európy a sociálne právo Európskej únie.

Legislatívne ukotvenie sociálnej práce v právnom poriadku Slovenskej republiky, vrátane právnej úpravy sociálnej práce v relevantných medzinárodných prameňoch sociálneho práva, povýšilo sociálnu prácu na významné miesto v sociálnom systéme, v právnom systéme, v právnom vedomí a v sociálnom vedomí slovenskej spoločnosti.

Právna úprava sociálnej práce sa stala významnou súčasťou sociálnych práv a ekonomických práv v systéme základných ľudských práv a slobôd v Slovenskej republike.

Aktuálny *system sociálnej ochrany* Slovenskej republiky obsahuje európske princípy ľudských práv, pričom základom systému sociálnej ochrany je *system sociálneho zabezpečenia* a jeho podsystemov, a to *podsystem sociálneho poistenia*, *podsystem sociálnej podpory* a *podsystem sociálnej pomoci* (IFE, J., 2001).

Sociálna práca pôsobí vo všetkých uvedených troch základných podsystemoch sociálnej ochrany a sociálneho zabezpečenia.

Na svetovej úrovni sme svedkami dynamického vývoja prístupov k sociálnej práci (HARRIS, J., 2014).

V Hongkongu v roku 2010 sa vytvorilo globálne hnutie, ktoré prijalo dokument *Globálna agenda sociálnej práce a sociálneho rozvoja: Závazok konať* (*The Global Agenda for Social Work and Social Development Commitment to Action – Global Agenda*), pozri k tomu:

(<http://www.globalsocialagenda.org>).

V júli 2012 sa kontinuálne v Štokholme uskutočnila spoločná konferencia najvýznamnejších medzinárodných organizácií sociálnej práce pod názvom *Sociálna práca a sociálny rozvoj: činnosť a výsledok*“ (<http://www.swsd-stockholm-2012.org>).

Zásadný a spoločný strategický dokument medzinárodných organizácií sociálnej práce *Globálna agenda sociálnej práce a sociálneho rozvoja: Závazok konať* bol prezentovaný na pôde Organizácie Spojených národov v marci 2012.

*Nová globálna definícia sociálnej práce*, ktorá bola schválená v lete 2014 v Melbourne (Austrália) ovplyvňuje právny poriadok Slovenskej republiky.

Definícia sociálnej práce v anglickom variante znie nasledovne: „*Social Work is a practice-based profession and an academic discipline that promotes social change and development, social cohesion, and the empowerment and liberation of people. Principles of social justice, human rights, collective responsibility and respect for diversities are central to social work. Underpinned by theories of social work, social sciences, humanities and indigenous knowledge, social work engages people and structures to address life challenges and enhance wellbeing.*”

Uvedenú definíciu navrhli Výkonný výbor *Medzinárodnej federácie sociálnych pracovníkov* (*International Federation of Social Workers - IFSW*, <http://ifsw.org>) a Rada *Medzinárodnej asociácie škôl sociálnej práce* (*International Association of Schols of Social Work - IFSW*, <http://www.iassw-aiets.org>), ktoré tvoria partnerstvo s *Medzinárodnou*

radou pre sociálny rozvoj (International Council on Social Welfare – ICSW, <http://www.icsw.org>).

Slovenský preklad navrhol M. Hetteš v tomto znení: „...*Sociálna práca je praktická profesia a vedecký odbor, podporuje sociálnu zmenu, sociálnu súdržnosť, práva a slobodu ľudí. Zásady sociálnej spravodlivosti, ľudských práv, kolektívnej zodpovednosti a rešpektovanie rozdielnosti sú základom sociálnej práce. S pomocou teórií sociálnej práce, sociálnych vied, humanitných odborov a tradičných (pôvodných) poznatkov, sociálna práca zapája ľudí a štruktúry do riešenia problémov života a do posilňovania sociálneho blaha*“ (HETTEŠ, M., 2014).

### **MEDZINÁRODNÉ PRÁVNE SÚVISLOSTI SOCIÁLNEJ PRÁCE**

V súvislosti s demokratizáciou právneho poriadku po roku 1989 sa uskutočnili významné legislatívne úpravy ústavného práva Slovenskej republiky.

Ústava Slovenskej republiky je účinná od 1. januára 1993 a obsahuje štandardné katalógy sociálnych práv a ekonomických práv občanov, pričom výslovne neuvádza sociálnu prácu ako inštitút ústavného práva.

Sociálne právo Slovenskej republiky tvoria pramene medzinárodného sociálneho práva a pramene sociálneho práva Slovenskej republiky, ktoré je zložené z práva sociálneho zabezpečenia, z pracovného práva, z rodinného práva, z občianskeho práva, z administratívneho práva atď.

Medzinárodné sociálne právo a jeho pôsobenie v sociálnej sfére Slovenskej republiky je ovplyvnené *multilaterálnymi medzinárodnými zmluvami*, vydávanými relevantnými medzinárodnými sociálnymi organizáciami.

Medzi pramene medzinárodného sociálneho práva patria aj *bilaterálne (dvojstranné) medzinárodné zmluvy*, uzatvárané Slovenskou republikou a ďalším suverénnym štátom. Ich predmetom sú sociálne inštitúty, týkajúce sa vzájomného zamestnávania občanov, sociálneho zabezpečenia, zdravotnej starostlivosti, hospodárskej spolupráce, vzdelávania, mobility mladých ľudí, smerujú tiež k zabráneniu dvojitému zdaneniu, k vzájomnej ochrane investícií atď.

Slovenská republika uzavrela (*de lege lata*) 25 dvojstranných medzinárodných zmlúv o sociálnom zabezpečení a deväť dvojstranných medzinárodných zmlúv o zamestnávaní, ich vnútroštátnym gestorom je Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky.

Význam medzinárodných právnych prameňov z oblasti sociálnej práce v slovenskom právnom poriadku je podmienený procesom tzv. *supranacionalizácie*, ktorý spočíva v obmedzovaní a združovaní sociálnej

suverenity štátu prostredníctvom členstva v relevantnej medzinárodnej organizácii a ratifikáciou multilaterálneho právneho predpisu.

Ako relevantné medzinárodné organizácie pôsobia *Organizácia Spojených národov*, *Medzinárodná organizácia práce* a *Rada Európy*.

V prípade, že Slovenská republika ratifikuje a v Zbierke zákonov uverejní prameň práva (chartu, pakt, deklaráciu, dohovor atď.) medzinárodnej organizácie, teda Organizácie Spojených národov, Medzinárodnej organizácie práce alebo Rady Európy, takýto prameň sociálneho práva má prednosť pred zákonmi Slovenskej republiky.

V zmysle ustanovení Ústavy Slovenskej republiky medzinárodné zmluvy o ľudských právach a základných slobodách, medzinárodné zmluvy, na ktorých vykonanie nie je potrebný zákon, a medzinárodné zmluvy, ktoré priamo zakladajú práva alebo povinnosti fyzických osôb alebo právnických osôb a ktoré boli ratifikované a vyhlásené spôsobom ustanoveným zákonom, majú prednosť pred zákonmi.

Štát sa takto zaväzuje plniť záväzky, vyplývajúce z ratifikovaného dokumentu a vstupuje do prísneho kontrolného mechanizmu medzinárodnej organizácie. Osobitná nadradenosť voči členskému štátu vyplýva z rozhodnutí *Európskeho súdu pre ľudské práva Rady Európy* (Štrasburg) a *Súdneho dvora Európskej únie* (Luxemburg).

*Organizácia Spojených národov* prijala viac ako 500 právnych predpisov v oblasti ľudských práv.

Z celkového počtu 189 dohovorov Medzinárodnej organizácie práce Slovensko ratifikovalo 75 dohovorov, z ktorých temer všetky tvoria základ právnej regulácie procesov a vzťahov aj v rámci sociálnej práce (z uvedeného počtu ratifikovaných dohovorov/konvencií je účinných 70 dohovorov).

Z hľadiska legislatívy Rady Európy Slovenská republika ratifikovala tiež väčšinu sociálnej legislatívy tejto najväčšej a najstaršej európskej medzinárodnej organizácie, ktorá v oblasti ľudských práv prijala viac ako 200 prameňov práva.

V roku 1998 ako druhý postsocialistický štát po Poľsku ratifikovala Slovenská republika *Európsku sociálnu chartu Rady Európy*, v ktorej sa v Článku 14 vyskytuje *sociálna práca* aj ako legislatívny právny inštitút, čím sa od jari 1998 stáva inštitút *sociálnej práce* po prvýkrát v histórii súčasťou právneho poriadku Slovenskej republiky.

V roku 1999 Slovenská republika ratifikovala *Revidovanú Európsku sociálnu chartu Rady Európy*, ktorá oproti pôvodnému variantu z roku

1961 obsahuje širšie spektrum sociálnych práv a ekonomických práv občanov.

Národná rada Slovenskej republiky s chartou vyslovila súhlas uznesením č. 1321 zo 17. februára 2009 a rozhodla, že ide o medzinárodnú zmluvu podľa čl. 7 ods. 5 Ústavy Slovenskej republiky, ktorá má prednosť pred zákonmi (*Oznámenie Ministerstva zahraničných vecí Slovenskej republiky č. 273/2009 Z. z. o ratifikácii Revidovanej Európskej sociálnej charty Rady Európy*).

Podľa ustanovení Článku 14 *Revidovanej Európskej sociálnej charty Rady Európy (Právo na prospech zo sociálnych služieb)* na zabezpečenie účinného výkonu práva na sociálne služby sa zmluvné strany zaväzujú podporovať alebo organizovať služby použitím metód *sociálnej práce*, ktoré pomôžu jednotlivcom a skupinám v spoločenstve pri ich rozvoji a prispôbení sociálnemu prostrediu a podporovať účasť jednotlivcov a dobrovoľných alebo iných organizácií pri zriaďovaní alebo udržiavaní takýchto služieb.

Osobitné princípy platia v rámci *členstva štátu v Európskej únii* a tieto mechanizmy musí uplatniť aj Srbská republika v prípade vyvrcholenia vstupných procesov pred vstupom do Európskej únie. Mimoriadny význam má v období pred vstupom štátu do Únie právny režim a realizácia *referenda o vstupe krajiny* do Európskej únie.

*Ústava Slovenskej republiky* v súvislosti s aproximáciou právneho poriadku pred vstupom do Európskej únie ustanovila osobitný systém *prednosti práva Európskej únie* pred vnútroštátnym právnym poriadkom Slovenskej republiky.

Slovenská republika môže na základe ustanovení Ústavy Slovenskej republiky medzinárodnou zmluvou, ktorá bola ratifikovaná a vyhlásená spôsobom ustanoveným zákonom, alebo na základe takej zmluvy preniesť výkon časti svojich práv na Európsku úniu. Právne záväzné akty Európskych spoločenstiev a Európskej únie majú prednosť pred zákonmi Slovenskej republiky.

V rámci širších súvislostí treba uviesť, že aproximácia práva Európskej únie prebieha vo fáze *prístupového procesu* a v štádiu *členstva* po vstupe štátu do Európskej únie.

V súčasnosti pôsobí v právnom poriadku Európskej únie vyše 18 tisíc prameňov práva.

Okrem *primárnych prameňov* (najmä základné zmluvy – *Zmluva o Európskej únii, Zmluva o fungovaní Európskej únie, Charta základných práv Európskej únie* atď.) ako tzv. *sekundárne pramene práva Európskej*

únie sú to *nariadenia* a *rozhodnutia*, ktoré platia priamo, bezprostredne po uverejnení v Úradnom vestníku Európskej únie. Ďalej sú to *smernice*, ktoré je štát pred vstupom a počas členstva v Únii povinný previesť do svojho právneho poriadku (*transpozícia*).

Ďalšími prameňmi práva sú tiež *odporúčania* a *stanoviská*.

V rámci predvstupového procesu musí štát prijať *zákon o Úradnom vestníku Európskej únie*, čím umožní spolu s ústavnou prednosťou práva Európskej únie pred vlastnými zákonmi pôsobiť právnym predpisom Únie vo vlastnom vnútroštátnom právnom poriadku.

Slovenská republika pre uľahčenie prieniku (transpozície) smerníc Európskej únie, ktoré sú jej najfrekvencovanejšie pramene práva, prijala *zákon o aproximačných nariadeniach vlády*, ktorým sa vo vybraných oblastiach politik Európskej únie umožňuje vláde transformovať smernicu Únie pružne prostredníctvom nariadenia vlády, čo je rýchlejšia transpozícia ako formou zložitej legislatívy pri tvorbe zákona.

Pre ilustráciu uvádzame, že vláda Slovenskej republiky môže prijať aproximačné nariadenie vlády na vykonanie smerníc Únie, okrem iného aj na smernice v oblasti bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci a v oblasti voľného pohybu osôb, teda pre oblasť sociálnej práce v podnikovej sociálnej politike a v rámci medzinárodného pohybu osôb.

#### **PRÁVNA ÚPRAVA SOCIÁLNEJ PRÁCE NA SLOVENSKU**

Po ratifikácii Európskej sociálnej charty Rady Európy v roku 1998 bol na Slovensku prijatý *zákon č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci*.

V ďalšom vývoji sa rozvíja legislatíva v rámci transformácie sociálnej sféry, teda sa prijímajú tiež právne predpisy v oblasti sociálneho poistenia, štátnej sociálnej podpory, sociálnej pomoci atď., ktoré obsahujú aj *expressis verbis* ustanovenia o sociálnej práci.

Podľa európskeho vzoru sa kompletizuje sociálna architektúra v troch pilieroch, a to v systémoch *sociálneho poistenia*, *sociálnej podpory* a *sociálnej pomoci*.

V citovanom *zákone o sociálnej pomoci* sa uvádza *sociálna práca ako právny inštitút*, pričom je to *prvý zákon* v modernej histórii sociálnej práce na Slovensku, ktorý výslovne obsahuje *sociálnu prácu ako právny inštitút*.

V legislatívnom vývoji bol *zákon č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci* postupne diverzifikovaný do relatívne samostatných zákonov, ale historicky to bol prvý zákon Slovenskej republiky, ktorý obsahoval práv-

ne vymedzenie sociálnej práce v právnom poriadku i v sociálnom poriadku Slovenska.

Aktuálna *právna úprava sociálnej práce* na Slovensku je obsiahnutá v nasledujúcich právnych predpisoch:

- v *zákone č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov,*
- v *zákone č. 305/ 2003 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,*
- v trestnom práve v právnej úprave v *zákone č. 475/2005 Z. z. o výkone trestu odňatia slobody* (tu sa sociálna práca charakterizuje ako jeden z prostriedkov zaobchádzania s odsúdeným občanom),
- legislatívu v oblasti sociálnej práce upravujú tiež právne predpisy o službách zamestnanosti, o systéme kompenzácií ťažkého zdravotného postihnutia, v právnych predpisoch o dávkach sociálnej podpory, vrátane štátnych dávok, rozvíjajú sa právne režimy sociálneho poistenia, podnikových sociálnych služieb, hmotnej núdze, životného minima atď.

Ustanovenia o sociálnej práci sú v právnom poriadku Slovenskej republiky systematicky spojené s ustanoveniami princípov *lege artis* v sociálnej práci, teda aktuálne legislatíva ustanovuje *povinnosť vykonávať sociálnu prácu* v súlade s najnovšími poznatkami spoločenských vied a v súlade so stavom a úrovňou praxe sociálnej práce.

V roku 2014 bol na Slovensku prijatý *zákon č. 219/2014 Z. z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny.*

Obsah *zákona o sociálnej práci* charakterizuje sociálnu prácu, podmienky na výkon sociálnej práce a zriadenie, postavenie a pôsobnosť Slovenskej komory sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce.

Právna úprava upravuje extenzívne aj podmienky na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny.

Podľa ustanovení § 2 sa charakterizuje *sociálna práca* na účely tohto zákona ako *odborná činnosť* vykonávaná sociálnym pracovníkom alebo asistentom sociálnej práce.

Osobitné predpisy ustanovujú jednotlivé podsystemy sociálnej práce (vyššie uvedené právne predpisy o sociálnych službách, o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele, o výkone trestu odňatia slobody,



o službách zamestnanosti, o penitenciárnej starostlivosti a o postpenitenciárnej starostlivosti atď.).

Pod pojmom „*odborná činnosť*“ definuje zákon o sociálnej práci súbor pracovných činností, na vykonávanie ktorých sú potrebné vedomosti a zručnosti získané absolvovaním vysokoškolského vzdelania ustanoveného stupňa v študijnom odbore *sociálna práca*.

Sociálna práca a jej právna kvalifikácia sa charakterizuje aj prostredníctvom užšieho vymedzenia ako tzv. *špecializovaná odborná činnosť*, ktorú vykonáva sociálny pracovník podľa osobitných predpisov.

Špecializovaná odborná činnosť sa definuje ako súbor pracovných činností užšieho zamerania sociálnej práce v ustanovenom špecializovanom odbore sociálnej práce, na vykonávanie ktorých sú potrebné vedomosti a zručnosti získané absolvovaním *akreditovaného špecializačného vzdelávacieho programu*.

Právna definícia *podmienok na výkon sociálnej práce* obsahuje tieto skutočnosti:

- odborná spôsobilosť na výkon sociálnej práce a
- povolenie na výkon samostatnej praxe sociálneho pracovníka, ak je sociálna práca vykonávaná ako samostatná prax.

Sociálna práca sa môže vykonávať v pracovnoprávnom vzťahu alebo v obdobnom pracovnom vzťahu, možno ju realizovať tiež v rámci výkonu samostatnej praxe sociálneho pracovníka.

Niektoré odborné činnosti, ktoré vyžadujú špecifické vedomosti a zručnosti získané absolvovaním akreditovaného vzdelávacieho programu ako tzv. „*nadstavbové odborné činnosti*“, môžu vykonávať sociálni pracovníci, asistenti sociálnej práce alebo absolventi príbuzných profesií.

Zákon o sociálnej práci (*ex lege*) prvýkrát v histórii na Slovensku ustanovuje *Slovenskú komoru sociálnych pracovníkov a sociálnych asistentov* ako profesijnú organizáciu, ktorá bude združovať sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce ako právnická osoba, vykonávajúca svoju pôsobnosť na území Slovenskej republiky.

