

**Supplement vybraných
kapitol vo vedných
odboroch sociálna práca
a ošetrovateľstvo II.**

Autor: Kolektív autorov
Zostavovatelia: prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.
ThDr. Peter Laca, PhD.

Recenzenti: prof. MUDr. Vladimír Krčméry, DrSc.
prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, PhD.
prof. nzw. dr hab. Marek Konopczyński
doc. Ing. Ľubica Černá, PhD.

Názov: Supplement vybraných kapitol vo vedných
odboroch sociálna práca a ošetrovateľstvo II.

Vydanie: prvé
Rok: 2014
Počet strán: 420
Náklad: 420
Vydavateľ: Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna
Příbram Česká republika.
Tlač: BEKI design, s.r.o., Košice.
ISBN 978-80-905973-1-0

Za jazykovú a odbornú stránku textov zodpovedá (jú) autor (i)

OBSAH

ÚVOD	5
SOCIÁLNA POLITIKA V KONTEXTE STAROSTLIVOSTI O STARŠIE OSOBY (BOČÁKOVÁ, O.)	7
VNÍMANIE PROFESIE SESTRY Z POHLADU PACIENT (DIMUNOVÁ, L.)	44
KAM KRÁČA SOCIÁLNY PRACOVNÍK V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB (FERENČÍKOVÁ, I.)	52
EKONOMIKA A MANAŽMENT, PRECHOD OD FUNKČNÉHO USPORIADANIA NA PROCESNÉ V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB (GALLOVÁ, A.)	69
OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB A ZARIADENIACH SOCIÁLNOPRAVNEJ OCHRANY DETÍ A SOCIÁLNEJ KURATELY (HULKOVÁ, V.)	87
SOCIÁLNE SLUŽBY POSKYTOVANÉ V PODMIENKACH ZACHOVÁVAJÚCICH ĽUDSKÚ DÔSTOJNOSŤ (HUNYADIOVÁ, S.)	95
HUMANIZMUS AKO ZNAK OŠETROVATEĽSTVA (JANKECHOVÁ, M.)	125
ROZHODOVANIE V ROLY SESTRY MANAŽÉRKY (DREISIGOVÁ I, KILÍKOVÁ, M.)	133
ĽUDSKÉ PRÁVA AKO JEDEN Z FENOMÉNOV GARANCIE KVALITY ŽIVOTA SENIOROV (KUBIČKOVÁ D.)	163

MEDZI TEÓRIOU A PRAXOU, ALEBO AKTIVIZUJÚCE METÓDY V PROCESE VZDELÁVANIA SOCIÁLNYCH PRACOVNÍKOV (KUZYŠIN, B.).....	173
PRÍNOS UČENIA SOCIÁLNEJ NÁUKY CIRKVI PRI RIEŠENÍ ASPEKTOV NEZAMESTNANOSTI A CHUDOBY(LACA,P.).....	194
ŠTANDARDY KVALITY SOCIÁLNYCH SLUŽIEB V SR (LACHYTOVÁ, L.).....	229
ANALÝZA MOTIVAČNÝCH FAKTOROV PRI VÝBERE ŠTUDIJNÝCH ODBOROV Z OBLASTI POMÁHAJÚCICH PROFESIÍ (LEZOVÁ, D., A KOL.).....	256
NOVÉ TRENDY V SÚČASNOM OŠETROVATEĽSTVE (MURGOVÁ, A.,TKÁČOVÁ, Ľ.).....	293
NOVÉ TRENDY V SÚČASNOM OŠETROVATEĽSTVE .. HISTORICKÉ MEDZNÍKY VZDELÁVANIA SESTIER NA SLOVENSKU A V ČECHÁCH (RAKOVÁ, J.).....	302
AGROPODNIKANIE AKO SOCIÁLNY A EKONOMICKY STIMUL RIEŠENIA NEZAMESTNANOSTI V REGIÓNE GEMER (SZOLNOKY Š.).....	324
PRÁVNÝ REŽIM SOCIÁLNEJ PRÁCE A OŠETROVATEĽSTVA AKTUÁLNE PROBLÉMY (TKÁČ, V., VRAŽEL, J.).....	334
POSKYTOVANIA OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI FORMOU ADOS (VATEHOVÁ, D., VATEHA, R.).....	346
MANAŽMENT DOMÁCEJ STAROSTLIVOSTI A HODNOTENIE KVALITY STAROSTLIVOSTI (ZAMBORIOVÁ. M.).....	356

ÚVOD

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce svätej Alžbety v Bratislave oslávila a pripomenula si tohto roku piate výročie vzniku jej detašovaného pracoviska bl. Sára Salkaházi v Rožňave a stopäťnásťte výročie narodenia bl. Sára Salkaházi, patrónky tohto detašovaného pracoviska. Toto jubileum si akademickí funkcionári, pedagógovia a študenti uctili zmysluplnou aktivitou - vedeckým kolokviom s názvom QUO VADIS ošetrovatel'stvo a sociálna práca. Výsledkom vedeckej rozpravy významných odborníkov a praktikov z oblasti sociálna práca a ošetrovatel'stvo je táto vedecká monografia. Dva vedné odbory a odborníkov spojila jedna spoločná idea pomoci osobe, skupinám, komunitám. Tento zámer je obsiahnutý v kapitolách, v ktorých autori popisujú stav súčasnej sociálnej politiky, proces riadenia kvality služieb v oblasti sociálnej starostlivosti a v rezorte zdravotníctva. Kolektív autorov pri tvorbe monografie využil kriticky hodnotenie a systematicky usporiadal aktuálne poznatky o publikovaných témach. Recenzenti a zostavovatelia sú toho názoru, že dielo obohacuje sociálnu prácu a ošetrovatel'stvo o nové poznatky, ktoré sú výsledkom výskumných procesov a generujú odporúčania pre potreby praxe. *Dakujeme sponzorom, ktorí vedecké kolokvium podporili a tak ovplyvnili vydanie supplementa.*