Predmetom právnej úpravy sociálnej práce je tiež ustanovenie podmienok udelenia *akreditácie* na vzdelávací program a na špecializačný vzdelávací program.

Z hľadiska postavenia sociálneho pracovníka v citovanom zákone sa vytvára právna definícia profesijných titulov *sociálny pracovník* a *asistent sociálnej práce*.

*Odbornou spôsobilosťou na výkon sociálnej práce* je splnenie kvalifikačných predpokladov, tiež je to priebežné absolvovanie vzdelávania na udržiavanie, zdokonaľovanie a dopĺňanie vedomostí a zručností potrebných na výkon sociálnej práce (*sústavné vzdelávanie v sociálnej práci*).

Kvalifikačným predpokladom na výkon odbornej činnosti sociálnym pracovníkom je získané vysokoškolské vzdelanie *druhého stupňa* v študijnom odbore sociálna práca.

V prípade asistenta sociálnej práce je kvalifikačným predpokladom získané vysokoškolské vzdelanie *prvého stupňa* v študijnom odbore sociálna práca.

Zákon o sociálnej práci tiež ustanovuje právne regulátory o sústavnom vzdelávaní v sociálnej práci a o sústavnom vzdelávaní v nadstavbovej odbornej činnosti a ďalšie skutočnosti.

Predpokladá sa a vyžaduje vytvorenie *udržateľného systému vzdelávania v oblastiach sociálnej inklúzie*.

V súčasnosti prebieha na Slovensku diskusia o paradigmách sociálnej práce, pričom je snaha definovať nové paradigmy sociálnej práce, najmä vo vzťahu k duchovným dimenziám sociálnej práce, najmä teda k **spirituálnej paradigme sociálnej práce** (TKÁČ, V., 2012).

V priebehu transformácie po roku 1989 sa sociálna práca etablovala vo vzťahu k profesijnému uznaniu, čo vyvrcholilo v novom postavení sociálnej práce a sociálnych pracovníkov v uvedenej legislatíve.

Po roku 1989 sa nepredpokladal tak rozvinutý vecný rozvoj sociálnej práce, ako sa vyvíja v súčasnom období.

Sociálna práca sa uplatňuje v stále širšom diapazóne: extenzívnym prístupom podľa tézy, že *sociálna práca nie sú iba sociálne služby*, ale sú to aj jej nové dimenzie v súlade s vývojom spoločnosti.

V súčasnosti prebieha dynamický rozvoj sociálnej práce v nekonečnom rozmere trestnoprávnej dimenzie sociálnej práce v trestnej justícii, v penitenciárnej a v postpenitenciárnej starostlivosti, v restoratívnej justícii, v sociálnej kuratele...

V oblasti teórie a vedy sa rodí generácia mladých a nádejných teoretikov, rozvíja sa 3. stupeň vysokoškolského vzdelávania – doktorandské štúdium v študijnom odbore sociálna práca. Absolventi doktorandského štúdia ako nositelia akademického titulu (PhD.) dostali právny rámec v citovanom zákone o sociálnej práci, podľa ktorého môžu vykonávať funkcie garantov špecializačného vzdelávacieho programu alebo garanta vzdelávacieho programu.

Uznanie tretieho stupňa doktorandského štúdia v odbore sociálna práca je uznaním sociálneho vzdelávania v zákonnej forme, pričom v slovenskej legislatíve je odbor sociálna práca prioritný študijný odbor doktorandského štúdia, iné študijné odbory doktorandského štúdia takúto právnu garanciu nemajú...

*Špecializácia* absolventov odborov sociálnej práce sa vyvíja z prechodom z univerzálneho profilu absolventa vysokoškolského štúdia sociálnej práce na podsystemy sociálnej práce v rámci špecializácie (tento proces vyžaduje hlbokú analýzu...).

V súčasnosti na Slovensku vyvrcholila *komplexná akreditácia vysokých škôl*, pričom vzdelávanie v sociálnej práci je jej súčasťou.

Sociálna práca sa stáva súčasťou mnohých odborov. Ako pozitívny faktor registrujeme jej rozsiahly prienik do zamestnanosti, do zdravotníctva, ako i pomalší prienik do oblasti školstva.

System *sociálnej pomoci* má nekonečné možnosti pre ďalšie dimenzie sociálnej práce...

Širšie súvislosti vytvárajú problémy migrácie, utečencov, ale i starnutia populácie a rast významu sociálnej práce vo vzťahu k prebiehajúcim a očakávaným demografickým zmenám, kde možno očakávať aj Európskou úniou preferované tzv. *biele pracovné miesta* v sociálnej práci a v zdravotníctve.

Vo vede prebieha proces zrodu *novej dimenzie sociálnej práce* a jej teoretickej nadstavby pod pojmom *Socionómia*.

Potreby reforiem stoja aj pred politickými a odbornými kruhmi vo vzťahu k potrebe reforiem systémov sociálneho zabezpečenia, a to v zahraničí už uvádzanými systémami pripoistenia pre bezvládnosť, reformami dôchodkových systémov, pripoist'ovacích systémov a riešenia európskych dimenzií *univerzality, komplexnosti, adekvátnosti, garancií a participácie* v sociálnej architektúre sociálnej sféry.

Medzi významné skutočnosti pre rozvoj sociálnej práce na Slovensku uvádzame aj vývoj medzinárodných prístupov k definícii sociálnej práce.

## ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY A PRÁVNÝCH PRAMEŇOV

- DOMINELLI, L. (2002) *Anti-Oppressive Social Work Theory and Practice*. Houndmills: Palgrave Macmillan,
- HARRIS, J. (*Against*) *Neoliberal social work*. 2014. London: *Critical and Radical Social Work*. Vol 2, No 1.7-22. Policy Press. CRSW. Print ISSN 2049 8608. <http://dx-doi.org/10.1332/204986014X13912564145528>,
- HETTESŠ, M. 2012. Medzinárodný deň sociálnej práce. In: Prohuman, Vedeckod odborný internetový časopis. Uverejnené v kategórii Sociálna práca, 13. marec 2012 <http://www.prohuman.sk/socialna-praca> *Globálna agenda sociálnej práce a sociálneho rozvoja: Závazok konať* (*Global Agenda for Social Work and Social Development*). 2012. 10 s. [http://www.goodtvhk.tv/GA\\_E\\_8Mar.pdf](http://www.goodtvhk.tv/GA_E_8Mar.pdf) ,
- HETTESŠ, M. 2014. Nová definícia sociálnej práce. In: Prohuman, Vedeckod odborný internetový časopis. Uverejnené v kategórii Sociálna práca, 5. máj 2014 <http://diskusia.prohuman.sk/viewforum.php?f=139&sid=6df92a98130abe13ff96>,
- IFE, J. (2001). *Human Rights and Social Work. Towards Rights-Based Practice*. Cambridge: University Press,
- International Federation of Social Workers (IFSW) (1988). *Human Rights*, Geneva: IFSW, International Policy Papers,
- International Federation of Social Workers and International Association of Schools of Social Work (2004). *Ethics in Social Work: Statement of Principles*. Retrieved 10/04/2009, [www.ifsw.org](http://www.ifsw.org),
- International Federation of Social Workers with UNICEF (2002). *Social Work and the Rights of the Child, A Professional Training Manual on the UN Convention*. Berne: IFSW,
- International Federation of Social Workers and International Association of Schools of Social Work (2010). *Human Rights Website*, <http://www.ifsw.org/p38001792.html>,
- IFSW Europe e.V. *Standards in Social Work. Practice meeting Human Rights*. Berlin: Ed. Anthea Agius. 48 p. ISBN 978-99932-0-878-5,
- TKÁČ, V. 2011. Ľudské práva – rovnosť, spravodlivosť a solidarita v sociálnej práci. In: *Politiky a paradigmata sociálnej práce: čo sme zdédili a čo s tým udeláme ?* Redakce Ivana Marášková. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíne, Fakulta humanitních studií. 2011, s. 17 – 21. ISBN 978-80-7318-9994-5.

**VÝHODY DOMÁCEJ OŠETROVATELSKEJ  
STAROSTLIVOSTI****ADVANTAGES OF HOME CARE HEALTH SERVICES**

<sup>1</sup> Tkáčová Lubomíra - <sup>2</sup> Grešš Halász Beáta

<sup>1</sup> Detašované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku

<sup>2</sup> Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

**ABSTRAKT**

Neoddeliteľnou súčasťou zdravotníckeho systému je ošetrovatel'stvo. Zahŕňa podporu zdravia, výchovu k zdraviu, prevenciu a starostlivosť o chorých ľudí v každom veku a v akomkoľvek zdravotníckom zariadení alebo teréne. Sestry v komunitnom ošetrovatel'stve zabezpečujú starostlivosť v spolupráci s jej prijímateľmi a organizáciami na území komunity. Komunitná starostlivosť na území Slovenskej republiky je ešte len na začiatku. Poskytovanie domácej ošetrovatel'skej starostlivosťi patrí medzi prioritné oblasti ošetrovatel'stva. Starostlivosť indikuje lekár a vykonávajú ju sestry ADOS s patričnou kvalifikáciou. Zdravotné výkony sú hraené zo zdravotného poistenia.

**KEÚČOVÉ SLOVÁ:** Sestry. Domáca ošetrovatel'ská starostlivosť. Agentúry domácej ošetrovatel'skej starostlivosťi.

**ABSTRACT**

An integral part of the health system is nursing. This includes health promotion, education to health, prevention and care of sick people of any age and in any medical facility or field. Nurses in community nursing provide care in partnership with the beneficiaries and organizations in the community. Community care in the Slovak Republic is just beginning. Providing home nursing care has ranked among the priority areas of nursing. The nursing care is indicated by general practitioners and provided by qualified nurses. Medical performance is compensated by health insurance.

**KEY WORDS:** Nurses. Home nursing care. Agencies of home nursing care.

Domácia ošetrovateľská starostlivosť spočíva v poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti pacientom všetkých vekových skupín v ich prirodzenom prostredí prinášajúcom pocit istoty a bezpečia. Akútna domácia ošetrovateľská starostlivosť je zameraná na pacientov s akútnym zdravotným problémom, ktorý nevyžaduje hospitalizáciu. Jedná sa hlavne o pooperačné, alebo poúrazové stavy. Dlhodobá domácia starostlivosť je zameraná na chronicky chorých pacientov. Preventívna domácia starostlivosť je pre pacientov, ktorým lekár odporúča pravidelné monitorovanie zdravotného a duševného stavu a je zameraná na prevenciu komplikácií po dobu, ktorú odporúča ošetrojúci lekár. Domácia starostlivosť ad hoc je zameraná na pacientov, ktorí potrebujú iba jednorazové ošetrenie na základe odporúčania lekára. Táto forma sa využíva v prípadoch, kedy napríklad z časového obmedzenia ordinačných hodín lekár nemôže poskytnúť odbornú starostlivosť, ktorú si však zdravotný stav pacienta vyžaduje (Kožuchová et al., 2014). Sestra poskytujúca domáciu ošetrovateľskú starostlivosť by mala vykonávať edukáciu, ktorá u geriatrického pacienta je neoddeliteľnou súčasťou liečby. Cieľom je aktivizovať pacienta na spoluprácu pri liečbe a dosiahnuť pozitívne zmeny v životnom štýle. Pri edukácii seniora je potrebný dlhší čas, trpezlivosť a empatia (Németh et al., 2009). Domácia hospicová starostlivosť je zameraná na pacientov v terminálnom štádiu života. Jej hlavnou úlohou je zmierniť fyzické a duševné utrpenie a poskytnutie emocionálnej podpory. Výskumy potvrdzujú, že väčšina pacientov preferuje zomrieť v domácom prostredí. U týchto pacientov dochádza k ukončeniu ich terminálneho štádia do šiestich mesiacov (Smoleňová et al., 2008). „*Dnes je sestra pracujúca v ADOS vzdelaná, erudovaná, s vysokou pozorovacou schopnosťou a empatiou. Technické vybavenie jej umožňuje vykonávať svoju prácu komplexne, čo je prvoradým cieľom ošetrovateľskej starostlivosti*“ (Pikora, 2010, s. 43). Výhodami služieb domácej ošetrovateľskej starostlivosti je komplexnosť služieb, ktoré zabezpečuje multidisciplinárny tím. Medzi ďalšie faktory patrí dlhodobá starostlivosť a zapožičanie zdravotníckych pomôcok. Služby sa poskytujú na základe potrieb pacienta. Niektoré ošetrovateľské výkony zabezpečí na požiadanie pacienta za priamu platbu (Hanzlíková et al., 2006). V priebehu 20. storočia starnutie nabralo nový rozmer, a to od starnutia individuálneho k starnutiu celospoločenskému. Starnutie populácie je jedným z najaktuálnejších problémov dnešnej doby. Má priamy vplyv na verejné zdravie či sociálnu starostlivosť (Kabátová a kol., 2015).

Na celom svete výskumy poukazujú na to, že dochádza ku globálnemu starnutiu populácie. Tento fakt a rozpočtové obmedzenia sa zaslúžili o rozvoj domácej ošetrovateľskej starostlivosti. V dnešnej dobe pripa-

dajú na jedného 65 ročného pacienta dvaja obyvatelia vo veku 17 rokov. Štúdie poukazujú na to, že v roku 2050 to bude naopak, na jedného 17-ročného obyvateľa budú pripadať dvaja 65-roční obyvatelia. V minulosti bol zvyk postarať sa o rodinných príslušníkoch, ktorí boli chorí, alebo to z dôvodu fyzických síl už sami nezvládali. Aj to sa dnes zmenilo, veľa detí odišlo za prácou do zahraničia a rodičia ostali sami, iní mladí zvyknutí na pohodlný život nechcú prebrať zodpovednosť starať sa o rodiča a tak sa zodpovednosť za chorých stále častejšie prenáša na zdravotnícke zariadenia a za starých na sociálne zariadenia. Pacienti, pokiaľ to ich zdravotný stav dovoľí preferujú ostať v domácom prostredí, nakoľko im to umožňuje zachovať ich životný štýl, organizujú si svoj deň podľa seba, nemusia sa nikomu prispôbovať, nie sú nútení deliť sa o izbu s cudzím človekom, majú súkromie pri vykonávaní intímnych potrieb, čo je v nemocnici tiež dosť veľký problém pre niektorých pacientov. Nie všetci pacienti si môžu dovoliť nadštandardnú izbu v nemocnici. Vo vyspelých štátoch EÚ prevláda trend rýchleho presunu pacienta z primárnej do komunitnej starostlivosti hneď, ako to zdravotný stav pacienta dovoľí. Starnutie populácie sa stáva podnetom pre aktivity vlád a hľadanim nových riešení pre dôstojné prežitie jesene života. Nepretržitý nárast počtu starých ľudí má vplyv na ďalší vývoj spoločnosti, pretože väčšina trpí vysokým výskytom chronických ochorení, rôznymi psychickými poruchami a je odkázaná na zdravotnú, ošetrovateľskú a sociálnu starostlivosť (Martinková, 2011). Cieľom a zároveň hlavnou zásadou akejkoľvek starostlivosti o seniorov je snaha udržať ich čo najdlhšie vo svojom pôvodnom prostredí (Vagovičová, Puteková 2013). Výšku úrovne národa môžeme posúdiť podľa toho, ako sa dokáže postarať o svojich starých, chorých a bezmocných spoluobčanov (Kožuchová et al., 2014). „Z celkového počtu ľudí, ktorí najčastejšie využívajú služby komplexnej domácej starostlivosti, tvoria 75-roční a starší a osoby vo veku 65 – 74 rokov. Komplexná domáca starostlivosť umožňuje zachovať sociálnu integráciu chorého.“ (Hanzlíková et al., 2006, s. 251). Gondárová – Vyhničková (2014) tvrdia, že domáca ošetrovateľská starostlivosť je finančne menej náročnejšia v porovnaní s hospitalizáciou. Ďalej autorky uvádzajú príklad kvadruple-gického pacienta s potrebou umelej pľúcnej ventilácie v domácom prostredí. Zatiaľ čo jeden deň takého pacienta na JIS stojí poisťovňa 10 068 Kč, prenájom ventilátora na použitie v domácom prostredí 387 Kč. Zahraníčenské štúdie prezentujú okrem pozitívneho ekonomického efektu zvýšenia kvality života pacienta v domácom prostredí (Gondárová – Vyhničková, 2014). „K základným právam každej vyspelej spoločnosti patri

*právo na ochranu života a zdravia, ako aj jeho udržiavanie až po smrť každého jedinca“ (Smoleňová et al., 2008, s. 7).*

Na Slovensku prevláda názor, že staroba ide ruka v ruke s rôznou patológiou, že v určitom veku už nemá zmysel prevádzkať určitý druh operácii ako napríklad výmenu bedrového kĺbu. Odôvodňuje sa to rizikom narkózy. Vo vyspelých európskych krajinách to tak nie je. Kabátová (2015) píše, že staroba podľa samotných seniorov nadobúda priaznivejší charakter oproti všeobecne prijímanému negatívnemu image. Ľudia, ktorí majú 65 a viac rokov majú aktívny život, chodia na túry do hôr na poznávacie zájazdy do exotických krajín. Tento názor by sa mal zmeniť aj na Slovensku. Problematikou kvality života sa človek zaoberá odpradáva. V každej historickej etape ľudia túžia po šťastí, spokojnosti a v súvislosti s týmito požiadavkami im boli ponúkané možnosti ako to dosiahnuť (Kožuchová et al., 2014). Medzi úlohy sestry pracujúcej v komunite patrí aj prevencia, či už primárna, sekundárna, alebo terciárna. Primárna prevencia je určená pre pacientov, ktorí nemajú symptómy narušenia zdravia. Zahŕňa aktivity ako cvičenie, správna výživa, starostlivosť o seba, starostlivosť o kožu, o dutinu ústnu. Sekundárna prevencia je zameraná na vyhľadávanie chorôb vo včasnom štádiu, ich diagnostiku a liečbu. Terciárna prevencia napomáha k predchádzaniu komplikácií. Sestra komunitného zdravia musí mať množstvo odborných znalostí. Aby mohla vykonávať prevenciu musí poznať symptómy jednotlivých ochorení typických pre daný vek. Cieľom komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti je udržať starého človeka čo najdlhšie v jeho prirodzenom prostredí, so zachovaním jeho sebestačnosti a udržaním kvality života na primeranej úrovni (Hanzlíková et al., 2006). Služby agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti sú veľmi žiadané zo strany pacientov, aj ich rodinných príslušníkov. Starostlivosť o pacienta v domácom prostredí znižuje náklady, ktoré by pri hospitalizácii podstatne vzrástli. Avšak obmedzené finančné zdroje a limity zo strany poisťovní neumožňujú poskytovanie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti, tak ako si to zdravotný stav pacienta vyžaduje (Macková, 2010). Činnosť ADOS je hradená z prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Veľa agentúr zápasí s nedostatkom financií na svoju činnosť. Okrem ADOS neexistuje žiadny iný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý dochádza za pacientom na vlastné náklady. Nie je neobvyklé, že pacienti sú často krát vzdialení aj 40 km a viac. Bolo by vhodné zabezpečiť spravodlivé prerozdelenie finančných zdrojov, ktoré by zabezpečilo efektívnu ošetrovateľskú starostlivosť, zabránilo by duplicitu a zneužívaniu značných finančných prostriedkov. Finančné prostriedky by sa tak mohli dostať k tým, čo to najviac potrebujú,



k pacientom. Služby agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti poskytujú veľa výhod (Cibulková, 2011).