Zostavovatelia

SOCIÁLNA POLITIKA V KONTEXTE STAROSTLIVOSTI O STARŠIE OSOBY

Bočáková Oľga

Úvod

Predmetný príspevok nesie názov „Sociálna politika v kontexte starostlivosti o staršie osoby“. Uvedená problematika sa stáva v poslednom období stále aktuálnejšou v prostredí krajín strednej Európy. Súvisí to so spoločenskými, politickými a ekonomickými premenami po roku 1989. Rozširovanie liberálnej demokracie a trhového hospodárstva smerom na Východ, do krajín bývalého sovietskeho bloku, prinieslo svoje priaznivé aj nepriaznivé javy. Medzi tie je možné zaradiť napr. aj starnutie obyvateľstva. Tieto zmeny sa dajú vysvetliť pomerne slabou sobášnosťou a následne aj pôrodnosťou v porovnaní s obdobím pred rokom 1989. Na jednej strane je to spôsobené západným životným štýlom, ktorý sa orientuje na výkon a to smeruje k budovaniu kariéry, ktorá má väčšiu prioritu ako rodina. Ďalším faktorom je bytová politika, pričom trh s bytmi a taktiež s nehnuteľnosťami sa riadi trhovými princípmi dopytu a ponuky, z toho vyplýva, že ceny bytov sú vysoké a nie každý si ich môže dovoliť vzhľadom na to, že je na Slovensku pomerne lacná pracovná sila v porovnaní so západnými krajinami. Preto sa odkladá vstup do manželstva, ako aj vek prvého pôrodu. Rodiny sú menej početné, pretože nie každý si môže dovoliť mať viac detí ako jedno alebo dve. Rodí sa málo detí a na druhej strane je tu pomerne veľká časť seniorov. Tieto faktory vyúsťujú smerom k starnutiu ako k demografickému javu. Predmetný príspevok zasadzuje tému do širšieho kontextu sociálnej politiky a sociálnej práce.

Cieľ práce

Cieľom práce je vystihnúť problematiku starnutia v podmienkach Slovenska a zasadiť ju do širšieho rámca sociálnej politiky a sociálnej práce. Príspevok sa orientuje na analýzu problematiky starnutia cez prizmu demografických ukazovateľov. Medzi čiastkové ciele patrí

upozornenie na problematiku starnutia z pohľadu sociálnej politiky a sociálnej práce.

Sociálna politika ako pojem sa u nás udomácnil na prelome 19. a 20. storočia. Jestvuje veľa pokusov o jeho definíciu, väčšina autorov sa obmedzuje na vymenovávanie toho, čo nie je sociálna politika, čo upravuje alebo neupravuje. Pokúsime sa identifikovať kľúčové termíny, ktoré sa vyskytujú v celom rade definícií. (Tomeš, 2010, s. 27) Ak vychádzame z anglického výrazu „social policy“, z ktorého u nás používané slovné spojenie „sociálna politika“ pochádza, bola by táto definícia pomerne široká. „Social policy“ totiž vychádza z významu slova „social“, čo v anglickom jazyku znamená – **spoločenský**. „Social policy“ by teda bola „spoločenská politika“ a jej obsahom by bola široké spektrum ďalších politík, napr. bytová, zdravotnícka alebo vzdelávacia politika, tzn. všetky, ktoré **majú priamy vplyv na stav spoločnosti alebo na vzťahy medzi sociálnymi skupinami**. Takto je „sociálna politika“ chápaná napr. v anglosaských krajinách. Výhodou takejto širšej definície je jej obsahová ucelenosť. Všetky spomínané politiky majú priamy vplyv na stav spoločnosti sú veľmi úzko prepojené a oddeľovať ich, je do určitej miery umelé. Napriek tomu sa však v našich podmienkach oveľa častejšie stretávame s „užšou“ definíciou sociálnej politiky – je vnímaná **len ako jedna zo súčastí verejnej politiky**, ktorá sa zaoberá primárne tým, ako by spoločnosť mala pomôcť alebo sa „postarať“ o ľudí, ktorí sú vystavení dôsledkom znevýhodnenia alebo zlyhania trhu či rodiny (Beblavý, 2012, s. 4).

Pri tejto definícii je potrebné si pripomenúť, aký význam má slovo *policy*, ktorý sa líši od slovenského slova politika, a preto by sme si mali dávať pozor pri zamieňaní týchto slov. Pojem politika je svojím obsahom multidimenzionálnym výrazom. Anglický jazyk, na rozdiel od iných jazykov, ponúka 3 dimenzie tohto pojmu: *polity*, *politics*, *policy* (v slovenskom jazyku sa tieto výrazy identifikujú pojmom politika): (Beblavý, 2012, s. 4)

1. Polity: používame ho len v prípade spoločenstva, kde kolektívna vôľa nachádza svoj odraz v spoločenskom konsenze. Spoločenský konsenzus smeruje k verejnému blahobytu, rešpektovanie vopred stanoveného súboru pravidiel smeruje k jednoznačnej politickej príslušnosti a vzájomná neziskovo orientovaná solidarita členov spoločenstva zabezpečuje súdržnosť tohto spoločenstva,

2. Politics: zdôrazňuje procesuálny aspekt politiky. Vyjadruje proces stretávania sa názorov rôznych záujmových skupín, ktoré sú nositeľmi ideí v rámci daného politického systému,

3. Policy: označuje zas obsah, výsledok, na základe ktorého vzniká potreba nového spôsobu riešenia verejných problémov.

Podobne uvažuje aj I. Tomeš, keď tvrdí, že slovo sociálny má latinský pôvod. V slovenskom jazyku sa toto adjektívum používa v rôznych zmysloch. Pôvodne v zmysle spoločenský, presnejšie týkajúci sa spoločnosti. Neskôr sa jeho význam zužoval vo význame týkajúci sa hospodársky slabých vrstiev, ktoré sú závislé a vykorisťované. Po druhej svetovej vojne sa aplikoval tento pojem v troch významoch: (Tomeš, 2010, s. 27) - **vzťahujúci sa k spoločnosti; týkajúci sa zlepšovania spoločenských pomerov; týkajúci sa hmotného zabezpečenia jednotlivca v spoločnosti.**

Ak prejdeme od definície k funkciám sociálnej politiky, tak uvádzame tieto: (Stanek a kol., 2011, s. 58)

1. Ochranná funkcia: reaguje na už vzniknutú sociálnu situáciu, keď sa individuum alebo rodina dostali do nevýhodnej situácie. Sociálna politika sa usiluje uskutočňovaním ochrany eliminovať alebo zmierňovať dôsledky nepriaznivej sociálnej situácie, ako napr. nezamestnanosť, staroba, choroba, úmrtie, pokles príjmov vo viacdetských rodinách,

2. Rozdeľovacia a prerozdeľovacia funkcia: úzko súvisí s uskutočňovaním princípu spravodlivosti. V realizačnej fáze je spojená aj s prerozdeľovaním už prv rozdeleného. V rámci tejto funkcie nejde iba o rozdeľovanie dôchodkov, príjmov ale aj vytváranie životných situácií, možností a príležitostí.

Napĺňaním tejto funkcie sa riešia diferenciacie a nerovnosti v ťivotnťch a pracovnťch podmienkach občanov. Prerozdeľovanťm by sa malo zmierniť vťchodiskovť nerovnakť postavenie občanov v miere, ktorť štát uzná za ťiaducu,

3. Stimulačná funkcia podporuje a motivuje ťiaduce sociálne konanie alebo správanie individua, rodiny. Tťm, ťe sociálna politika stimuluje ťiaduci vťvoj, konanie, tak ovplyvňuje aj ekonomickť oblasť. ťiaduce konanie individui sa zákonite musť prejavovať v produktivite práce,

4. Preventívna funkcia vedie k prijímaniu takťch opatrenť, ktoré eliminujú príčiny nepriaznivťch sociálnťch situáciť. Jej snahou je predchádzať určťtťm poruchám, ktoré vzniknú pri nepriaznivťch sociálnťch situáciách – choroba, staroba, narodenie detť, nezamestnanosť. Ťzko súvisť s hygienou a bezpečnosťou pri práci. Jej pôsobenie môžeme v súčasnej dobe rozširovať aj na pomerne aktuálne sociálne dôsledky, ako napr. kriminalita, alkoholizmus, chudoba a drogy,

5. Homogenizačná funkcia je spojená s rozdeľovacou a prerozdeľovacou funkciou a znamená uskutočňovanie nejakého vyrovnávania či uť príjmového alebo dôchodkového so zámernom zmierňovať sociálne diferenciacie v príjmoch, dôchodkoch, ťivotnťch príleťitostiach, resp. neodôvodnené rozdiely. Zámernom je vytvoriť homogénnejšiu spoločnosť a eliminovať veľké neodôvodnené rozdiely. Ide o poskytovanie rovnakťch možnosťí vzdelania, práce, zdravotníckej starostlivosti atď. podľa individuálnťch schopnosťí, ktoré sú u ľudí rozdielne. Koncepcia transformácie sociálneho zabezpečenia uskutočňovania troch pilierov sociálneho systťmu a to sociálneho poistenia, štátnej sociálnej podpory a sociálnej pomoci plne realizuje preventívnu funkciu v prierezovej politike od makrosociálnej prevencie po mikrosociálnu. Sociálna politika ako praktická aktivita je spájaná prostredníctvom rôznych subjektov s modernťm štátom, avšak postupom času získavala kvôli sociálnemu štátu aj inštitucionálny a legislatívny rámec. Výkonná moc sociálnej

politike prikladá v rôznych sociálnych štátoch veľmi rozdielnu mieru pozornosti a rozsahu svojich aktivít. Sociálna politika niekedy označuje aj 75 percent činností vlády, inokedy iba snahu o udržanie príjmov chudobných na určitej úrovni. S tým súvisí aj rozdielne vnímanie sociálnej politiky a to tak u praktikov, ako aj u teoretikov (Večeňa, 2001, s. 29).