Výhody domácej ošetrovateľskej starostlivosti môžeme rozdeliť vo vzťahu ku pacientovi, alebo výhody pre zdravotnícke zariadenia. Ak sa orientujeme na výhody pre pacienta môžeme sem zaradiť predchádzanie, alebo skrátenie dĺžky hospitalizácie, urýchlenie uzdravovania, zvýšenie kvality života, urýchlenie sebestačnosti, humanizácia starostlivosti o pacienta a výchova k zodpovednosti za vlastné zdravie. K výhodám pre zdravotnícke zariadenia môžeme zaradiť komplexnú starostlivosť v koordinácii s ambulatnou a ústavnou starostlivosťou, znižovanie nákladov na zdravotnú starostlivosť, úspora lôžok v ústavných zariadeniach, skrátenie hospitalizácie na nevyhnutný čas na stabilizáciu akútneho stavu, možnosť liečby pre pacientov a na miestach vzdialenejších od zdravotníckych zariadení. K dôležitým výhodám patrí ekonomickosť, ktorú si stále viac uvedomujú vlády pod vedením WHO. Na základe týchto poznatkov dochádza v mnohých členských štátoch k zmenám v distribúcii finančných zdrojov určených pre zdravotnú starostlivosť (Kožuchová et al., 2014). K ďalším výhodám domácej ošetrovateľskej starostlivosti patrí viacodborovosť, ktorá umožňuje pacientovi využívanie služieb viacerých odborníkov a individualizovaná starostlivosť zameraná na pacienta ako na jedinečnú ľudskú bytosť s jej individuálnymi potrebami. Komplexnosť domácej ošetrovateľskej starostlivosti spočíva v holistickom prístupe k pacientovi, poskytuje služby primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencie. Chronicky chorí pacienti vyžadujú dlhodobú starostlivosť na základe indikácie lekára a podľa potrieb pacienta. Môže trvať niekoľko mesiacov, ale aj rokov. Cieľom domácej ošetrovateľskej starostlivosti je uspokojovanie pacientových potrieb, ktoré sa zabezpečuje dvojakým spôsobom a to priamo, alebo nepriamo. Priama starostlivosť sa vyznačuje kontaktom s pacientom a sem patria napríklad odbery biologického materiálu, ošetrovanie rán, výmena permanentného katétra a u žien a iné. Nepriama starostlivosť zahŕňa služby súvisiace s ošetrovateľskou starostlivosťou, kedy však nie je priamy kontakt s pacientom, ako napríklad konzultácie s lekárom ohľadom rán, alebo zhoršenia zdravotného stavu (Hanzlíková et al., 2006). Fabianová (2010) uvádza, že agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti pomáhajú veľkému množstvu ľudí v teréne. Komunikácia s pacientmi a ich blízkymi, hodnotenia spokojnosti s poskytovanými službami a kooperácia s inými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti prináša mnohé výzvy. Stretávajú sa s mnohými problémami, ktoré ich trápia, no usilujú sa ich v rámci možností riešiť. Ich

prednosťami sú flexibilita, pohotovosť a ochota sestier improvizovať často aj zadarmo.

Domáca ošetrovateľská starostlivosť je jednou z najstarších foriem komplexnej, holisticky ponímanej starostlivosti o klienta. Úlohou sestier v ADOS je zlepšiť kvalitu života pacientov, usmerniť ich fyzické, psychické a sociálne aktivity a naplniť ich potreby. Kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti podmieňujú viaceré faktory, ktoré môžu výrazne ovplyvniť samotné sestry. Ošetrovateľská starostlivosť v domácom prostredí je zameraná na prevenciu, udržiavanie, obnovu zdravia, pomoc pri adaptácii v súvislosti s ochorením. Práca sestry v domácej starostlivosti je náročná a zodpovedná, nakoľko sestra pracuje samostatne, od jej organizačných schopností závisí kvalita poskytovanej starostlivosti a spokojnosť pacientov (Repiská, 2013). Unikátnou definíciou kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti je vyjadrenie: „*Robiť správne veci správne, na správnom mieste a so správnymi ľuďmi*“ (Škrľa, Škrlová, 2003, s. 36). ADOS je veľmi užitočná koncepcia ošetrovateľskej starostlivosti s hlbokým ľudským rozmerom, ktorú poskytujú sestry bez toho, aby narušili prirodzenú a často prioritnú potrebu chorého ostať v dôverne známom prostredí. Starostlivosť v domácom prostredí vylučuje niektoré riziká a komplikácie súvisiace s hospitalizáciou (Fabianová, 2010). Domáca ošetrovateľská starostlivosť je náročná aj vzhľadom na psychické a sociálne potreby pacienta, ktorý sa dlhodobo nachádza pripútaný na lôžku, často krát nie je schopný sa ani sám otočiť. Zo sporadických kontaktov s podobnými pacientmi a ich príbuznými môžeme vyjadriť názor, že pacienti ani v ťažkých zdravotných situáciách neradi opúšťajú domáce prostredie. Vidí kvalitu svojho života v tom, čo mu život s jeho postihnutím ponúka. Chce tak ako každý iný to najlepšie, najkvalitnejšie a domáce prostredie kvalitu života prináša (Gondárová-Vyhničková, 2014). V rámci domácej ošetrovateľskej starostlivosti sa môžeme stretnúť s pacientom, ktorý žije v horších socio-ekonomických podmienkach, so závažnými zdravotnými problémami, ale nakoľko je s daným stavom vyrovnaný jeho kvalita života je dobrá (Kožuchová et al., 2014).

## **ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY**

- CIBULKOVÁ, M. 2011. Financovanie – nočná mora ADOS. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444-09, 2011, č. 9-10, roč. X, s. 26.
- FABIANOVÁ, Z. 2010. Premrhávané šance. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444-05, 2010, č. 5-6, roč. IX, s. 28-29.
- GONDÁROVÁ-VYHNIČKOVÁ, H. 2014. Bezpečnosť kvadruplegického pacienta v domácom prostredí. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444-04, 2014, č. 3-4, roč. XIII, s. 11.

- HANZLÍKOVÁ, A. et al. 2006. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 280 s. ISBN 80-8063-213-8.
- KABÁTOVÁ, O. 2015. Predsudky o starnutí a starobe. In: *Florence*. ISSN 1801-464X. Roč. XI, č. 11 (2015), s. 17-18.
- KABÁTOVÁ O, BOTÍKOVÁ A, URÍČKOVÁ A, SLANÝ J. 2015. Difference in the level of ageist attitudes of nurses and nursing students. *Kontakt* 2015; 17(3): e138–e141; <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2015.08.001>
- KOŽUCHOVÁ, M. et al. 2014. *Domáca ošetrovatel'ská starostlivosť*. Martin: Osveta, 2014. 245 s. ISBN 978-80-8063-414-8.
- MACKOVÁ, A. 2010. ADOS v Banskobystrickom kraji. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444-05, 2010, č. 5-6, roč. IX, s. 43.
- MARTINKOVÁ, J. (2011). *Ošetrovatel'ská starostlivosť o pacienta s Alzheimerovou chorobou*. In Ryska, M., Botíková, A. a kol. *Ošetrovatel'stvo*, Prague: Ottova tiskárna s.r.o., 2011. s.119 – 134, ISBN 978-80-260-1322-8.
- NÉMETH, F. et al. 2009. *Geriatría a geriatrické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2009. 195 s. ISBN 978-80-8063-341-1.
- PIKORA, M. 2010. Stále monitorovanie. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444-05, 2010, č. 5-6, roč. IX, s. 43.
- REPISKÁ, L. 2013. Prieskum spokojnosti pacientov. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444-12, 2013, č. 11-12, roč. XII, s. 28-29.
- SMOLEŇOVÁ, L. et al. 2008. *Vybrané kapitoly z paliatívnej starostlivosti*. 1.vyd. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2008. 98 s. ISBN 978-80-8082-197-5.
- ŠKRLA, P. – ŠKRLOVÁ, M. 2003. *Kreativní ošetrovatel'ský management*. Praha: Advent Orion, s.r.o., 2003. 477 s. ISBN 80-7172-814-1.
- VAGOVIČOVÁ, E., PUTEKOVÁ, S. 2013. Etické aspekty starostlivosti o seniorov v ošetrovatel'stve. In *Diagnóza v ošetrovatel'ství*. ISSN 1801-1349, 2013, č.6, roč. IX., s.18-19.

# **IMPLEMENTÁCIA METÓDY SNOEZELEN V OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI O SENIOROV S DEMENCIOU PRI ALZHEIMEROVEJ CHOROBE**

---

## **IMPLEMENTATION OF SNOEZELEN METHOD IN NURSING CARE OF SENIORS WITH ALZHEIMER'S DEMENTIA DISEASE**

*<sup>1</sup> Tkáčová Lubomíra - <sup>2</sup> Lancošová Katarína*

<sup>1</sup> Detašované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku

<sup>2</sup> Psychiatrická nemocnica n.o. Michalovce

Snoezelen je multifunkčná metóda, ktorá sa realizuje v obzvlášť príjemnom a upravenom prostredí pomocou svetelných a zvukových prvkov, vôní a hudby, pričom jej cieľom je vyvolanie zmyslových pocitov. Je určená najmä pre osoby s vývinovými poruchami, s mentálnym, telesným alebo viacnásobným postihnutím, s poruchou autistického spektra, poruchami správania a učenia, s psychickými poruchami, traumatickým poranením mozgu, u ľudí s demenciou a u chronicky chorých pacientov. Celá koncepcia Snoezelen je založená na celostnom prístupe, naplňuje potreby prijatia a porozumenia klienta v atmosfére dôvery a uvoľnenosti. V Snoezelen sa spájajú terapeutické prvky s prvkami špeciálno- liečebno-pedagogickými, s možnosťou ich prispôsobenia špecifickému postihnutiu (Ponechalová, 2009). Vzhľadom na cieľové skupiny a kvalifikáciu zamestnancov sa Snoezelen chápe zo štyroch aspektov :

- Snoezelen ako terapia;
- Snoezelen ako terapeutický orientované opatrenie;
- Snoezelen ako pedagogické podporné opatrenie;
- Snoezelen ako voľnočasová aktivita (Tokovská, 2011).

V súčasnosti je Snoezelen vo veľkom rozsahu používaný vo viacerých krajinách, a to najmä v materských školách, základných školách, integračných centrách, nemocniciach, denných stacionároch, hospicioch, rehabilitačných centrách, centrách pre duševné zdravie, ako aj v krízovej a včasnej intervencii. Aj na Slovensku čoraz viac rastie záujem o túto metódu, vznikajú špeciálne miestnosti najmä v ŠZŠ, DSS a iných zariadeniach pre deti, ale aj dospelých s postihnutím. Ide o pomerne novú netradičnú formu práce s ľuďmi s postihnutím, ktorá vychádza z ich možností a schopností a snaží sa rešpektovať ich záujmy. Louise Haggar a Roger Hutchinson charakterizujú Snoezelen ako „splnomocňujúci prístup“, teda citlivý a vnímavý, starostlivý, nedirektívny prístup v atmosfére

bezpečia a istoty, ktorý je povzbudzujúci. Pozornosť nie je prvotne zameraná na výsledok, ale zámerom je skôr asistovať klientovi pri získavaní maximálneho potešenia z aktivít, ktorým sa spolu s terapeutom venuje.

#### **Medzi základné princípy patrí :**

- Špeciálne prostredie kontrolované a ovplyvňované klientom;
- Možnosť výberu, ponúknuť klientovi možnosť voľby;
- Bezpečná a príjemná atmosféra;
- Rešpekt, ovzdušie radosti a pohody;
- Dobrovoľnosť a sloboda bez nátlaku konať a dosiahnuť výsledok;
- Dôraz na dôverný vzťah medzi klientom a terapeutom;
- Individuálny prístup v starostlivosti;
- Tvorivý terapeutický prístup (Ponechalová, 2009).

V Snoezelene sa prevádza rovnomerná terapia. Ide o multisenzorickú terapiu, prostredníctvom ktorej pôsobia na zmysly rôzne technické zariadenia a pomôcky. Cez zmysly sa organizmus stimuluje, či upokojuje. Snoezelen pomáha redukovať stres a stereotypné správanie, taktiež znižuje agresívne správanie a formy sebaпоškodzovania. Poskytuje nádherné – neobyčajné zmyslové zážitky a podieľa sa na zlepšení a rozvíjaní kognitívnych schopností, koncentrácie, motivácie (Orieščiková, Hrčová, 2013). Keďže Snoezelen sprostredkúva stimuláciu zmyslov bez nutnosti intelektuálneho chápania, je účinnou metódou aj u ľudí s ťažšou formou postihnutia, s poruchami senzorickej integrácie a výrazným komunikačným deficitom. Klienti aktívne i pasívne prežívajú nové podnety, čo vedie k rozširovaniu horizontu ich poznania a podpore ich sebauvedomovania, sebareflexii, ako i k zlepšeniu komunikácie a sociálnej interakcie. Je preukázané, že zmyslová stimulácia u ľudí s Alzheimerovou chorobou a ďalšími formami demencie znižuje rozrušenie a nepokoj, a tiež zlepšuje spánok. Tieto symptómy sú veľmi bežné u väčšiny typov demencie a aj u ľudí s Alzheimerovou chorobou; z tohto dôvodu zmyslová stimulácia znamená zlepšenie kvality života pre pacienta rovnako ako aj pre jeho opatrovateľa. Za zmyslovú stimuláciu môžeme celkom jednoducho považovať čokoľvek, čo stimuluje jeden z našich piatich zmyslov. Z objektov nájdených okolo domu je veľmi jednoduché vytvoriť nekonečné možnosti stimulácie niektorého alebo všetkých zmyslov. Tiež nezabúdajme, že veci, ktoré nám všetkým prinášajú potešenie – hudba a výtvarné umenie, dobré filmy a zábavný vtip či príbeh, poskytujú potešenie aj ľuďom s demenciou.

*Zraková stimulácia* u pacientov s Alzheimerovou chorobou môže zahŕňať svetlo, farbu, tvar či pohyb, alebo kombináciu týchto prvkov. Jemné svetlá, kaleidoskopy, farebné maľby, prírodopisné filmy, krásny západ slnka: to všetko sú príklady vizuálnej stimulácie. Niektoré zrkové podnety môžu navyše stimulovať pamäť: západ slnka môže pacientovi pripomenúť spomienku na podobný západ slnka v jeho minulosti. Klasická maľba môže pripomenúť návštevu v múzeu alebo semináre umenia z vysokej školy.

*Sluchová stimulácia* sa vykonáva najmä prostredníctvom hudby alebo rôznych hudobných, najmä perkusívnych nástrojov a spievania. Používa sa relaxačná hudba, klasická hudba, zvuky prírody, detská hudba, rozprávky, ale aj rytmická hudba s variáciou tónov a rytmov. Hrkálky a rôzne hudobné nástroje sú tiež vhodné, najmä vtedy, ak na nich hrá samotný pacient s Alzheimerovou chorobou.

*Chutová stimulácia* - Na stimuláciu chuti neexistuje žiadne zvláštne vybavenie, preto je možné po navodení stavu relaxácie jednoducho použiť nápoje a potraviny rôznych chutí. Je vhodné experimentovať s novými jedlami, receptami a novými nápojmi. Podobne ako deti ani pacient s Alzheimerovou chorobou si neoblúbi všetko, čo mu ponúkame, ale pravdepodobne si každý nájde niekoľko nových obľúbených jedál.

*Čuchová stimulácia* - Niektoré z našich najsilnejších spomienok a asociácií spúšťa aróma. Vôňa, ktorá sa spája s udalosťou alebo momentom v minulosti, nás často prenesie do tohto momentu. Môže však urobiť oveľa viac, než len rozhábať pamäť. Pamäť však povzbudzuje a všetko, čo dokáže obnoviť spomienky by malo byť dennou súčasťou života človeka s demenciou. Pri čuchovej stimulácii sa využívajú vonné oleje a vône z aromadifuzéra (eukalyptus, levanduľa) alebo reálne objekty (pomaranč, jablko, kvety, škorica a iné).