V rámci sociálnej politiky jestvuje množstvo rozličných prístupov, ktoré od seba odlišujú druh tej ktorej sociálnej politiky. Uvádzame tieto druhy (Beblavý, 2012, s. 5).

1. Reziduálna sociálna politika znamená to, že sociálny štát berie na seba zodpovednosť za individuá až vtedy, keď zlyhá rodina alebo trh. Sociálna politika slúži na pomoc v núdzi a snaží sa limitovať výdavky, ktoré sú určené na podporu okrajových či zaslúžilých sociálnych skupín,

2. Inštitucionálna sociálna politika koncentruje sa na celé obyvateľstvo a presadzuje univerzálny a inštitucionálny prístup k sociálnej oblasti. Je to politika, ktorá chce meniť spoločnosť. Výsledkom sú verejné výdavky, ktoré nemajú za cieľ podporovať definovaných príjemcov len v prípade nevyhnutnosti, ale ich úlohou je podporovať žiaduce konanie alebo dosahovať spoločenské ciele, ktoré si sociálna politika kladie. K najvýznamnejším princípom sociálnej politiky patria (Stanek, 2011, s. 55-57).

1. Sociálna spravodlivosť patrí k kľúčovým. Chápanie sociálnej spravodlivosti je veľmi nejednoznačné a je vystavené silným tlakom vonkajších vplyvov aj záujmov. Nie je dobré, ak miera subjektivismu presiahne optimálnu mieru. Pojem sociálnej solidarity je mnohoznačný. Zvyčajne sa spravodlivosť dáva do protikladu s nespravodlivosťou. Pokladá sa za mravnú a náboženskú hodnotu a meriame prostredníctvom nej medziľudské vzťahy. Spravodlivosť vo všeobecnosti rozdeľujeme na sociálnu a právnu. Právna je spojená s právnymi normami a sociálna s pravidlami, na základe ktorých sa v spoločnosti rozdeľujú a prerozdeľujú predpoklady a prostriedky verejného blahobytu medzi jednotlivé subjekty. Vzhľadom k tomu, že sa sociálna

spravodlivosť nedá absolútne ohraničiť, preto ju tiež chápeme cez prizmu jej čiastkových princípov, ktorými sú výkonový, rovnosti, súladu medzi vstupmi a výstupmi, rovnakých príležitostí, potrebnosti. Závisí od konkrétnej sociálnej situácie, ktorý z vymenovaných čiastkových princípov je rozhodujúcejší. V súčasnej dobe je zjavné, že prioritu má výkonový princíp zásluhovosti, ale naopak nepriaznivá sociálna situácia veľkej časti populácie nás pobáda sa orientovať tiež na princíp potrebnosti. Ako vyplynulo z uvedených riadkov, pri princípe sociálnej spravodlivosti je vhodná kombinácia rôznych čiastkových princípov v rôznych odboroch sociálnej politiky. Podľa konkrétnej situácie môže byť preferovaný v určitej etape určitý čiastkový princíp,

2. Sociálna solidarita je založená na vzájomnej podpore, harmonickej spolupráci medzi individuami. Vychádza z predpokladu, že človek svojou existenciou v určitej miere závisí od spolužitia, že je čiastočne aj odkázaný na druhých ľudí. Je výrazom ľudského porozumenia, kohézie, zodpovednosti aj pospolitosti. Vychádza zo slobodnej vôle a ich ochoty podriaadiť sa záujmom širšieho celku. Je spojená s vytváraním a rozdeľovaním životných podmienok a prostriedkov medzi individuá aj sociálne skupiny v záujme idey sociálnej spravodlivosti. Na sociálnu solidaritu môžeme pozeráť z rozličných pohľadov. Hlavne je možné hovoriť o solidarite indivíduí a rodín, ale aj o celoštátnej solidarite. Najbližšia nám je medzigeneračná solidarita, pod ktorou chápeme solidaritu ekonomicky aktívnych s už neaktívnymi, alebo solidaritu zdravých s chorými, bezdetných rodín s rodinami s deťmi, zamestnaných s nezamestnanými,

3. Sociálna solidarita uskutočňuje sa cez transferovú a redistribučnú politiku štátu. Netreba tiež opomenúť rozvíjajúcu sa solidaritu charity, spolkov, združení, ktoré sú postavené na princípoch filantropie,

4. Subsidiarita. Každý subjekt je povinný si najprv pomôcť sám. Až keď túto možnosť vyčerpá, mala by mu pomôcť rodina. Rodina si tiež má pomáhať najprv sama svojimi silami.

Keď si nevie rady, hľadá pomoc v iných spoločenstvách, akými sú napr. charita, priatelia, obec a nakoniec štát. Štát je teda až na poslednom mieste. Ten je povinný starať sa o vytváranie podmienok, aby si každý mohol pomôcť vlastným pričinením. Keď sú všetky možnosti pomoci vyčerpané, tak až potom pomáha štát. Z princípu subsidiarity vyplýva, že všetky sociálne inštitúcie aj štát sú tu pre človeka, ale nie naopak. To, čo môžu individuálni občania uskutočňovať sami na vlastnú zodpovednosť a svojím vlastným pričinením, nemá sa im brať z rúk a prenášať na spoločnosť. Rovnako to platí pri väčších alebo menších spoločnostiach, či pri nižšom a vyššom stupni riadenia. Platí, že to čo môžu urobiť menšie spoločnosti, resp. nižší stupeň riadenia, netreba brať a prenášať a riešiť na vyššom stupni. Princíp subsidiarity tiež predpokladá, že všetky spoločenské útvary individuáln nielen dovoľia, aby prevzali zodpovednosť sami za seba, ale tiež ho k tomu motivujú. Analogicky to platí vo vzťahu k väčším a menším útvarom alebo vyšším a nižším stupňom riadenia. Intervencia do týchto vzťahov je možná len vtedy, ak to dopomôže k väčšej svojpomoci,

5. Participácia. Občania, ktorých život je určený určitými opatreniami a rozhodnutiami, musia mať možnosť participovať na procesoch, ktoré vedú k ich prijímaniu a realizácii. Ide o fakt, aby občania mali reálnu možnosť zúčastňovať sa na tom, čo bezprostredne determinuje ich život: staroba, choroba, zdravie, nezamestnanosť. Bez tejto participácie, bez identifikovania sa ľudí so sociálnymi, ale často aj politickými opatreniami, sú efekty týchto opatrení obmedzené. Naplnenie tohto princípu vyjadruje postupný proces prechodu od človeka ako objektu sociálnej politiky k človeku subjektu, ktorý je zodpovedný, rešpektovaný a tiež plnoprávny. Prestáva byť pasívnym príjemcom sociálnej politiky – opatrení a sám sa na jej tvorbe podieľa a spolurozhoduje o jej uskutočňovaní.

Ak sa usilujeme o definíciu sociálnej politiky, náš pohľad je nevyhnutne ovplyvnený aj uhlom pohľadu, akým na túto politiku nazeráme. Spravidla sa používa jeden z troch

možných prístupov: ekonomický, sociologický alebo politologický. Problém politologického a sociologického pohľadu spočíva hlavne v nižšej miere normatívности, ktorá často bráni vzniku konkrétnych a merateľných odporúčaní. Pokiaľ tvorcovia sociálnej politiky zúročujú a kombinujú všetky tieto prístupy, môžu získať skutočne najlepší obraz o stave spoločnosti: (Beblavý, 2012, s. 5 - 10)

1. Ekonomický prístup nazerá zväčša na sociálnu politiku hlavne prostredníctvom dvoch základných pojmov, ktorými sú efektívnosť a motivácia. Keďže verejné zdroje sú obmedzené a preto vzácne, tvorcovia sociálnej politiky musia robiť voľby podľa toho, čo považujú za najdôležitejšie. Ekonomovia preto majú tendenciu hľadať na sociálnu politiku prostredníctvom efektívnosti (dosiahnuť cieľ sociálnej politiky s vynaložením čo najmenších prostriedkov). Tento prístup dáva dôraz na čo najdôslednejšiu analýzu nákladov aj výnosov (tzv. cost-benefit analysis) pri diskusií o zavedení konkrétneho nástroja verejnej politiky. Hlavný dôraz pri takejto analýze je na dopad, ktorý má dané opatrenie na verejné financie, resp. rozpočet, s ktorým vláda môže pracovať. Preto sú dopadové štúdie zohľadňujúce následky sociálnej politiky v tomto prístupe často považované za kľúčové. Druhý aspekt, ktorý je v tomto prístupe zvažovaný je akcentovanie dosiahnutia konkrétnych identifikovateľných cieľov, čo je v niektorých oblastiach sociálnej politiky často veľmi náročné. Merateľnosť konkrétnych cieľov si vyžaduje nielen dostatočné zozbieranie relevantných a dôveryhodných informácií, ale aj schopnosť objektívne zhodnocovať vzťah medzi konkrétnym opatrením a zmenami, ktoré nastali. Tretí faktor, ktorý ekonomický prístup k sociálnej politike často zohľadňuje, sú negatívne dôsledky, ktoré toto opatrenie má na ďalšie oblasti ekonomiky alebo spoločnosti ako takej. Jeden z často spomínaných príkladov je napríklad opatrenie zvýšenia minimálnej mzdy, kde je potrebné brať do úvahy nie len samotnú úroveň príjmov ale aj dôsledky pre nezamestnanosť, ktoré sú v protiklade s cieľmi tohto opatrenia,

2. Sociologický prístup vyplýva zo spôsobu, akým sociológia nazerá na človeka – najmä ako na individuum, pôsobiace v rozličných skupinách, ktoré tvoria spoločnosť (rodina, komunita, pracovný kolektív), ktoré ho rôznymi spôsobmi ovplyvňujú. Zo sociologického hľadiska môže ľudí motivovať k práci nielen túžba po bohatstve, ale aj po uznaní či zlepšení svojich vyhliadok do budúcnosti. Ľudia sú ovplyvňovaní hodnotami svojej rodiny či okolia a často neuvažujú z ekonomického hľadiska racionálne. Sociálna politika preto nehrá pri motivácii ľudí pracovať dominantnú úlohu,