*Hmatová stimulácia* - Všetko čoho sa dá dotknúť a všetko, čo sa môže dotknúť nás, môže byť stimulujúce. Každý pevný objekt má textúru, teplotu, tvar. V kolekcií môžeme mať loptičky hladké alebo drsné, tvrdé či mäkké, chlpaté alebo nie. Hmat zahŕňa tiež rozlišovanie a rozpoznanie teploty, bolesti a pozície tela (propriocepcia). Zoznam vecí, ktoré môžeme použiť na hmatovú stimuláciu u ľudí s Alzheimerovou chorobou, je takmer nekonečný. Každý "veci", každého objektu v našom svete sa môžeme v určitých medziach dotknúť. Nielen povrch poskytuje hmatovú stimuláciu. Aj teplota sa rozlišuje použitím hmatu. Mokrú či suchú je hmatová dichotómia. Tiež pocit lepkavosti sa rozlišuje hmatom (Schmid, 2009). Obrázky z okolia osôb (rodina, priatelia, príroda), známe vône a melódie prebudia u dementného človeka spomienky na jeho život.

V prípade, že Snoezelen vykonáva kompetentná osoba s kvalifikáciou v komunikácii s ľuďmi s demenciou v rôznych fázach, možno očakávať, že títo chorí ľudia prežijú pocity, ktoré cítili, keď boli zdraví (Mertens, 2011).

Výskumy poukazujú na množstvo pozitívnych výsledkov zaznamenaných u klientov s Alzheimerovou chorobou a demenciou využívajúcich Snoezelen. Medzi najdôležitejšie patria:

- rozvoj kognitívnych schopností a komunikácie;
- zlepšenie koncentrácie;
- podpora existujúcich zručností;
- zníženie agresivity;
- zlepšenie kvality spánku;
- zníženie pocitu strachu
- zlepšenie schopnosti relaxácie a uvoľnenia;
- celkový účinok na klienta prejavujúci sa v dennom živote (Ponechalová, 2009).

Každý človek prežíva základné emócie ako sú strach, smútok, zlosť, radosť, ktoré sa prejavujú v úzkej spojitosti s vnímaním. Práve u pacientov s demenciou majú emócie a zmyslové vnímanie nadriadenú funkciu oproti intelektuálnym schopnostiam. Kognitívne funkcie u človeka s demenciou sú znížené a obmedzené. Z tohto dôvodu vystupujú do popredia záujmu emócie a zmysly pacienta, ktoré tieto degradujúce kognitívne funkcie nahrádzajú (Procházková, 2009).

**Existujú rôzne typy Snoezelen miestností.** Od použitých farieb závisí nielen atmosféra miestnosti, ale aj cieľ jej použitia.

*Biela miestnosť* - je možné pomocou projektorov premietat' rozmanité efekty na biele steny, podlahu i strop. Je najčastejšie používaná ako voľnočasová aktivita a možnosť relaxácie aj pre klientov s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím. V bielej miestnosti je predovšetkým stimulovaný zrak. Často je kombinovaná biela miestnosť s mäkkou zónou, kde sa môže klient pohodlne uložiť a sledovať projekciu v ľubovoľnej pozícii.

*Šedá miestnosť* - zvukovo izolovaná, minimálne zariadená miestnosť redukujúca podnety, vybavená záťažovou vestou, malou skrýšou a študijným kútikom. Toto prostredie je vhodné pre klientov, ktorí majú problémy s pozornosťou, predovšetkým s poruchami autistického spektra. Klient sa v prostredí chudobnom na podnety môže sústrediť na jednu vec, neruší ho okolie. Terapeut môže lepšie odlišiť reakcie na jednotlivé vne-

my. Záťažové deky a vesty sú vhodné predovšetkým pre klientov s autistickými poruchami. Sú naplnené kovovými guľičkami, ktoré svojou váhou a štruktúrou lepšie dávajú informáciu klientovi o hraniciach jeho tela. Dodávajú mu pocit bezpečia a istotu, upokojujú ho.

*Tmavá miestnosť* - miestnosť, kde je možné premietat' efekty s maximálnym možným rozlíšením bez ďalších nežiaducich, rozptyľujúcich zrakových vnemov. Využívaná je predovšetkým ku zrakovej stimulácii (Tichá, 2011).

*Vodná zóna na proprioreceptívnu stimuláciu*- voda poskytuje podporu človeka a umožní mu hýbať sa spôsobom, ktorý nie je v bežných podmienkach mimo vody možný. Pohyb vo vode je dobrým cvičením a pomáha vyvíjať telesný koncept (Orieščiková, Hřčová, 2013).

Dobré zmyslové vnímanie je nesmierne cenným majetkom, ktoré je často považované za samozrejmú. Neporušené zmysly uľahčujú presné vnímanie prostredia a každodenný život (Kabátová, Puteková, 2015).

Preniknúť do spôsobu vnímania a prežívania ľudí trpiacimi príznakmi demencie je veľmi ťažké a zložitú. Je nutné hľadať nové originálne spôsoby terapie, ktoré pomáhajú v starostlivosti o klientov s prejavmi nepokoja a agresivity. Tieto nové metódy majú svoju protívahu oproti reštrikčným opatreniam, ktoré sa často používajú u týchto klientov v inštitúciách poskytujúcich dlhodobú starostlivosť. I títo ľudia, bez ohľadu na svoje obmedzenia sú jedineční ako každý iný človek a majú možnosť žiť svoj záver života dôstojne a s plným rešpektom (Procházková, 2009). Aj keď je liečba Alzheimerovej choroby neustále predmetom rôznych výskumov, stále ju nedokážeme vyliečiť. Nefarmakologické prístupy majú nezastupiteľné miesto v starostlivosti o pacienta. Zasahujú do kognitívnych funkcií (orientácie, spomienok, myslenia), do úpravy prostredia (zníženie hluku, poriadok v miestnosti, vybavenie miestnosti, obrazy), do aktivity (zavedenie rutiny, plánované činnosti) a nakoniec ovplyvňujú interpersonálne prístupy (používanie komunikácie, zamerať sa na želania a záujmy pacienta). Výber konkrétnych nefarmakologických prístupov ovplyvňujú záujmy pacienta, schopnosti terapeuta, sestry a dostupnosť prístupov (Martinková, Botíková, 2011).

## **ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV**

- KABÁTOVÁ, O., PUTEKOVÁ, S. 2015. Zmyslové zmeny v starobe In *Ošetrovateľská starostlivosť v geriatrickej II.*, Typi Universitas Tyrnaviensis, 2015. s 9. ISBN 978-80-8082-918-6.
- MARTINKOVÁ, J., BOTÍKOVÁ, A. 2011. *Vybrané nefarmakologické prístupy využívané v ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s Alzheimerovou*



- chorobou*. In: Cesta k modernému ošetrovatelství XIII. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2011. S 44-48. ISBN 978-80-87347-05-8.
- MERTENS, K. 2011. *Snoezelen für Menschen mit Demenz*. [online]. 2011. [cit. 2015.11.11]. Dostupné na internete: <http://www.der-weisse-raum.info/snoezelen-in-der-praxis/snoezelen-demenz.html>.
- ORIEŠČIKOVÁ, H., HRČOVÁ, J. 2009. Snoezelen - iný svet: základná filozofia a zásady budovania multisenzorických miestností. In *Efeta*. ISSN 1335-1397, 2009. č. 3, roč. 23, s. 11-15.
- PONECHALOVÁ, D. 2009. *Snoezelen. Úvod do tematiky*. [online]. 2009. [cit. 2015.11.13]. Dostupné na internete: <http://szsapstrnava.edupage.org/files/snoezelen.pdf>.
- PROCHÁZKOVÁ, E. 2009. Multisenzorická stimulace. In *Sestra a lékař v praxi*. ISSN 1335-9444, 2009. Č. 1-2, roč. 8, s. 12-13.
- SCHMID, J. 2009. *Sensory Stimulation for Alzheimer's*. [online]. 2009. [cit. 2015.10.13]. Dostupné na internete: <http://www.best-alzheimers-products.com/sensory-stimulation-for-alzheimer's.html>.
- TICHÁ, K. 2011. *Metoda Snoezelen*. [online]. 2011. [cit. 2015.11.13]. *Prohuman – Odborný internetový časopis - sociálna práca, psychológia, pedagogika, sociálna politika, zdravotníctvo, ošetrovatel'stvo*. Dostupné na internete: <http://www.prohuman.sk/socialna-praca/metoda-snoezelen>
- TOKOVSKÁ, M. 2011. Snoezelen ako voľnočasová aktivita pre seniorov. In *Efeta*. ISSN 1335-1397, 2011. č.1, roč. 21, s. 22-24.

# MODIFIKUJÚCE FAKTORY ÚČASTI ŽIEN NA PREVENCII RAKOVINY KRČKA MATERNICE V ZAHRANIČÍ

## MODIFYINGFACTORS OF WOMEN PARTICIPATION IN PREVENTIONOF CERVICAL CANCERABROAD

*Uričková Alena*

Katedra ošetrovateľstva Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce TU v Trnave

### ABSTRAKT

*Úvod:* Rakovina krčka maternice je jedným z najčastejších gynekologických zhubných nádorov a hlavnou príčinou úmrtí u žien. Aj keď je snahou mnohých krajín po celom svete zamedziť zdravotným dopadom rakoviny krčka maternice, väčšina pokusov stále stroskotáva. Slovensko je z hľadiska prevencie rakoviny krčka maternice na 34. mieste z krajín OECD, teda na samom chvoste. Odborníci sa už dlho snažia nájsť vhodný spôsob, ktorý by najlepšie pomohol v identifikácii kľúčových premenných a modifikujúcich faktorov preventívnej zdravotnej starostlivosti u žien v oblasti rakoviny krčka maternice.

*Metodika:* Pri sledovaní kľúčových premenných v oblasti prevencie sme analyzovali zdroje, ktoré vychádzali z modelu postoja k zdraviu – HBM/„Health Belief Model“. Pri analýze problematiky modifikujúcich faktorov sme sa zamerali na vek, socioekonomický status, vedomosti, rasu, získavanie informácií o preventívnych programoch. Analýza modifikujúcich faktorov bola vykonaná zo zdrojov v období od júna 2013 do septembra 2013 z databáz EBSCO, Web of Knowledge, Ebrary, PubMed, ProQuest, BioMed Central. Použité boli vyhľadávacie heslá: Health Belief Model, using HBM, Cervical cancer, Pap smear, Screening, Theoretical models, Women's attitudes.

### *Výsledky:*

Z analýzy prác bolo pozorované, že prevažne staršie ženy, ženy s nižším socioekonomickým statusom a vydaté ženy sa na skríningu rakoviny krčka maternice zúčastňujú menej než ostatné. U žien vo veku 50 až 70 rokov je menej pravdepodobné, že sa zúčastňujú skríningu v porovnaní s mladšími ženami vo veku 21 až 49 rokov. Ženy staršie ako 65 rokov sa takmer nezúčastňujú na skríningu rakoviny krčka maternice (Otero-Sabogal et al. 2003., Gorin a Hack 2004). Lekári hrajú kľúčovú úlohu pri informovaní žien o výhodách skríningu, na druhom mieste je to sestra. Rovnako aj odporúčanie lekára je jedným z najdôležitejších podnetov pre

skrining rakoviny (Zambranoa et al. 1999, O'Malley et al. 2001., Walsh, 2006., Ackersona, 2010). Na nedostatok informácií od zdravotníckych pracovníkov upozorňujú štúdie Glasgow et al., (2000)., Jacobs et al. (2005)., Johnson et al. (2008). Zavernik (1993)., Castro et al. (1995)., Frank-Stromborget al. (1998) zasa zistili, že hispánske ženy sú na podnety ohľadne skriningu rakoviny krčka maternice vnímavé prostredníctvom cirkevných aktivít.

Viaceri autori dokázali vplyv médií na účasť žien na prevencii. To, že médiá môžu zohrávať významnú úlohu v informovanosti o chorobe, k zvýšenému povedomiu a záujmu o skrining rakoviny krčka maternice, poukázali Hilton, Hunt (2010). MacArthur, Wright, Beer, Paranjothy (2011) upozorňujú na opatrnosť. Hovorí, že masmédiá síce môžu zohrávať úlohu, ale po mediálnej kampani môže prísť zasa k poklesu záujmu žien.

McGarvey et al., (2003) skúmali postoje žien v účasti na skriningu z troch etnických skupín: hispánskej, vietnamskej a kambodžskej. Zistili, že kambodžské ženy pokladajú indikáciu skriningu vzhľadom na vyšší vek a absenciu sexuálnych aktivít u žien za zbytočnú aktivitu. V skupine hispánskych žien vedci zistili, že skrining karcinómu krčka maternice je pre nich zbytočný, nepotrebný (Chen et al., 2012). Vedci uvádzajú, že ženy, ktoré žijú v chudobe, majú iný postoj k skriningu a môže dôjsť k zlyhaniu nielen preto, že ich prioritami sú riešenie základných potrieb, ale aj pre postoj ich mužov ku gynekologickému vyšetreniu ženy.

*Záver:* Mnohé publikované štúdie poukazujú na prekážky, ktoré ženy uvádzajú ako dôvody neúčasti na skriningových programoch. Model podpory zdravia predpokladá, že ženy sa s väčšou pravdepodobnosťou zúčastnia na skriningu, ak majú pocit, že sú náchylné na ochorenie (Glanz et al., 2008). Treba mať na pamäti, že výchovné pôsobenie sestry a pôrodnej asistentky je pre zníženie nádorových ochorení veľmi dôležité. Aj keď sa vedomosti nie vždy prejavujú v správaní ľudí, predpokladáme, že úspech skriningu rakoviny krčka a účasť žien na skriningu je z časti závislý práve od tejto premennej.

**KEÚČOVÉ SLOVÁ:** Rakovina – Krčok maternice – Skrining – Health Belief Model – Modifikujúce faktory.

## ABSTRACT

*Introduction:* Cervical cancer is one of the most common gynaecologic malignant tumors and a leading cause of women death. Although the effort of many countries around the world is to prevent health impacts of cervi-

cal cancer, most of them are still unsuccessful. Slovaks, from cervical cancer prevention, at 34<sup>th</sup> place within OECD countries, that is, at the very tail. For a long time, experts have been trying to find a suitable way which would best assist with the identification of key variables and modifying factors of preventive health care for women regarding the cervical cancer.

*Methodology:* Observing key variables in the area of prevention, we analyzed the resources which were based on the model of health attitude - HBM / "Health Belief Model". With regards to analyzing the issue of modifying factors, we focused on age, socioeconomic status, knowledge, race, obtaining information about preventive programs. The modifying factors analysis was implied on the basis of the sources in the period from June 2013 to September 2013 from EBSCO databases, Web of Knowledge, Ebrary, PubMed, ProQuest, BioMed Central. These key words were used: Health Belief Model, using HBM, Cervical cancer, Pap smear, screening, Theoretical Models, Women's attitudes.

*Results:*

The analysis of material showed that mostly older women, women with lower socioeconomic status and married women undergo the cervical cancer screening less than others. For the women (50-70 years old) it is less likely to be involved in the screening in comparison to young women (21-49 years old). The women older than 65 years, almost do not undergo the cervical cancer screening (Otero-Sabogal et al. 2003, Gorin, and Hack 2004). Doctors play a key role in informing women about the benefits of screening. A nurse is at the second place. Equally, the doctor's recommendation is one of the most important for the cancer screening (Zambra-no et al. 1999, O'Malley et al. 2001, Walsh, 2006, Ackerson, 2010). Lack of information from health professionals was pointed out in studies of Glasgow et al., (2000)., Jacobs et al. (2005). Johnson, et al. (2008). Zaverbnik (1993)., Castro et al. (1995). Moreover, Frank-Stromborget al. (1998) found out that Hispanic women are more susceptible to stimuli for the cervical cancer screening through church activities.

Several authors proved the impact of media on women's prevention participation. The fact that the media can play an important role in obtaining information about the disease, to higher awareness and interest in cervical cancer screening was showed by Hilton, Hunt (2010). On the other hand, MacArthur, Wright, Beer, Paranjothy (2011) point out caution. They say that although the mass media can play a role, but a media campaign can lead to decline of women interest. McGarvey et al., (2003) investigated the attitudes of women to undergo the screening within three ethnic groups: Hispanic, Vietnamese and Cambodian. They found out that

Cambodian women considered screening to be an unnecessary activity due to old age and lack of sexual activity. In the group of Hispanic women, the researchers found out that cervical cancer screening is redundant, unnecessary for them (Chen et al., 2012). The scientists report that the women who live in poverty have a different attitude to screening and this may lead to failure; not just because their priority is basic needs solution, but also due to the attitude of their men towards any gynecological exam of a woman.

*Conclusion:* Many published studies point out that the obstacles that women mentioned are the reasons for non-participation in screening programs. Health Belief Model assumes that women are more likely to participate in screening if they feel that they are susceptible to the disease (Glanz et al., 2008). It should be remembered that any educational activity of a nurse and midwife is very important regarding cancer reduction. Although, knowledge is not always reflected in people's behavior, we assume that cervical cancer screening success and women's participation in screening is in part dependent precisely on this variable.

**KEY WORDS:** cancer – cervix – screening – Health Belief Model – modifying factors

## LITERATURE

- Abdullahi, A. - Copping, J. - Kessel, A. - Luck, M. - Bonell, C. 2009. *Cervical screening: Perceptions and barriers to uptake among Somali women in Camden*. Public Health. 2009. 123 (10):680-685.
- Chang, H. et al. 2007. Comparison of a community outreach service with opportunity screening for cervical cancer using Pap smear. J Public Health 29(2): 165–72s.
- Harlan, L. - Bernstein, A. - Kessler, L. 1991. *Cervical cancer screening: who is not screened and why?* Am J Public Health. 1991. 81:885–91.
- MacArthur, G.J. - Wright, M. - Beer, H. - Paranjothy, S. 2011. *Impact of media reporting of cervical cancer in a UK celebrity on a population-based cervical screening programme*. J Med Screen. 2011. 18(4):204-9.

# SPIRITUÁLNE SPREVÁDZANIE ZOMIERAJÚCICH V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

---

## SPIRITUAL GUIDANCE OF DYING PEOPLE AT WELFARE INSTITUTIONS

<sup>1</sup> Vansač Peter - <sup>2</sup> Jurašek Martin - <sup>3</sup> Barkasi Rastislav

<sup>1,2</sup> Detašované pracovisko Košice - bl. Z G. Mallu

<sup>3</sup> Detašované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku

### ABSTRAKT

V minulosti zomierajúcich sprevádzali najmä príbuzní z rodiny, lebo obyčajne starý a chorý človek zomieral doma. V súčasnej dobe to tak nie je. Chorý človek zomiera v nemocnici alebo v zariadeniach sociálnych služieb. Pri udalosti smrti sa natiskajú otázky: Ako riešiť duchovné problémy zomierajúcich a ako ich sprevádzať v hodine smrti? Kto by im mal pomôcť, kňaz, opatrovateľ/ka alebo sociálny pracovník? Na tieto otázky chceme dať odpoveď v našom príspevku.

**KEÚČOVÉ SLOVÁ:** Klient. Smrť. Spiritualita. Sprevádzanie.

### ABSTRACT

In the past, dying people were guided mainly by their relatives because old and ill member of a family was dying at home. Nowadays it is much different. Ill people die at the hospital or at welfare institutions. As far as death is considered we have to deal with the questions : How to manage spiritual problems of dying people and how to guide them in their deadly hour? Who should help them, a priest, a nurse or a social worker ? We would like to answer these questions in our presentation.

**KEY WORDS:** Client. Death. Spirituality. Guidance.

### POHLED NA SMRŤ STARODÁVNÝCH NÁBOŽENSTIEV

Na Východe kedysi považovali život a smrť za dva opačné póly. V priestorovom zmysle hovorili o kráľovstve smrti, v dynamickom zmysle o moci smrti. Grécka filozofia sa pokúsila prekonať pesimizmus Východu a hľadala v smrti pozitívnu stránku a vyjadrovala to slovami, že smrť je: útek z tela, stávanie sa večným, splynutie s kozmom.

V Starom zákone sa ríša smrti nazýva *šeol*. Opisuje sa ako krajina pod zemou, ale je ako živá obluda, ktorá robí výpady do sveta živých. Preto sa choroby, zajatie vo vojne, prenasledovania chápu ako zostúpenie

do ríše mŕtvych. Na druhej strane smrť alebo anjel smrti nemôžu jednať svojou vlastnou autoritou, ale zasahujú len tam, kde im to Jahve dovolí, pretože Bohu podlieha moc smrti (Špidlík 1983, s. 144).

### **Egypt – smrť a pamiatka**

Záhrobný život bol pôvodne spojený so západom a umiestnený v nebi. Bolo dôležité zachovať mumifikáciu mŕtveho a tiež dané zvyklosti, napr. hrob s falošným vchodom, sochy dvojníka, v ktorých sa ukrývala hlava, v ktorej môže byť duch. K skutočným alebo symbolickým obetám boli vyzývaní okolo idúci. Veľmi dôležitá bola cesta mŕtveho. Kúzla zaistovali ľahký prechod do druhého života, ktoré boli umiestňované v hrobe. Vrcholom bolo, keď boh Slnka prijal kráľa na večnosť po pohrebe a jeho nanebovstúpení. Kráľ v dôsledku svojej božskosti je nesmrteľný a odlieta v podobe vtáka alebo kobyľky na Obetné pole, ktoré sa nachádza v nebi na východe. Musel byť očistený, aby bol pripravený na druhý breh jazera. Iniciačnému výsluchu odpovedá magickými formulami, aby dosiahol nasledujúcu úroveň, lebo je prirovnaný k Usirovi, ale stretnúť sa s ním nemusí. Na nebeský trón ho posadí boh Slnka a bude vládnuť svojim ľuďom na veky. Od XVIII. dynastie v 16. storočí p. n. l. kniha mŕtvych do rímskeho obdobia bola dávaná do hrobky. Mala obmäkčiť bohov a vyprevádzala mŕtveho na cestu a sud kúziel (Culianu, 1993).

### **Taoizmus**

Taoizmus rozvíja niekoľko učení, ktoré sa týkajú večných symbolov, záruky ich úspešnosti, zbožštených ľudí. Pod vplyvom Budhizmu sa stávajú nesmrteľní nebeskou hierarchiou. Podľa inej tradície žijú vo svätých horách, ktoré sú cieľom ich púte. Jedného dňa sa pripoja k nesmrteľným na západných horách v krajine Veselej kráľovny. To je najväčšia nádej. Budú piť z červenej rieky a jesť z rastliny nesmrteľnosti. Rieku je treba prekročiť na ceste do podsvetia. Nebeské jaskyne a hory osvetlené vnútorným svetlom sú bájne územia po ktorých adept pátra. Keď taoista preniká do hôr, preniká sám do seba, objavuje ľahkosť bytia ktorá ho robí bezťažným. Oslobodzuje sa od jazykových spoločenských konvencií a mení sa takým spôsobom, že sú z neho vypudzované získané zvyky a povinnosti (Culianu, 1993).

### **Zoroastrizmus**

Detaily súdu nad dušou sú upresňované v pehlevských textoch a v Aveste. Duše zosnulých prichádzajú na most Činvat tri dni po oddelení od tela a tam sa im ukáže uskutočnenie dobrého náboženstva pre dobrých „zlých a pätnásť ročné panny“. Duše dobrých stúpenčov odchádzajú na most, zlých stúpenčov sú zhodené do pekla, „vlažní“ to sú tí, ktorí

neboli ani zlí, ale ani dobrí, prídu do očistca HAMMISTAKÁN. To všetko sa udeje až po súde boha MITHRY, SROŠA, RAŠNA. Aby spravodliví mohli prejsť, tak motív mostu sa rozširuje a pre bezbožných sa zužuje, aby padli do pekla. Duša k nebu stúpa v troch etapách. Sú to HVIEZDY, ktoré zodpovedajú „dobrým myšlienkam“, MESIAC, ktorý zodpovedá „dobrým rečiam a dobrým skutkom“. Nakoniec duša prichádza do kráľovstva nekonečných svetiel /ANAGRA RAOŠA/ (Culianu, 1993).

### KREŠŤANSKÝ POHĽAD NA SMRŤ

V kresťanskom chápaní sa smrť predstavuje z týchto dvoch hľadísk:

1. Smrť ako trest za hriech – smrť nie je dielo Božie, ale následok hriechu, ako čítame v rozprávani o prvom hriechu (Gn, 3, 1-24) a ako to potvrdzuje sv. Pavol v liste Rimanom (Rim 5, 12). Ako trest za hriech však smrť znamená víťazstvo spravodlivosti nad zlom. V tom zmysle je smrť skutočne to, v čom ľudia nachádzajú „jedinú spravodlivosť, jedinu „skutočnú rovnosť všetkých ľudí.“ (Špidlík 2000, s. 124).
2. Smrť ako znamenie spásy – Sv. Pavol v liste Korint’anom píše, že tak: „*ako všetci umierajú v Adamovi, tak zasa všetci ožijú v Kristovi. Ale každý v poradí, aké nu patrí: prvotinou je Kristus, potom pri jeho príchode tí, čo patria Kristovi.*“ (1 Kor 15, 22 – 23). Veľkou túžbou kresťanov vždy bolo, aby v tomto okamihu boli s Kristom čo najužšie spojení. Preto sa stala obvyklým prejavom zbožnosti „príprava na dobrú smrť“. Jej podstatou je spytovanie svedomia, spoveď, pevná dôvera v odpustenie hriechov a v milosť posväcujúcu. Myšlienka na smrť patrí prirodzene k večným modlitbám, k pobožnosti na konci roka, v chorobe a je prirodzené, že pri zomieraní človeka sa modlíme za spásu jeho duše. (Špidlík 2000, s. 124).

Život človeka na zemi končí smrťou. To je odlúčenie duše od tela. Človek si kladie otázku a čo potom? Buď je to požehnaný život Bohom alebo pekelné muky? Bude niekto dôstojný vojsť do Božieho Kráľovstva a získať ako je písané v Svätom Písme neporušiteľné dedičstvo? Božie slovo nám hovorí, že je málo vyvolených (Mt 20, 16), spravodlivý sa možno zachráni, potom aký údel čaká hriešnikov (1Pt 4, 19)? Cesta utrpenia, kríža, nasledovania Krista je cestou do Nebeského Kráľovstva (Mt 7,13-14,10,38).

Hriech človeka je príčinou smrti. Človek bol stvorený Bohom pre neporušiteľnosť, ale choroby, utrpenia sú z dôvodu hriechu Adama a Evy. Boh povedal Adamovi: „*Navrátiš sa do zeme, z ktorej si bol vzatý* (1Mjž 3,19).“ Od tohto momentu sú ľudia nie nesmrteľní, ale smrteľní, čo je údelom všetkých ľudí. Veľmi dôležité v živote človeka je Pokánie, ktoré



môže činiť človek počas života, ale hranicou, kde sa končí ľudský život je smrť. Odsúdeniu sa môžeme vyhnúť, povedal Ján Zlatoústý, len kým žijeme a to pokáním, ale keď zomrieme, naše hriechy je nám už zbytočne oplakávať (Husár, 2010) .

### SÚVISLOSŤ MEDZI CHOROBOU A HRIECHOM

Biblia sa zaoberá výlučne náboženským významom choroby v zámere spásy. Biblické zjavenie určuje podmienky, ako máme chápať súvislosť medzi chorobou a hriechom. Boh stvoril človeka pre šťastie, ako to opisuje druhá kapitola knihy Genezis. Choroba, ako všetky iné ľudské zla, vošla do sveta len ako následok hriechu (porov. Gn 3, 16 – 19). (Léon-Dufour, Duplacy a kol. 1990, s. 350).

Hriechom človek prevracia Bohom stanovený poriadok tak vo vzťahu medzi ľuďmi, ako aj v sebe samom. Ale najväčším dôsledkom hriechu je strata dôverného vzťahu s Bohom. (*Sväté Písmo Jeruzalemská Biblia* 2013, poznámka k (Gn 3, 16).

Choroba sa často dostáva do súvislosti s hriechom ako dôsledok:

1. vzbury proti Bohu, ako to bolo u faraóna:

Faraón na žiadosť Mojžiša a Árona, ktorí mu tlmočili vôľu Boha, aby prepustil židovský národ na slobodu odpovedal: „Kto je Jahve, aby som poslúchol jeho hlas a prepustil Izrael? Ja nepoznám Jahveho a Izrael neprepustím.“ (Ex 4, 1-2). Ako dôsledok tejto zatvrdlosti a vzbury faraóna Egypťanov postihli egyptské rany. Ako šiesta rana sa objavili vredy, ktoré postihli ľudí, ale i dobytok (porov. Ex 8, 9, 10).

2. závažného porušenia zákona či predpisu:

V knihe Exodus v tejto súvislosti čítame: „Ale ak nebudeš poslúchať hlas Jahveho, svojho Boha a nebudeš zachovávať jeho prikázania a jeho zákony, ktoré ti dnes prikazujem, doľahnú na teba kliatby.“ (Dt 28, 15). Kniha Deuteronomium ako dôsledok neposlušnosti a opustenie Boha uvádza tieto choroby: mor, vysilenie, horúčku, zimnicu, suchoty (porov. Dt 28, 15 – 22).

Tak sa náhle objavilo malomocenstvo u Mojžišovej sestry Márie, pretože „Mária a Áron hovorili zle o Mojžišovi preto, že sa oženil s kušitskou ženou. Avšak, na Mojžišovu prosbu bola po siedmych dňoch očistená (porov. Nm 12, 1-15). Podobne sa stalo po vyliečení malomocného Námána, keď po vykúpaní sa vo vodách Jordánu ochorel na malomocenstvo Elizeov sluha Giezi, pretože bežal za Námanom po odmenu, hoci prorok mu to výslovne zakázal (Porov. 2 Kr 5, 1-27) (Štefko 2003, s. 39).

Zážitok choroby má viesť človeka k sebareflexii a prosbe o odpustenie. V prosebných žalmoch možno vidieť, že je to naozaj tak. „*Celý som doráňaný od tvojho rozhorčenia, celý som zdravený pre svoje hriechy. Topím sa v záplave svojich hriechov, tlačia ma ako ťažké bremeno. Rany mi hnisajú a odporne páchnu, a to pre moju nerozumnosť.*“ (Ž38, 4 – 6). (Léon-Dufour, Duplacy a kol. 1990, s. 350).

Najhlbšie teologické výpovede o utrpení môžeme nájsť v biblickom príbehu o Jóbovi. Kniha Jób rieši záhadnú otázku, prečo trpi spravodlivý človek a ako sa voči dobrému a svätému Bohu má správať človek postihnutý telesným alebo duševným utrpením. Táto téma sa v knihe rozoberá umeleckým spôsobom vo forme dialógov medzi trpiacim Jómom a jeho tromi priateľmi o záhade utrpenia, ktoré Jóba postihlo. Podľa názoru starého semitského sveta, ktorého predstaviteľmi sú Jóbovi priatelia, utrpenie a nešťastie sú vždy trestom za hriechy. Proti tomuto vtedajšiemu všeobecnému presvedčeniu sa Jób vzpiera a vyhlasuje, že nie je hriešny, takže jeho nešťastie nemožno vysvetľovať na základe tézy, že utrpenie je trestom za hriechy (Štefko 2003, s. 37). Jób koná na základe vlastnej skúsenosti. Uvedomuje si totiž, že si nezaslúžil taký trest, ba vyznáva, že vo svojom živote konal dobro. Konečne aj sám Boh vyčítal jeho priateľom ich obvinenia a vyhlasuje, že Jób nie je vinný. Jeho utrpenie je utrpením nevinného. A pápež Ján Pavol II. zdôrazňuje, že: „*treba ho prijať ako tajomstvo, ktoré človek svojim rozumom nevie pochopiť do hĺbky. Ak Boh súhlasil pokúšať Jóba utrpením, tak preto, aby sa dokázala jeho spravodlivosť. Utrpenie má charakter skúšky.*“ (Ján Pavol II. 1998, čl. 13, 11)

## **JEŽIŠ A CHOROBA**

Podľa Nového Zákona, milosť je absolútnym, slobodným pôsobením milujúceho Boha pre spasenie ľudí v osobe a diele Ježiša Krista. Cez nezištnú lásku, akou je Vtelenie Syna Božieho v Ježišovi Kristovi, milosť sa zjavila ako konkrétna historická osoba. Boh – Človek, Ježiš Kristus realizuje v sebe samom vzťah medzi Bohom a človekom. V diele spásy, v smrti a zmŕtvychvstání dokonáva nové spoločenstvo, je prostredníkom skutočného odpustenia hriechov všetkým ľuďom, i nového stvorenia, ktoré umožňuje nové spásne spoločenstvo ľudí s Bohom. Preto milosť sa ukazuje ako milosť Ježiša Krista.

Prameňom milosrdenstva a milostí je Božia láska, lebo „Boh je láska“ (1 Jn 4, 8).

Láska je väčšia ako hriech, ktorá neodsudzuje a nezraňuje ako to bolo v prípade ženy, ktorú prichytili pri cudzoložstve a Mojžišov zákon

nariaďoval takéto ženy ukameňovať. Ježiš jej hovorí: „Ja ťa neodsudzujem. Choď a už nehreš!“ (Jn 8, 1-11).

Láska je silnejšia ako choroba. Ochrunutému, ktorého priniesli na nosidlách povedal: „Dúfaj, synu, odpúšťajú sa ti hriechy.“ (Mt 9, 2). Ježiš odpúšťa hriechy a takto uzdravuje dušu, a ako vonkajší znak, že chorý má skutočne odpustené hriechy, uzdravuje aj jeho telo. (*Sväté Písmo Jeruzalemská Biblia* 2013, poznámka k (Mt 9, 3).

Je silnejšia ako smrť – v prípade syna naimskej vdovy. „Keď ju Pán uvidel, bolo mu jej ľúto a povedal jej: „Neplač!“ Potom pristúpil a dotkol sa már.“ Mládenca vzkriesil a odovzdal ho matke (porov. Lk 7, 11-17).

Láska je vždy ochotná pozdvihnúť a odpustiť, a je stále pripravená ísť v ústrety márnratnému synovi, ktorého otec bez výhrad prijal najprv do svojho náručia a potom aj do svojho domu (porov. Lk 15, 11- 32).

Ježiš stretáva chorých na svojich cestách počas svojej verejnej činnosti. Evanjelista Marek uvádza, že keď Ježiš prišiel do Genezaretského kraja, prichádzali k nemu ľudia a „na nosidlách začali znášať chorých na miesto kde bol, ako počuli. A všade kdekoľvek prišiel do dediny, mesta či osady, kládli na ulice chorých a prosili ho, aby sa smeli dotknúť aspoň obruby jeho pláštá. A všetci, čo sa ho dotkli, ozdraveli.“ (Mk 6, 54-56).

V Novom zákone na zmysel ľudského utrpenia nachádzame mnohé odpovede, ktoré sú spojené s mesiášskym poslaním Ježiša Krista. V Jánovom evanjeliu čítame o tom, ako Ježiš stretol človeka slepeho od narodenia. „*Jeho učenci sa ho spýtali: Rabbi, kto zhrešil – on alebo jeho rodičia – že sa narodil slepý? Ježiš odpovedal: Nezhrešil ani on, ani jeho rodičia, ale majú sa na ňom zjaviť Božie skutky. Musíme konať skutky toho, ktorý ma poslal, dokiaľ je deň*“ (Jn 9, 2 – 4). Na chorom človeku sa mala potvrdiť skutočnosť, že Ježiš je opravdivým Mesiášom. Ako slepý sám povedal: „*Od vekov nebolo počuť, že by bol niekto otvoril oči slepému od narodenia. Keby on nebol od Boha...*“ (Jn 9, 32-33). Vo svojej mesiášskej činnosti uprostred izraelského ľudu, Kristus bez prestania sa približoval k svetu ľudského utrpenia. „*On kade chodil, dobre robil*“ (Sk 10, 38).

Ježiš Kristus nám zjavuje Božie kráľovstvo a preto Jánovým učením hovorí: „*Choďte a oznámte Jánovi čo počujete a čo vidíte. Slepí vidia, chromí chodia, malomocní sú čistí, hluchí počujú, mŕtvi vstávajú a chudobným sa hlása evanjelium.*“ (Mt. 11, 4-5). Príchodom Ježiša Krista nezmizla choroba zo sveta, ale Božia sila, ktorá nad ňou zvíťazila je už odteraz vo svete. Preto Ježiš od všetkých chorých, ktorí mu prejavujú svoju dôveru, žiada len jedno a to, aby mu verili, lebo vo viere je všetko

možné (porov. Mt 9, 28; Mk 5, 36) (Léon-Dufour, Duplacy a kol. 1990, s. 352).