3. Politologický prístup vyplýva z charakteru samotnej politológie, ktorá skúma hlavne mocenské konflikty medzi rozličnými skupinami so svojimi záujmami a tiež to, ako tieto konflikty prispievajú k vzniku spoločného výsledku. Sociálna politika je takisto stretom viacerých skupinových záujmov a prístupov, ako riešiť sociálne problémy, a práve tento konflikt je objektom skúmania politológie v rámci sociálnej politiky. Politológia je schopná odhaliť zisk pre jednotlivé politické zoskupenia a záujmové skupiny, ktorý získali vďaka sociálnej politike.

Niektorí autori upozorňujú, že sociálna politika prešla dynamickým vývojom a rozlišujú pojem moderná sociálna politika a dodávajú, že podoba sociálnej politiky vždy súvisí s danou vývojovou etapou, konkrétnym vývojovým zámerom spoločnosti, jej hodnotovou úrovňou a jej sociálnym úsilím alebo aspiráciami. (Tóth a kol., 2005, s. 179) V kontexte tejto témy sa bližšie pozrieme na problematiku dôchodkového systému. Dôchodkový systém môže byť (Beblavý, 2012, s. 99 – 107):

1. Verejný alebo súkromný. Výber z týchto možností rozhoduje o tom, či manažment dôchodkového systému alebo jeho časti vykonáva verejný sektor alebo súkromný sektor:

Verejný systém. Výhodou verejného systému je to, že regulácia a vymáhanie povinností, ktoré so sebou väčšina dôchodkových politík nesie, sú v takomto prípade z transakčného hľadiska jednoduchšie. Štát má vynucovanie

v popise práce, zatiaľ čo v prípade vymáhania pravidiel súkromnými spoločnosťami je problematické (alebo prinajmenšom nákladnejšie) nájsť spôsob, ktorými inštitúciami ho dosiahnuť. Výhody verejného systému spočívajú hlavne v tom, že dokáže (pre väčšie právomoci a donucovaciu silu štátu) lacnejšie a jednoduchšie vyberať odvody. Štát je tiež, v komparácii so súkromným sektorom, možné efektívnejšie politicky trestať za chyby, pretože je jasne zodpovedný za zlyhania v tejto oblasti. Nevýhodou verejného systému je to, že motivácie (korupcia, klientelizmus) politicky nominovaných úradníkov v Sociálnej poisťovni a iných sociálnych inštitúciách nemusia vždy byť v súlade so záujmami poberateľov dôchodkov. Ďalšou z nevýhod je aj to, že len ťažko sa od neho dá očakávať, že sa bude zameriavať najmä podľa potrieb klientov (napr., že bude mať otvorené pobočky tam, kde to ľudia najviac potrebujú, a v čase, ktorý je pre väčšinu ľudí vyhovujúci). Verejný sektor má väčšiu tendenciu orientovať sa podľa svojich potrieb, resp. podľa potrieb svojich zamestnancov, než reagovať na trhový dopyt. Verejný sektor má tak vo všeobecnosti problémy s efektívnosťou, prispôbivosťou na trhové podmienky alebo na potreby poberateľov dôchodkov, a tiež s diferenciáciou produktov, ktoré poskytuje,

Súkromný systém je schopnejší vyhovieť individuálnym potrebám jednotlivcov, pretože konkurenčné prostredie tlačí jednotlivé spoločnosti k väčšej snahe zapáčiť sa potenciálnym klientom. Z rovnakých dôvodov má súkromný sektor tiež väčšiu motiváciu poskytovať lepšie služby, hoci tie sú do veľkej miery limitované reguláciou systému (v záujme bezpečnosti dôchodkových úspor). Nevýhody súkromného sektora spočívajú najmä v tom, že môže mať problémy s vymáhaním pohľadávok voči klientom (keďže jeho donucovacie prostriedky sú v komparácii so štátom mizivé). Je problematické vziať ho na zodpovednosť v prípade problémov, keďže klienti majú na manažment firiem mizivý dosah. Často ide o nadnárodné korporácie, ktorých manažment nemusia vôbec trápiť záujmy určitej skupiny ľudí v SR a na

rozdiel od štátu sa súkromné firmy nemusia ľuďom politicky zodpovedať. Konkurenčné prostredie a záujem o čo najlepší imidž však bráni väčšine nedostatkov, ktoré sa týkajú zodpovednosti súkromných spoločností voči ich klientom. Rozhodnutie medzi týmito dvoma možnosťami (verejným alebo súkromným systémom) závisí najmä od toho, ktoré argumenty alebo protiargumenty sú viac relevantné pre daný sociálny systém, a hlavne pre jeho demografickú štruktúru,