Choroba je symbolom stavu, v ktorom sa nachádza hriešny človek, duchovne je slepý, hluchý, chromý... Uzdravenie chorého predstavuje aj duchovné uzdravenie, ktoré Ježiš prišiel vykonať na ľud'och.

Odpúšťa hriechy ochrnutému a aby ukázal, že má na to moc, uzdraví ho (porov. Mk 2, 1-12). Tento dosah zázrakov sa vyzdvihuje najmä v Jánovom evanjeliu. Uzdravenie chromého v Betsaide, ktorý 38 rokov ležal na lôžku, znamená dielo oživenia, ktoré vykonal Ježiš (porov. Jn 5, 1-9; 19-26). Uzdravenie slepého od narodenia poukazuje na Ježiša ako na „Svetlo sveta“ (porov. Jn 9, 1-41). Ježišove uzdravenia chorých sa stali predzvesťou kresťanských sviatostí, lebo prišiel ako lekár chorých (porov. Mk 2, 17), ktorý odstraňuje neduhy a choroby tým, že ich berie na seba (porov. Mt 8, 17, Iz 53, 4) (Léon-Dufour, Duplacy a kol. 1990, s. 352 - 353).

#### **POSTOJ APOŠTOLOV A CIRKVI K CHOROBE A UTRPENIU**

Ježiš udelil apoštolom hneď od ich prvého povolania moc uzdravovať chorých. Evanjelista Matúš píše: „Zavolať si dvanástich učeníkov a dal im moc nad nečistými duchmi, aby ich vyhánali a uzdravovali každú neduh a každú chorobu.“ (Mt 10, 1). Pri ich konečnom rozposlaní im sľubuje ustavičné uskutočňovanie tohto znaku, aby sa tak ich ohlasovanie stalo vierohodným. „A tých, čo uveria, budú sprevádzať tieto znamenia, v mojom mene budú vyhánat' zlých duchov... na chorých budú vkladať ruky a tí ozdravejú.“ (porov. Mk 16, 17 – 18). Aj skutky apoštolov viackrát zaznamenávajú zázračné uzdravenia. Peter apoštol chromému, ktorého stretol pri chrámovej bráne povedal: „Striebro a zlato nemám, ale čo mám, to ti dám: V mene Ježiša Krista Nazaretského vstaň a chod!“ Chytil ho za pravú ruku a zodvihol ho.“ (Sk 3, 6-7). Filip apoštol v Samárii uzdravoval chorých tak, že: „mnohí ochrnutí a chromí ozdraveli.“ (Sk 7, 7). Tieto zázraky ukazujú na moc Ježišovho mena a na skutočnosť jeho zmŕtvychvstania. Aj sv. Pavol medzi darmi Svätého Ducha spomína uzdravenie, ale vždy je to ten istý Duch, ktorý rozdeľuje každému ako chce (porov. 1 Kor 12, 10 – 12). Tento znak stále dáva vierohodnosť Ježišovej Cirkvi (Léon-Dufour, Duplacy a kol. 1990, s. 353).

Nevinný Baránok trpel na kríži, aby spasil svet. Chorí majú dopĺňať na svojom tele, čo chýba Kristovmu utrpeniu, pre dobro jeho tela – Cirkvi (porov. Kol 1, 24).

Presbyteri v Cirkvi preberajú úkon apoštolov (porov. Mk 6, 13) udeľujú chorým sviatosť pomazania olejom v mene Pánovom a chorí sa

s vierou modlia a vyznávajú svoje hriechy. Táto modlitba<sup>1</sup> ich zachraňuje, lebo hriechy sa im odpúšťajú a môžu dúfať, že budú uzdravení, ak je to vôľa Božia (porov. Jak 5, 14). Celá účinnosť pokánia je v tom, že kajúcnikovi navracia Božiu milosť a spája ho s Bohom v dokonalom priateľstve. U tých, ktorí prijímajú sviatosť pokánia so skrušeným srdcom a s nábožnosťou, zvyčajne zavládne pokoj a spokojnosť svedomia spolu so silnou duchovnou útechou (*Katechizmus katolíckej cirkvi 1999*, čl. 1468).

Toto uzdravenie sa neuskutočňuje neomylné, ako keby magickým účinkom modlitby alebo obradu. Ježiš zoberúc na seba naše choroby v čase umučenia, dal im nový zmysel: ako každé utrpenie, aj ony majú odtiaľ hodnotu vykúpenia. Kým Jób ešte neprenikol k tomu, aby pochopil zmysel choroby, kresťanovi práve Ježišovo utrpenie ukazuje, že svojou chorobou „doplňuje na vlastnom tele, čo Kristovmu utrpeniu chýba k dobru jeho Tela, to jest Cirkvi.“ (Kol 1, 24) (Léon-Dufour, Duplacy a kol. 1990, s. 353-354).

Človek môže dozrieť do plnšej podoby tým, že sa odovzdá v dôvere a pokore pred Bohom. Tu práve začína jeho duchovné dozrievanie, lebo tu začína pôsobiť Boh svojou milosťou (Michel, Korbová, Proňková 2012, s. 311).

### CHARAKTERISTIKA SPREVÁDZANIA

Slovo sprevádzať podľa slovníka azet.sk znamená: ísť s niekým, byť niekomu sprievodcom, byť stále s niekým, neopúšťať ho. Tieto slová plne vyjadrujú aj našu tému Spirituálne sprevádzanie zomierajúcich. Pri duchovnom sprevádzaní klienta v čase zomierania znamená, že sme s klientom. Vyhradíme si čas na neho. V tomto čase nič nie je pre nás dôležitejšie ako náš klient, ktorý nás potrebuje, aby sme ho sprevádzali a pomohli mu na ceste do večnosti. My ho môžeme sprevádzať len po vrchol horizontu, odkiaľ prekročí prah večnosti. Pri duchovnom sprevádzaní zohrávajú u klienta dôležitú úlohu ľudské činitele, napr. schopnosť retrospektívy (spätného pohľadu), slovné vyjadrenie prežitých faktov, či pomenovania vnútorného stavu. Sprevádzajúca osoba musí byť ochotná stať sa spoločníkom klienta na jeho ceste odchodu do večnosti vo viere (Jastrzab 2010, s. 184-185).

---

<sup>1</sup> Modlitba s vierou, t. j. modlitba, ktorú koná kňaz vtedy, keď chorého mažu olejom. „Ak sa dopustil hriechov, odpustia sa mu“, a to nielen všedné, ale aj ťažké, ak sa chorý nemôže z nich vyspovedať. (*Sväté písmo Starého i Nového zákona*, Spolok svätého Vojtecha Trnava 1998, poznámka k (Jak 5, 15).

## **Potreba duchovného sprevádzania klientov sociálnych služieb**

Najdôležitejšou úlohou je kontrola bolesti a riešenie psychologických, sociálnych a spirituálnych problémov tak, aby bola zabezpečená čo najlepšia kvalita života klienta (Štefko 2003, s. 116). Bez ohľadu na to, kde je sociálna starostlivosť poskytovaná, vždy je dôležité, aby starostlivosť bola komplexná, aby boli uspokojované všetky potreby klienta. Túto komplexnú starostlivosť nie je možné poskytovať bez uplatňovania tzv. holistického prístupu. Je to starostlivosť, ktorá rešpektuje potreby tela, mysle i ducha (Laca 2010, s. 224).

Samostatnú kapitolu pomoci klientovi v starostlivosti sociálnych služieb tvorí duchovná služba, ktorú môže poskytovať skúsený veriaci človek – sociálny pracovník, ošetrovateľ, dobrovoľník a kňaz. Správna a efektívna saturácia duchovných potrieb znamená pre klienta veľkú pomoc. Klient v starostlivosti sociálnych služieb naplnený duchovnými potrebami a vyriešenou spiritualitou je vyrovnaný a má seba vnútorný pokoj, nemá konflikty s okolím, vie prijať svoju bolesť a utrpenie, je vyrovnaný so smrťou, vyžaruje z neho harmónia a nádej (Malíková 2011, s. 272-274). Benedikt XVI. v encyklike *Spe salvi* píše, že: „*schopnosť trpieť však závisí od druhu nádeje, ktorú nosíme vo svojom vnútri a na ktorej stavíme*“ (Benedikt XVI. 2008, čl. 39).

### **POŽIADAVKY KLADENÉ NA OSOBY VYKONÁVAJÚCE DUCHOVNÉ VEDE- NIE**

Duchovné otcovstvo má základ v mníštvu, kde duchovný otec sa nazýval abbas, starec. Duchovný otec mal dar priezračnosti a čítania ľudských myšlienok. Ideálne bolo v mníšskych časoch, keď duchovný otec bol predstavený kláštora, kňaz a tzv. diakritikos – ten, ktorý mal dar rozlišovania duchov.

Podľa Špidlíka duchovné vedenie nie je sama o sebe funkcia hierarchická, kňazská ani jurisdikčná. Je to disponibilita niektorých ľudí vziať na seba starostlivosť o spásu iného človeka (Špidlík 1983, s. 332). Preto podľa Jastrzaba, ten čo hľadá pomoc, si volí osobu vo viere, ktorá sa v duchovnom vedení stáva spoločníkom na cestách viery. Týmto spoločníkom nemusí byť kňaz, môže ním byť každá osoba obdarovaná osobitnými charizmami rozoznávania duchov, empatiou, schopnosťou určiť diagnózu, darom rady a pod. Na duchovných sprievodcov sú kladené nároky v oblasti intelektuálno-duchovnej skúsenosti. Medzi takýchto ľudí môžu patriť pedagógovia, psychoterapeuti, sociálni pracovníci a iné osoby schopné duchovne a psychicky pomáhať (Jastrzab 2010, s. 185).

### Duchovné vedenie praktizované mimo spovede

V čase rozvoja mníšstva na východe od 4. storočia sa toto duchovné vedenie praktizovalo v kláštoroch. Titul „otec“ bol skutočne považovaný ako najväčšia česť. Tento titul sa preukazoval človeku, ktorý bol duchovný otec – mních v kélii alebo abbas – predstavený kláštora alebo otec (biskup na koncile) alebo kňaz. Všetky tieto osoby mali niečo otcovského, čo vyžaduje duchovné vedenie. Duchovní synovia, tak sa nazývali tí, ktorí sa chodili radiť k duchovným otcom. Prosba duchovných synov bola „Otče, pomodlite sa za mňa“. Túto prosbu aj dnes veriaci adresujú svojmu duchovnému otcovi. V mníšskej tradícii platila axióma: „*Kto počúva otca, žije bez starostí a v pokoji*“ (Špidlík 1983, s. 333-334).

V časoch púštnych otcov duchovní synovia praktizovali takzvanú duchovnú spoveď. Konala sa každý deň. Syn poznával seba a v prítomnosti duchovného otca vyjadroval svoje city, túžby, myšlienky. Ten zase, keď prijímal vyznanie svojho žiaka syna, započúval sa do hlasu Svätého Ducha s túžbou poznať celú pravdu o vedenom vo všetkých rovinách jeho človečenstva (Jastrzab 2010, s. 185).

### Formy duchovnej služby

Klienti v starostlivosti sociálnych služieb, ktorí si uvedomujú vážnosť svojej choroby, potrebujú na začiatku prítomnosť človeka na zvládnutie svojej situácie, v ktorej sa ocitli. Preto je potrebný záujem zo strany pracovníkov, sociálnych služieb. V rámci duchovnej služby je najdôležitejšia komunikácia, lebo ona otvára cestu k dialógu. Ona sa vždy nemusí prejaviť verbálne. Aj stisk ruky môže byť veľkým povzbudením najmä pre človeka, ktorý ma pocit opustenosti (Štefko 2003, s. 118). Komunikácia otvára cestu k modlitbe, ktorá je alebo sa môže stať obrovskou posilou pre klienta. Ako pripomína Svätý Otec Benedikt XVI., že to čo človek vyriekne pri modlitbe, neodchádza do prázdna. Nie je fikciou na dosiahnutie duševného výkonu alebo upokojenia. Modlitba mieri ku skutočnosti. Ak teda človek zaujíma postoj modliaceho sa, prekročí sám seba a otvára priestor pre Boha, v ktorom on bude môcť konať v chorom človeku a skrze chorého (Benedikt XVI. 2005, s. 233). Modliť sa je životnou potrebou. Prostredníctvom modlitby môže zomierajúci človek preklenúť všetky napätia a tým získať vnútorný pokoj (Štefko 2003, s. 122). V pastoračnej praxi sa odporúčajú jednoduché modlitby, ktoré klient pozná a môže sa zapojiť do modlitby aj sám. Takouto vhodnou modlitbou je ruženec k Božiemu milosrdenstvu. Je jedným z prostriedkov na vyprosenie milosti pre zomierajúcich.

Veľmi dôležitou formou duchovnej služby sú sviatosti. Katechizmus Katolíckej cirkvi zdôrazňuje, že sviatosti sa týkajú všetkých etáp a dôležitých chvíľ života človeka. (*Katechizmus katolíckej cirkvi 1999*, čl. 1210).

Klienti v starostlivosti sociálnych služieb, môžu prijímať tieto sviatosti: sviatosť zmierenia, Eucharistie a pomazanie nemocných. Cestu k prijatiu sviatostí, ktoré možno udeliť chorému, môže kňazovi pripraviť skúsený veriaci človek, ktorému chorý dôveruje. Najmä tam, kde kontinuita pristupovania ku sviatosti bola prerušená a je potrebná aj pastoračná príprava – katechéza, ktorá by obsahovala základné poučenie (Štefko 2003, s. 122-123). Vo sviatosti zmierenia môže spovedník kajúcnikovi dodať odvahy, aby k chorobe pristupoval aktívne. Psychická rezignácia, ktorá sa prejavuje beznádejou a bezradnosťou, veľmi sťažuje medicínsku terapiu. Kajúcnik nosí v sebe veľakrát falošné presvedčenie, že nemá zmysel, aby o život bojoval. Oddáva sa fatalizmu, ktorý paralyzuje vôľu a deštruktívne pôsobí v inštitucionalizovanom prostredí. Spovedník má posilniť presvedčenie chorého, že život je Božím darom, treba ho prijať a bojovať oň s rôznymi protivensťami osudu (Augustyn 2010, s. 343). Celá účinnosť pokánia je v tom, že kajúcnikovi navracia Božiu milosť a spája ho s Bohom v dokonalom priateľstve. Tí, ktorí prijímajú sviatosť pokánia so skrušeným srdcom a s nábožnosťou, zvyčajne zavládne pokoj a spokojnosť svedomia spolu so spiknou duchovnou útechou (*Katechizmus katolíckej cirkvi 1999*, čl. 1468).

Chorý, ktorý sa nachádza v milosti posväcujúcej môže prijať Eucharistiu, ktorá posilňuje v ňom lásku a užšie sa zjednocuje s Kristom. Tým, čo opúšťajú tento život, Cirkev udeľuje Eucharistiu ako viatikum (pokrm na cestu). Prijatie Kristovho tela a krvi v tejto chvíli prechodu k Otcovi má osobitný význam a dôležitosť a podľa Pánových slov: “Kto je moje telo a pije moju krv, má večný život a ja ho vzkriesim v posledný deň” (Jn 6, 54). (*Katechizmus katolíckej cirkvi 1999*, čl. 1394, 1396, 1524).

V chorobe sa človek cíti mimoriadne ohrozený. V Ježišovom pozemskom živote ho často vyhľadávali chorí a snažili sa ho „dotknúť, lebo vychádzala z neho sila a uzdravovala všetkých“ (Lk 6, 19). Pán Ježiš ustanovil sviatosť pomazania chorých, aby udelil pokoj a silu chorému a dal mu silu ku všetkým telesným a duševným zápasom na jeho poslednej ceste. Väčšina chorých, ktorí sa ocitnú v ohrození života, intuitívne cítia, že v danom okamihu je pre nich najdôležitejšie primknúť sa k tomu, ktorý premohol smrť a je život sám – k Ježišovi, Spasiteľovi (*Youcat, Katechizmus katolíckej cirkvi 2011*, s. 140-142). Slávenie tejto sviatosti spočíva v pomazaní chorého olejom na čele a rukách (v rímskom obrade) alebo na iných častiach tela (vo východnej cirkvi). Toto pomazanie spre-



vádza liturgická modlitba kňaza, ktorý vyprosuje chorému uzdravujúcu milosť na duši i na tele (Štefko 2003, s. 128).

## ZÁVER

Opatrovateľ/ka, sociálny pracovník, zdravotná sestra a všetci tí, ktorí poskytujú službu v zariadeniach sociálnych služieb sa v súčasnosti musia preukázať mimoriadnou osobnou a duchovnou kultúrou, životnou múdrosťou, ako aj psychologickým a náboženským poznaním, aby mohli pomáhať klientom nezávisle od filozofie, náboženstva, morálky či duchovnosti. Musia byť natoľko čestní a pokorní, aby vnímali stav svojho klienta a dokázali ho sprevádzať v chorobe a zomieraní.

## ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- AUGUSTYN, J.: *Umenie spovedať, Poradca pre kňazov aj laikov*, Dobra kniha Trnava Spolok svätého Vojtecha, Trnava 2010, s. 436, ISBN 978-80-7162-8444-6
- BENEDIKT XVI.: *Berührt vom Unischbaren. Freiburg im Breisgau*: Verlag Herder, 2005, ISBN: 3451290634
- BENEDIKT XVI.: *Spe salvi*, Encyklika pápeža Benedikta XVI. o kresťanskej nádeji, Spolok svätého Vojtecha 2008, s. 62, ISBN 80-7162-594-9
- ELIADE, M, CULIANU, I. P. 1993, *Slovník Náboženství, z francúzskeho originálu Leditioinaire des religions* .Preklad: Milan Lyčka, Praha, 1993, ISBN 22-053-93 AA 18,29,VA18,84.
- GERKA, M. a kol.: Sväté Písmo a skratky biblických kníh z pohľadu pravoslávnej a nepravoslávnej biblistiky na Slovensku. In: *Pravoslávny teologický zborník*. PU v Prešove, PBF 2009, roč. XXXIV (19), s. 5-19. ISBN 978-80-8068-998-9.
- HUSÁR, J. 2010, (preklad), State Počajejských bulletinov: *Súd za hrobom alebo mýtnice prepodobnej Teodory*, Sabinov, 2010.
- JÁN PAVOL II, *Slavifici doloris*, Apoštolský list o kresťanskom zmysle ľudského utrpenia, Spolok Svätého Vojtecha Trnava 1998, s. 81, ISBN 80-7162-243-5
- JASTRZAB, D.: *Spoved' a duchovné vedenie*, In: AUGUSTYN, J. (ed.) *Umenie spovedať Poradca pre kňazov a laikov*, Dobrá kniha Trnava, Spolok svätého Vojtecha Trnava 2010, s. 184-190, ISBN 978-80-7141-697-5
- Katechizmus katolíckej cirkvi*. 1999, Trnava, 1999, s. 918, ISBN 80-7162-259-12007
- LÉON-DUFOUR, X., DUPLACY, J. a kol. : *Slovník Biblickej Teológie*, Zagreb 1990, 1632s.
- LACA, S.: *Paliatívna a hospicová starostlivosť ako súčasť etiky života*, In: MÁTEL, A. – SCHAVEL, M. – MÜHLPACHR, P. – ROMAN, T. 2010. *Apli-*

*kovaná etika v sociálne práci a ďalších pomáhajúcich profesiách. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, ISBN 978-80-89271-89-4.*

MALÍKOVÁ, E.: *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, Grada Publishing, Praha 2011, s. 328, ISBN 978-80-247-3148-3

MICHEL R., KORBOVÁ Z., PRONĚKOVÁ M.: Hospicová sociálna práca, In: HANOBIK, F. a kol. (eds.) Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie, Qou vadis hospic. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, Bardejov 2012, s. 311 (303 – 318), ISBN 978-80-8132-068-2.

ŠTEFKO, A.: *Důstojnost člověka v starobe, chorobe a zomieraní*, Bratislava 2003, s. 145, ISBN 80-7141-429-8

*Sväte písmo Jeruzalemská Biblia*, Dobrá kniha Trnava 2013, ISBN978-807141-797-1.

*Sväté písmo Starého i Nového zákona*, Spolok svätého Vojtecha Trnava 1998, 2623 s. ISBN 80-7162-236-2.

ŠTEFKO, A.: *Důstojnost člověka v starobe chorobe a zomieraní*, Edícia Dialógy, Bratislava 2003, 144 s. ISBN 80-7141-429-8.

ŠPIDLÍK, T.: *Pramene svetla*, Spolok sv. Vojtecha Trnava 2000, Vydavateľstvo otcov baziliánov Blahovistník, Prešov 2000, s. 558, ISBN 807162-323-7.

ŠPIDLÍK, T.: *Spiritualita křesťanského východu*, Řím, Křesťanská akademie Velehrad 1983, 437 s.

*Youcat, Katechizmus katolíckej cirkvi pre mladých*. 2011, Karmelitánske nakladateľstvo Bratislava 2011, s.301, ISBN 978-80-89231-93-5.

**RIZIKOVOSŤ PRÁCE SESTRY****RISKINESS OF NURSING WORK***<sup>1</sup> Ždiľová Iveta - <sup>2</sup> Tkáčová Lubomíra*<sup>1,2</sup> Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety**ABSTRAKT**

Práca v zdravotníctve je podľa Zákona č. 124/2006 Z.z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci považovaná za rizikovú. Spravidla však nie je radená do 3.kategórie rizikovosti. Predmetom práce je overiť prítomnosť viacerých rizikových faktorov na pracoviskách sestier, podľa Vyhlášky NR SR č. 448/2007 Z.z.. Skúmame ich vzájomnú interakciu, vplyvy a dôsledky na fyzický aj psychický stav a výkonnosť sestier. Cieľom práce je poukázať na náročnosť a vysokú zodpovednosť sestier pri výkone práce. Potvrdiť vplyvy rizikových faktorov a prejavy na zdraví a psychike sestier. Overiť, čo robia zamestnávateľia, aby ochránili sestry pred poškodením a v neposlednom rade zistiť, či sú sestry spokojné a motivované prácu sestry vykonávať. Výskum sme realizovali v období od októbra 2014 do januára 2015 na vzorke 100 respondentov. Respondenti boli oslovení formou elektronického dotazníka. Kritériom výberu bolo aktívne vykonávanie činnosti sestry. Výber respondentov bol zameraný. Z výsledkov prieskumu je zrejmé, že sestry sú pri výkone ošetrovateľskej starostlivosti vystavené pôsobeniu tak fyzickej ako aj psychickej záťaže a zdravotným rizikám, z ktorých sme každé kvantifikovali cez premenné (rizikové faktory). Okrem zdravotných rizík, sme zistili, že zamestnávateľia nedodržiavajú niektoré právne predpisy súvisiace s ochranou a bezpečnosťou sestier pri práci. Tiež sa nám potvrdilo, že sestry sú síce demotivované, unavené a frustrované, ale napriek záplave negatívnych vplyvov sú spokojné s voľbou povolania a naplnené, z podstaty, že pomáhajú.

**KEÚČOVÉ SLOVÁ:** Povolanie sestry. Zdravotníctvo. Pracovná záťaž. Pracovné prostredie. Rizikové faktory. Prevencia.

Na začiatku nášho výskumu sme vyhodnotili demografické údaje, ako je pohlavie, vek, dĺžku praxe. Zo 100 zúčastnených, bolo 100 žien. Ide o profesiu, v ktorej jednoznačne dominujú ženy. Výsledok nám napovedá, že najpočetnejšou skupinou sestier sú sestry vo veku od 36-45 rokov, čo korešponduje s výsledkom prieskumu OSHA, ktorý zistil, že aj

v rámci EU je dnes priemerný vek sestier 41 – 45 rokov (Jong et al., 2014).

Z §30 ods.1 l, zákona NR SR č. 355/2007 Z.z., sme vybrali konkrétne rizikové faktory, ktoré sme považovali za relevantné a súvisiace s prácou v zdravotníctve: biologické, chemické, fyzickú záťaž, psychickú pracovnú záťaž a tepelno-vlhkostnú klímu. V našom výskume sme sa orientovali na potvrdenie prítomnosti zdravotných rizík, preukázaním prítomnosti určitých dôsledkov vyplývajúcich z ich dlhodobého pôsobenia na zdravie a výkonnosť sestry. Nepriamo sledujeme aj záujem nadriadených a motiváciu sestier svoju prácu vykonávať.

**BIOLOGICKÉ A CHEMICKÉ FAKTORY** sú potvrdené mnohými predchádzajúcimi štúdiami. Kim (2010) vo svojej štúdii radí biologický hazard v zdravotníctve za najvýraznejší (zápaly, TBC, HIV, hepatitída, riziko infekcie pri poranení ihlou), hneď po ňom nasledujú chemické riziká (lieky, chemoterapeutiká, dezinfekčné prostriedky a pesticídy) a ostatné. Rovnako aj OSHA uvádza biologické a chemické faktory na prvých priečkach rizikovosti v oblasti zdravotníctva.

V súvislosti s faktormi zdravotných záťaží sme sa v prvej hypotéze zamerali na posúdenie *psychickej záťaže* (časovej tiesne, pracovného tempa, nadčasov, sociálnych interakcií, rizika ohrozenia zdravia: výkon práce nad rámec kvalifikácie a pocit zodpovednosti a únavy) a *fyzickej záťaže* (pracovného prostredia, štruktúry pacientov, subjektívneho názoru sestier na ich pracovnú záťaž, fyzickú nepohodu). Eliminácia, alebo aspoň redukcia výskytu negatívnych faktorov oboch týchto záťaží je nevyhnutná na zvýšenie produktivity, motivácie zamestnancov, zabezpečenie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti ako aj zlepšenie výsledkov ošetrovateľskej starostlivosti a spokojnosti pacientov (EU-RCN, 2013).

Faktory **PSYCHICKEJ ZÁŤAŽE**:

1. **Časová tieseň**
  - 96 % veľmi často alebo občas nestíha
  - 80 % musí riešiť viacero vecí naraz
  - 91% prispôsobuje prácu pracovnému tempu
  - 54 % nemá pravidelné prestávky
2. **Pracovné tempo**
  - ani ½ si nemôže upraviť pracovné tempo, a prispôsobuje sa tempu, 39 % považuje svoje pracovné tempo za neprimerané
3. **Nadčasy** (59% do 150h; 34% sestier viac ako 150 h nadčasov/ročne, z toho 7% viac ako 400 hodín)
4. **Ohrozenia zdravia svojho alebo iných – riziko omylu a chýb**

- 91% - prispôsobuje prácu pracovnému tempu – skracovanie prac. postupov
  - 88% - musí prerušiť svoje sústredenie
  - 83% - si uvedomuje závažné dôsledky zle vykonanej práce
  - 78% - vykonáva prácu nad rámec svojej kvalifikácie – podávanie transfúzie, Dg. a administrácia i.v. liečiv, bez asistencie lekára
  - 63% - sa nemá s kým poradiť- čo zvyšuje stres aj riziko omylu
  - 96% - vníma svoju prácu ako rizikovú
5. *iné:*
- 79% Nespokojnosť s komunikáciou na pracovisku
  - 80% Nedostatok uznania

#### Faktory **FYZICKEJ ZÁŤAŽE:**

##### 1. *Pracovné prostredie*

- Iba 34 % pracuje v dobre vykurovaných priestoroch
- Až 45 % pracuje v prievane
- ani ½ nepracuje v dobre vetranom prostr. a s dostatkom denného svetla

2. *Fyzická záťaž* – je v praxi reprezentovaná štruktúrou mobilných/resp.imobilných pacientov a technickým vybavením na manipuláciu s pacientom, dostatočným personálnym zabezpečením a ergonomickými faktormi prostredia. Fyzickú záťaž je možné čiastočne eliminovať správnym zaškolením a dostatkom pracovníkov. Potvrdilo sa nám, že sú *prekračované hmotnostné limity*; sestry sú *unavené a nemajú dostatočný odpočinok a nemajú potrebné zaškolenie a nácvik manipulácie s ťažkým pacientom*. To predznamenáva, že pri práci sestry je prítomné riziko ohrozenia vlastného zdravia alebo zdravia pacientov.

Sestry, ktoré absolvovali Zaškolenie a nácvik manipulácie s ťažkým klientom – lepšie vnímajú pracovnú záťaž (p-0,0147), avšak až 64 % sestier, školenie neabsolvovalo, lebo im nebolo umožnené (*def. medzi individuálnymi rizikovými faktormi - NV 281/2006 Z.z*)

*Pracovná výkonnosť, osobný život aj zdravotný stav sestier* je vplyvom dlhodobého pôsobenia rizikových faktorov poznačený následovne:

<b>Zdravotné problémy*</b> (cca 2,5 problémov/1 sestru)	<b>Psychické stavy*</b> (cca 4,9 problémov/1 sestru)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>bolesti krížov a chrbta</i></li> <li>2. <i>bolesti hlavy</i></li> <li>3. <i>GIT ťažkosti (s náladovosťou a cynizmom p-0,007, nezájmom o pac.p-0,043)</i></li> <li>4. <i>infekcie (28 %)</i></li> <li>5. <i>kožné ochorenia</i></li> <li>6. <i>alergie</i></li> <li>7. <i>psychosomatické ochorenia</i></li> <li>8. <i>inkontinencia</i></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>vyčerpanie a únava</i></li> <li>2. <i>náladovosť</i></li> <li>3. <i>výbušnosť a netrpelivosť</i></li> <li>4. <i>pesimizmus do budúcnosti (so psychosomat. ochor.p-0,000)</i></li> <li>5. <i>konflikty v rodine</i></li> <li>6. <i>strata schopnosti tešiť sa zo života</i></li> <li>7. <i>strata empatie (s dĺžkou praxe p-0,044, a psychosom.och. p-0,000)</i></li> <li>8. <i>nezáujem o spoločné aktivity</i></li> <li>9. <i>cynizmus a nezáujem o pacientov,</i></li> <li>10. <i>strata pocitu zodpovednosti</i></li> </ol>

\* problémy sú usporiadané zostupne podľa častosti výskytu v reprezentatívnej vzorke

### 3. **Osobný život**

- 81% cíti únavu a vyčerpanie.
- 71% sestier má doma konflikty kvôli práci, často alebo občas.
- 64% trpí bolesťami hlavy (sign. súvis s únavou p-0,006 aj konfliktami v rodine p-0,023)

### 4. **Výkonnosť**

Výkonnosť je závislá od množstva a namáhavosti riešených úloh, v priebehu pracovnej zmeny, týždňa, alebo ročného obdobia. Výkonnosť je aj schopnosť človeka, vykonávať isté fyzické, psychické činnosti alebo kombinované činnosti (Kubáni, 2011). Ak zoberieme do úvahy, že v ošetrovatelstve je hlavným pracovným nástrojom sestry, pacient a jeho zdravie, ako najvyššia hodnota v živote človeka, potom je na mieste, že sestry musia pociťovať *vysokú zodpovednosť pri svojej práci*. Sestra musí vedieť reagovať, rozhodovať sa rýchlo, ale dôsledky zlých rozhodnutí sú nepredstaviteľné a zvyšujú mieru osobnostných rizík. Sestry vnímajú vysokú *organizačnú zodpovednosť za poskytovanú starostlivosť*. Ako nám naznačili reakcie respondentiek, sústredenosť sestry je prerušovaná. V súvislosti s prerušovaním pozornosti, sestra musí vedieť rýchlo reagovať a prispôbiť svoju prácu a tempo okolnostiam. Organizácia neočakávaných, respektíve nepredvídateľných situácií, si vyžaduje samostatnosť, sebavedomie a rozvahu, aby boli prijímané správne rozhodnutia z pozície sestry. Pocit zodpovednosti a trvalé uvedomovanie si rizika a nedostatočná sústredenosť, spolu s prítomnosťou menovaných vplyvov rizikových faktorov, môže viesť k psychickému vyčerpaniu

a stresu. S tým súvisí aj zdravotný stavom a sociálne prostredie (EU - OSHA). Sociálne prostredie netvorí iba rodina, ale aj kolektív v zamestnaní, ktorý je odrazom spolupráce so zamestnávateľom (nadriadenými). Z reakcií na otázku: **Či zamestnávateľ zohľadňuje pracovné riziká, pri výkone práce sestier?** sme dospeli k názoru, že:

- Zabezpečuje periodické prev. prehliadky vo vzťahu k práci.
- Nezohľadňuje zdravotnú spôsobilosť a individuálne fyzické schopnosti zamestnanca pri ručnej manipulácii s bremenami..
- Nezisťuje riziko poškodenia chrbtice u sestier pracujúcich s ťažkými pacientmi.
- Nezabezpečuje zaškolenie a nácvik správnej manipulácie.
- Dovoľuje sestрам vykonávať práce, ktoré nevyhovujú ich zdravotnému stavu, schopnostiam, veku, kvalifikačným predpokladom a odbornej spôsobilosti ako hovorí zákon NR SR č. 124/2006 Z.z.
- „Umožňuje“ prácu nadčas nad rámec 150hodín ročne. Finančne to nekompenzuje.

##### 5. *Sestry nie sú motivované, ale sú spokojné.*

- 77 % uvádza nechúť ísť do práce
- 68 % nepovažuje svoju prácu za prestížnu
- 63 % sestier premýšľa nad zmenou zamestnania
- 50 % odporúča prácu sestier mladým študentom
- 11% z opýtaných sestier má priestor na kreativitu
- 95% sestier sa podieľa na organizácii práce
- 97% sestier pociťuje spokojnosť so svojim povolaním/zamestnaním (sestry nad 30 r. štat. významne častejšie uviedli, že by sa pre toto povolanie rozhodli aj opätovne).

## ZÁVER

Kým sestra pomáha pacientovi zlepšiť zdravie, sama sa vystavuje vplyvom, ktoré ju o zdravie pripravujú. Sestry sú pod prílišným pracovným tlakom, nespokojné s pracovnými podmienkami, tempom, nárokmi a strácajú pracovno-životnú rovnováhu. Cítia obavy z nedosiahnutia profesionálnych štandardov, majú záujem vykonávať svoju prácu najlepšie ako sa dá, ale sú sklamané, vyčerpané a strácajú záujem podávať očakávaný výkon. Kvantita nahrádza kvalitu a zmysel ich práce sa stráca.

Je dôležité, aby sestry cítili spokojnosť, hrdosť, prestíž, radosť z práce; aby vedeli, že je o nich vhodne postarané; že majú vytvorené

bezpečné a zdravé pracovné podmienky; že vedeniu na nich záleží a uznáva ich nepopierateľný prínos v starostlivosti o pacienta a jeho zdravie. Je dôležité, aby ich návrhy na zlepšenia nekončili v kúte. Aby sestry neboli zastrašované a podceňované. V rámci Európskej únie sa vedú dlhé rozhovory a implementujú rôzne programy, ktorých cieľom je vytvoriť zdravé a bezpečné prostredie pre zdravotníkov, zvýšiť ich kvalitu života, a zabezpečiť tak aj kvalitnú zdravotnú starostlivosť pacientom.

## ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- JONG, T. et al. 2014. Current and emerging issues in the healthcare sector, including home and community care. In *European Risk Observatory Report*. Luxembourg: Publication Office of European Union, European Agency for Safety and Health at Work (OSHA). [online]. 2014. 146p [cit. dňa 2015.03.12.]. Dostupné na internete: <<https://osha.europa.eu/en/publications/reports/current-and-emerging-occupational-safety-and-health-osh-issues-in-the-healthcare-sector-including-home-and-community-care>>.ISBN 978-92-9240-497-0.
- KIM, R. 2010. Health care workers in Europe and WHO programmes. In *Occupational health of health care workers. Proceedings of the Special Session in the Annual Meeting of the Baltic Sea Network on Occupational Health and Safety*, 30. September – 1.október 2010 in Tartu, Estonia. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health. [online]. 2011, p.1-4, 52p [cit. dňa 2015.03.12.]. Dostupné na internete: <[http://www.ttl.fi/en/publications/Electronic\\_publications/Documents/occupational\\_health\\_of\\_health\\_care\\_workers.pdf](http://www.ttl.fi/en/publications/Electronic_publications/Documents/occupational_health_of_health_care_workers.pdf)>. ISBN 978-952-261-094-2.
- KUBÁNI, V. 2011. *Psychológia práce*. Univerzitná knižnica. Vysokoškolské učebné texty. Prešovská univerzita v Prešove, 2011. 174s. ISBN 978-80-555-0318-9.
- ROYAL COLLEGE of NURSING (EU-RCN). 2013. Beyond breaking point? In *A Survey report of RCN members on health, wellbeing and stress*. London: Royal College of Nursing, [online]. 2013, 72p [cit. dňa 2015.03.12.]. Dostupné na internete: <[http://www.rcn.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/541778/004448.pdf](http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0005/541778/004448.pdf)>. ISBN 978-1-908782-53-3.
- VYHLÁŠKA MZ SR č. 448/2007 Z. z. o podrobnostiach o faktoroch práce a pracovného prostredia vo vzťahu ku kategorizácii prác z hľadiska zdravotných rizík a o náležitostiach návrhu na zaradenie prác do kategórií. Podrobnosti o faktoroch práce a pracovného prostredia podľa zaradenia prác do kategórií.
- ZÁKON NR SR č. 124/2006 Z.z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- ZÁKON NR SR č. 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji ho zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov, z 21.7.2007.



## INDEX AUTOROV

<i>Priezvisko, meno, titul</i>	<i>Prvý autor</i>	<i>Spoluautor</i>
Balogová Eva, PhD. <i>Slovenská zdravotnícka univerzita, Fakulta zdravotníctva Sládkovičova 21, 974 05 Banská Bystrica eva.balogova@szu.sk</i>	s. 10	-
Barkasi Daniela, RNDr., PhD. <i>VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, n.o. Detašované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku Partizánska 23, 071 01 Michalovce daniela.barkasi@gmail.com</i>	s. 41	s. 22
Barkasi Rastislav, Mgr. <i>Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Palackého č. 1 P.O. Box 104, 810 00 Bratislava rastislav.barkasi@gmail.com</i>	s. 17, 22	s. 462
Belovičová Liliana	-	s. 50
Belovičová Mária, doc., MUDr., PhD. <i>Bardejovské Kúpele, a.s. Interná ambulancia so zameraním na choroby pečene Hotel Ozón, 086 31 Bardejovské Kúpele +421 054/4773402, 0903-447596 mriab9@gmail.com, mbelovicova@kupele-bj.sk</i>	s. 50	-
Bernatová Jana, PhD., PhD. <i>VŠZaSP sv. Alžbety, n.o. v Bratislave Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča Jilemnického 1/A, 080 01 Prešov jankabernat@yahoo.com</i>	s. 56	-
Bobovnik Matej, Ing., PhD.	s. 71	-
Bobovniková Marta, Ing., PhD. <i>VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, n.o. Detašované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku Partizánska 23, 071 01 Michalovce marta.bobovnikova@msumi.sk</i>	-	s. 71
Boroňová Jana, doc., PhD., PhD. <i>Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Univerzitné nám. 1, 918 43 Trnava jana.boronova@truni.sk</i>	s. 79	-
Botíková Andrea, doc., PhD., PhD.	-	s. 102

<b>Priezvisko, meno, titul</b>	<b>Prvý autor</b>	<b>Spoluautor</b>
Bramušková Jarmila, PhDr., PhD.	-	s. 10
Bugyi Alexander	-	s. 22
Bušaničová Lýdia, PhDr. <i>LIDWINA – Domov sociálnych služieb</i> <i>Ul. Mládeže 1, Strážske</i> <i>riaditel@dss-strazske.sk</i>	s. 84	-
Buzinkaiová Jarmila, PhDr.	-	s. 396
Цімболинець Ганна	-	s. 184
Čaklošová Helena, Ing. <i>VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, n.o.</i> <i>Detailované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku</i> <i>hcaklosova@gmail.com</i>	s. 93	-
Dziacká Alena, PhDr., PhD. <i>Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce</i> <i>Univerzitné námestie 1, 918 43 Trnava</i> <i>+421 0911 232 836, alena.dziacka@truni.sk</i>	s. 102	-
Dimunová Lucia, doc., PhDr., PhD. <i>Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, Lekárska fakulta</i> <i>Ústav ošetrovateľstva</i> <i>Tr. SNP č.1, 040 66 Košice</i>	s. 107	-
Fehérová Erika	-	s. 265
Grešš Halász Beáta, PhDr. <i>VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, n.o.</i> <i>beahalasz@yahoo.com</i>	s. 111	s. 445
Hanobik František, prof. PhDr., PhD. <i>VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, n.o.</i> <i>Ústav Kráľovnej Pokoja z Medžugorja Bardejov</i> <i>Štefánikova 64, 085 01 Bardejov</i>	s. 115	-
Heverová Mária, Mgr. <i>Zariadenie pre seniorov</i> <i>Hollého 9, 071 01 Michalovce</i> <i>mariaheverova@azet.sk</i>	s. 131	-
Holonič Ján, PhDr., PhD. <i>VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, n.o.</i> <i>Detailované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku</i> <i>Partizánska 23, 071 01 Michalovce</i> <i>jan@holonic.sk</i>	s. 140	-

<b>Priezvisko, meno, titul</b>	<b>Prvý autor</b>	<b>Spoluautor</b>
Horváthová Alena, Bc.	-	s. 396
Humeníková Mária, PhDr.	-	s. 222
Chovanec Jozef, Ing., PhD. <i>VŠZaSP sv. Alžbety, n.o. v Bratislave Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča Jilemnického 1/A, 080 01 Prešov chovanec.j@centrum.sk</i>	-	s. 148
Jurašek Martin, PaedDr., PhD. <i>VŠZaSP sv. Alžbety, n.o. v Bratislave Detašované pracovisko Košice - bl. Z G. Mallu, Požiarnická 1, 040 01 Košice jurasek888@gmail.com</i>	-	s. 462
Jurčová Zuzana, PhDr. <i>VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, n.o. Polianky Pod brehmi A/4, Bratislava zjurcova@gmail.com</i>	s. 148	-
Kabátová Oľga, PhDr., PhD. <i>Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Univerzitné nám. 1, 917 43 Trnava olga.kabatova@truni.sk</i>	s. 158	-
Kandráčová Jana, Ing. <i>Prešovská univerzita v Prešove, Pravoslávna bohoslovecká fakulta kandracovajana@gmail.com</i>	-	s. 148
Karkošková Slávka, doc., ThDr., Mgr., PhD. <i>VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, n.o. Detašované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča slavka.karkoskova@gmail.com</i>	s. 163	-
Kassaiová Renáta	-	s. 396
Kochan Pavol, Mgr., PhD.	-	s. 335
Химинець Володимир, prof., PhD. <i>Uzhhorod National University Transcarpathian region, 880 00 Uzhhorod, Ukraine khiminets1973@gmail.com</i>	s. 184	s. 307
Kováčová Eva, Mgr. <i>Doktorandka - VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, n.o. Detašované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku Partizánska 23, 071 01 Michalovce</i>	s. 193	-

<b>Priezvisko, meno, titul</b>	<b>Prvý autor</b>	<b>Spoluautor</b>
Kuľhová Zuzana, PhD. <i>VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, n.o. Detašované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku Partizánska 23, 071 01 Michalovce</i>	s. 197	-
Lancošová Katarína, Mgr. <i>Psychiatrická nemocnica, n.o. Michalovce Areál Psychiatrickej nemocnice, Stráňany, 071 01 Michalovce katkalancošova@centrum.sk</i>	s. 207	s. 452
Laššáková Timea, PhD. <i>Externá doktorandka - VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, n.o. Nám. 1. mája, č. 1, 810 00 Bratislava +421 907 866 405, tlassakova@centrum.sk</i>	s. 215	-
Magera Igor, PhD., PhD. <i>VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, n.o. igor.magera@centrum.sk</i>	s. 222	-
Martinková Jana, PhD., PhD. <i>Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Univerzitné nám. 1, 918 43 Trnava jana.martinkova@truni.sk</i>	s. 230	-
Miháľová Marianna, PhD. <i>VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, n.o. mihalova@atlas.sk</i>	s. 238	-
Michel' Radoslav, PaedDr., PhD., PhD. <i>VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, n.o. Ústav Kráľovnej Pokoja z Medžugorja Bardejov Štefánikova 64, 085 01 Bardejov</i>	s. 243	s. 115
Moravková Silvia, Mgr.	-	s. 379
Moškurjak Patrik <i>Slovenská komora medicínsko-technických pracovníkov, Rada SK MTP ul. Hasičská č.3, Trenčín</i>	s. 265	-
Mráz Martin, Mgr. <i>Doktorand - VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, n.o. martin.mraz1@gmail.com</i>	s. 269	-
Murgová Anna, PhD., PhD. <i>VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, n.o. Detašované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku Partizánska 23, 071 01 Michalovce annamurgov@gmail.com</i>	s. 275	-

<b>Priezvisko, meno, titul</b>	<b>Prvý autor</b>	<b>Spoluautor</b>
Muszka Tomáš, Mgr. <i>Katolícka univerzita v Ružomberku, Pedagogická fakulta Hrabovská cesta 1, 034 01 Ružomberok tomasmuszka@gmail.com</i>	s. 290	-
Nová Monika, PhDr. <i>Doktorandka - VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, n.o. Univerzita Karlova, Husitská teologická fakulta Pacovská 4, 140 21 Praha 4 (CZ) monika.merotska@seznam.cz</i>	s. 299	-
Ondič Štefan, Ing. <i>VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, n.o., Katedra sociálnej práce stevo.ondic@gmail.com</i>	-	s. 311
Палінчак М., проф., PhD.	s. 307	-
Pavláková Marián, JUDr. <i>VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, n.o., Katedra sociálnej práce pavlakmarian@gmail.com</i>	s. 311	-
Pavlová Martina, PhDr. <i>VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, n.o. Detašované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku martinapavlova12@gmail.com</i>	s. 317	s. 417
Petro Marián, MVDr., Bc. <i>člen Sociálnej komisie pri VÚC Košice Zariadenie pre seniorov a Zariadenie opatrovateľskej služby Sobrance pri Regionálnej nemocnici Sobrance, n.o. petrosobrance@gmail.com</i>	s. 332	-
Petrušová Anna, PhDr.	-	s. 115
Pilko Ján, Mgr., PhD. <i>Prešovská univerzita v Prešove, Pravoslávna bohoslovecká fakulta Masarykova 15, 080 01 Prešov jmpilko@gmail.com</i>	s. 335	-
Popovičová Mária, PhDr. <i>VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, n.o. Detašované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku mariapopovicova73@gmail.com</i>	s. 342	-
Puteková Silvia, PhDr., PhD. <i>Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Univerzitné nám. 1, 918 43 Trnava silvia.putekova@truni.sk</i>	s. 351	-

<b>Priezvisko, meno, titul</b>	<b>Prvý autor</b>	<b>Spoluautor</b>
Rabinčák Marek, PhD. <i>Psychiatrická nemocnica Michalovce, n.o. Areál psychiatrickej nemocnice Stráňany, 071 01 Michalovce rabincak@pnmi.sk</i>	s. 355	
Schavel Milan, prof., PaedDr., PhD. <i>Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Palackého č. 1 P.O. Box 104, 810 00 Bratislava mschavel@stonline.sk</i>	s. 365	-
Simočková Viera, doc., PaedDr., PhD., PhD. <i>Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva Námestie A. Hlinku 48, 034 01 Ružomberok viera.simockova@ku.sk</i>	s. 370	-
Smolejová Marianna	-	s. 275
Sokolová Mária, Mgr.	-	s. 335
Strapková Jana, Bc.	-	s. 265
Strapková Jana	-	s. 265
Šimonová Veronika, Mgr. <i>Univerzita Konštantína Filozofa, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Kraskova 1, 949 74 Nitra +421 0908 371 346, veronika.simonova@ukf.sk</i>	s. 379	-
Šluchová Iveta	--	s. 265
Štefanová Daniela, Mgr. <i>SVET Zdravia Michalovce Neurologické oddelenie</i>	-	s. 41
Štencel Juraj, doc., PhD., PhD. <i>VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, n.o. Konzultačné pracovisko Warsaw Management University Wyższa Szkoła Menedżerska w Warszawie Warsaw Management University Polianky - Pod brehmi 4/A, 841 03 Bratislava juraj.stencel@szu.sk</i>	s. 396	-
Telepjanová Štefánia, PhD. <i>Doktorandka - VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, n.o. Detašované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku Partizánska 23, 071 01 Michalovce stevatelepjanova@gmail.com</i>	s. 410, 417	s. 317

<b>Priezvisko, meno, titul</b>	<b>Prvý autor</b>	<b>Spoluautor</b>
Tkáč Vojtech, Prof., JUDr., CSc. <i>VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, n.o.</i> <i>vtkac@atlas.sk</i>	s. 433	-
Tkáčová Ľubomíra, PhDr., PhD. <i>VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, n.o.</i> <i>Detašované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku</i> <i>Partizánska 23, 071 01 Michalovce</i> <i>lubomira.tkacova@gmail.com</i>	s. 445, 452	s. 207, 475
Tvrdoň Miroslav, doc., PaedDr., PhD.	-	s. 379
Urícková Alena, PhDr., PhD. <i>Trnava University in Trnava, Faculty of Health Care and Social Work</i> <i>Univerzitné nám. 1, 918 43 Trnava</i> <i>alena.urickova@truni.sk</i>	s. 458	-
Vansač Peter, doc., ThDr., PhD. <i>VŠZaSP sv. Alžbety, n.o. v Bratislave</i> <i>Detašované pracovisko Košice - bl. Z G. Mallu,</i> <i>Požiarnická 1, 040 01 Košice</i> <i>pvansac@sinet.sk</i>	s. 462	-
Vražel Jozef, JUDr., Ing.	-	s. 433
Wiczmandyová Darina, doc., PhDr., PhD. <i>VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, n.o.</i> <i>Detašované pracovisko Michalovce - Ústav bl. M. D. Trčku</i> <i>Partizánska 23, 071 01 Michalovce</i> <i>dwiczmandy@gmail.com</i>	-	s. 107, 111, 131, 342
Zamboriová Mária, doc., PhDr., PhD.	-	s. 370
Ždiľová Iveta, Mgr. <i>VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, n.o.</i> <i>iveta.zdilova@gmail.com</i>	s. 475	-

## RECENZNÝ POSUDOK

---

Inštitucionálna starostlivosť s kolektívnym prístupom vedie nielen k traumám a negatívnemu vplyvu na zdravie a osobný rozvoj jednotlivca, ale vedie i k sociálnemu vylúčeniu, bezmocnosti, pasivity a nemožnosti plnohodnotného občianstva. Súčasné zameranie sociálnej politiky EÚ, ako aj aktuálny vývoj medzinárodnej ľudsko-právnej agendy zvyrazňuje potrebu zmeniť systém inštitucionálnej starostlivosti prevládajúci v podmienkach Slovenskej republiky - deinštitucionalizovať a transformovať ho na systém s prevahou služieb a opatrení poskytovaných v prirodzených spoločenstvách. V súvislosti s týmito faktami veľmi oceňujeme aktuálne a tematické zameranie publikácie pod názvom Deinštitucionalizácia sociálnych služieb v kontexte pomáhajúcich profesií.

Názov publikácie vrátane jednotlivých príspevkov v plnom rozsahu zodpovedá jeho obsahu, ktorý má originálny charakter. Predložené témy jednotlivých príspevkov sú vysoko aktuálne, spracované na veľmi dobrej úrovni, ako po stránke odbornej, tak štylistickej a jazykovej. Pozitívne hodnotíme i grafickú úpravu publikácie. Štruktúra jednotlivých príspevkov je vhodne koncipovaná, zoznam použitej literatúry je primeraný. Autori príspevkov sú osoby z klinickej praxe, akademickí pracovníci, študenti ev. absolventi vysokoškolského vzdelávania. Spracované sú výsledky základných výskumov, či diela odborného charakteru, ktorých spracovanie si vyžaduje vysokú odbornú kvalifikáciu. Dielo je vhodné na publikáciu, odporúčame jeho registráciu podľa kritérií centrálnej registrácie publikovaných diel v príslušnej kategórii. Záverom konštatujeme, že publikované príspevky budú využiteľné a prínosné pre pomáhajúce profesie, najmä ako študijný materiál v rámci celoživotného vzdelávania.

Trnava 2016

*Jana Martinková*

*Silvia Puteková*

*Oľga Kabátová*



**Lubomíra Tkáčová - Darina Wiczmányová - Daniela Barkasi -  
Martina Kormošová (Eds.)**

## **DEINŠTITUCIONALIZÁCIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB V KONTEXTE POMÁHAJÚCICH PROFESIÍ**

---

### **Druh publikácie**

recenzovaný zborník vedeckých prác

### **Recenzenti**

PhDr. Jana MARTINKOVÁ, PhD.

PhDr. Silvia PUTEKOVÁ, PhD.

PhDr. Oľga KABÁTOVÁ, PhD.

### **Technický a grafický redaktor**

Mgr. Martina KORMOŠOVÁ, PhD.

### **Rok vydania**

2016

### **Vydanie**

prvé vydanie

### **Formát**

A5

### **Počet strán**

488 strán

### **Náklad**

100 kusov

### **Vydala**

© Vysoká škola zdravotníctva sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.  
Detašované pracovisko Bl. Metoda D. Trčku Michalovce

Uverejnené príspevky neprešli jazykovou úpravou.  
Za jazykovú a obsahovú úpravu zodpovedajú autori.

**ISBN 978-80-8132-144-3**

**EAN 9788081321443**

## SPONZORI