2. Priebežný alebo kapitalizačný

Priebežný systém často sa hovorí, že priebežný systém je pyramídová hra. Nie je to celkom pravda, lebo pyramídová hra je od začiatku založená na podvode a nikdy nemôžu byť spokojní všetci jej účastníci. V priebežnom systéme platí, že kým je v rovnováhe počet poberateľov dôchodkov a prispievateľov do systému (alebo suma vyplatená na dôchodky a prijatá na odvodoch), je všetko v poriadku. Nie je to pyramídová hra, ktorá vyžaduje neustále znásobovanie počtu účastníkov. Ak sa o priebežnom systéme dá hovoriť ako o pyramídovej hre, tak pre jeho konkrétnu podobu v moderných štátoch, čo je dôsledok faktu, že konštrukcia dôchodkových systémov bola založená na iných demografických predpokladoch než sú dnes realitou. Keď sa dôchodkový systém koncom 19. storočia nastavoval, bol počet pracujúcich ľudí v komparácii s počtom ľudí v penzii veľmi vysoký, často išlo o pomer 10:1 alebo viac. Dôchodkové systémy v európskych krajinách vznikali v čase, keď sa priemerný človek nedožil dôchodkového veku. Bol to teda systém pre malú menšinu, čo umožňovalo platiť pomerne slušné penzie s pomerne nízkymi príspevkami,

Kapitalizačný systém v kapitalizačnom systéme dôchodok závisí od úspor, ktoré sú ukladané a zhodnocované na individuálnom účte a po určitej dobe sa stanú disponibilným majetkom sporiteľ'a. Nevýhodou kapitalizačného piliera je, že jeho úspešnosť (miera zhodnotenia úspor) je závislá od situácie na finančných trhoch, kde financie získané od svojich klientov investuje. Tieto investície sú zraniteľné, a ak sa

investujú nesprávne, môže to spôsobiť nižšie dôchodky. Klienti tak dávajú svoje prostriedky k dispozícii spoločnostiam, ktoré môžu s nimi, s výnimkou konzervatívnych fondov, pomerne voľne nakladať pri investíciách na svetových trhoch. Toto riziko do istej miery zmiernuje pomerne prísna regulácia kapitalizačného piliera. Na činnosť správcovských spoločností, na ich transakcie a obozretné podnikanie na Slovensku dohliada centrálna banka. Pravidlá investovania, eliminácia priveľkých výkyvov od trhového priemeru, oddelenie majetku sporiteľov od majetku správcovských spoločností a ďalšie opatrenia, ktoré zvyšujú ochranu sporiteľov, určuje osobitný zákon a ďalšie právne normy,

3. Povinný alebo dobrovoľný

Povinný systém: povinný je vo väčšine krajín priebežný systém, ktorý spravovaný štátom, ale existuje veľa príkladov, kedy je povinný aj kapitalizačný. Povinný systém vychádza z toho predpokladu, že sporiteľ nie je schopný sporiť si na dôchodok dobrovoľne, a štát si preto musí sporenie legislatívne vynútiť. Pri povinnom priebežnom systéme však potom hlavná zodpovednosť za občana v dôchodkovom veku leží na štáte. V prípade priebežného systému tiež môžeme hovoriť o vynútenej medzigeneračnej solidarite, lebo súčasní pracujúci sa povinne skladajú na dôchodky aktuálnym dôchodcom a očakávajú, že keď budú sami v dôchodkovom veku, na ich dôchodky sa bude povinne skladať ďalšia generácia. Povinný systém je tiež mierne demotivačný z hľadiska motivácie pracovať. Budúce dôchodky sú totiž závislé od finančnej kondície štátu, schopnosti politikov udržiavať sociálny systém v dobrom stave a aktuálnych politických priorit – že všetky tieto ťažko predvídateľné faktory budú hovoriť v prospech vysokých dôchodkov v horizonte rokov alebo desaťročí dopredu, je mimoriadne neisté. Motivácia pracovať a (povinne) platiť teda môže byť oslabená,

Dobrovoľné systémy: ponúkajú ľuďom viac slobody a majú menšie demotivačné účinky na prácu a príjmy. Peniaze zostávajú vo vlastníctve sporiteľa na jeho osobnom účte, kde sú do určeného času zhodnocované správcovskou spoločnosťou. Problém dobrovoľného dôchodkového systému spočíva v tom, že ľudia majú tendenciu podceňovať sporenie na starobu a myslia viac na svoju momentálnu ekonomickú situáciu. Jedno z vysvetlení hovorí, že keď štát zaviedol povinné systémy a dáva ľuďom garanciu minimálneho príjmu, tak ľudia nemajú dôvod sa snažiť – vedia totiž, že prinajhoršom sa o nich aj tak niekto postará. Bez dôchodkového systému a s vedomím, že bez úspor by boli odkázaní len na rodinu alebo charitu, by si sporeli oveľa ochotnejšie. Proti tomuto vysvetleniu stojí iné, ktoré hovorí, že ľudia majú silnú tendenciu zlyhávať a tieto zlyhania sa prejavujú prílišnou preferenciou krátkodobých pred dlhodobými cieľmi. Výskumy ukazujú, že ľudia majú tendenciu sporiť menej než si sami myslia, že by mali, a to práve preto, že sporenie obsahuje odriekanie si niečoho dnes v prospech budúcnosti. Dobrovoľný systém by preto zrejme spôsobil, že by existovali skupiny dôchodcov, ktorí by si nenašetrili. Ak by ich deti nemali prácu, alebo by boli bezdetní, nemal by sa potom o nich kto postarať. Sociálna sieť a charita by možno dokázali takéto prípady vyriešiť, riziko poklesu týchto ľudí do chudoby by však bolo veľké. Z tohto pohľadu je povinný dôchodkový systém nástrojom, ako chrániť ľudí pred ich vlastnými sklonmi k zlým rozhodnutiam a zlyhaniam.

Sociálna práca

Integrálnou súčasťou sociálnej politiky je sociálna práca. Pre každú organizovanú formu života sú typické pravidlá regulácie, vrátane tých sociálnych. Rešpekt ku vzájomnej väzbe hodnôt, noriem, potrieb a záujmov je podmienkou zabezpečovania životnosti celku a tým aj rozvoja v sociálnej oblasti. Rozvoj celej spoločnosti je predpokladom rozvoja jednotlivca. Život človeka funguje v dynamicky sa meniacich podmienkach a vyvoláva množstvo protichodných

názorov, zámerov a im odpovedajúcich reakcií. Regulovanie sociálnej sféry je preto zložitú. Ide o reguláciu mnohotvárnej ľudskej činnosti s väzbami na politiku, ekonomiku, zdravotnú starostlivosť, vzdelávanie apod. Tomu musí aj zodpovedať výber najvhodnejších nástrojov. Jedným zo základných predpokladov je osvojovanie si základných cieľov, ktoré by mali byť základným zmyslom a motívom tejto činnosti. (Oláh a kol., 2008, s. 77)

Východiskom sociálnej práce ako odbornej disciplíny tvoria teoretické poznatky mnohých spoločenských vied, hlavne lekárske, právne, ekonomické a tiež psychológie, pedagogiky a sociológie. Svoj ideologický fundament čerpá aj z filozofie. Sociálna práca je ovplyvnená rozličnými faktormi, hlavne kultúrnym systémom, morálkou, historickou tradíciou, spoločenskými hodnotami a zvykmi určitej spoločnosti. Preto sa aj sociálna práca vyvíjala v jednotlivých krajinách podľa špecifických potrieb sociálnej starostlivosti a sociálnej politiky. (Oláh a kol., 2008, s. 70)

Sociálna práca sa zaoberá optimálnym fungovaním sociálnych inštitúcií, ktoré sú zamerané na starostlivosť, zabezpečenie a pomoc jednotlivcom, skupinám alebo komunitám. Termín sociálna práca sa používa na označenie metód preventívnej, korektívnej, kuratívnej pomoci ľuďom, ktorí svoje potreby nemôžu saturať. Od primárnej ekonomickej pomoci, ktorá sa realizovala ešte v 19. storočí, sa sociálna práca rozvíja a rozširuje najmä na sociálnu zložku v jej komplexnosti. Medzinárodná federácia sociálnych pracovníkov definovala v roku 1988 sociálnu prácu ako takú aktivitu, ktorá predchádza alebo upravuje problémy jednotlivcov, skupín, komún, vznikajúcich z konfliktov potrieb jednotlivcov a spoločenských inštitúcií. Sociálna práca by mala ovplyvňovať realizáciu vhodných sociálnych zmien v prospech kvality života všetkých ľudí. Sociálna práca je nástrojom sociálnej starostlivosti o človeka. Sociálna práca je v užšom ponímaní charakterizovaná ako priamy, zámerný a pripravený kontakt sociálneho pracovníka s klientom, skupinou, komunitou za účelom stanovenia sociálnej diagnózy

a uskutočňovania sociálnej terapie. Na pomerne úzky vzťah k svojim klientom, ale aj na aktívnu a organizačnú stránku sociálnej práce nad rámec obvyčajných rád a almužny ľuďom v nepriaznivej situácii ukazuje aktivity a myšlienkové prúdy liberálov – reformátorov, ktorí vyvíjali filantropickú činnosť sa opierali s o výsledky skúmania a pozorovania záporných javov v prvých rokoch 19. storočia. Medzi hlavných predstaviteľov je možné zaradiť Tomasa Chalmersa, Octáviu Hillovú a Elizabeth Fryovú. Jasné ovplyvnenie sociálnej práce ako profesie môžeme v histórii nájsť v súvislosti so sociálnym hnutím a robotníckym hnutím v súvislosti s industrializáciou. Proces kapitalistickej industrializácie je sprevádzaný prehľbovaním triednych protikladov, hlavne v ekonomickej nerovnosti, čo vyvoláva množstvo sociálnych problémov jednotlivcov. Od začiatku 20. storočia je preto sociálna práca determinovaná poznatkami súdobej sociológie a psychológie. Pod vplyvom sociológie sa rozvíjalo hlavne riešenie individuálnej životnej situácie človeka. Pod vplyvom psychológie sa zas sledovalo hlavne individuálne správanie, jeho motivácia, saturácia životných potrieb, predchádzajúce skúsenosti, hlavne skúsenosti z detstva. Je možné konštatovať, že sa sociálna práca utvárala ako profesionálna zložka pôsobenia na život človeka schopná s profesionálnou znalosťou odhľadávať jeho konflikty a hľadať ich riešenia. Predmetom sociálnej práce je syntetizované a zovšeobecnené skúmanie príčin, ktoré vedú k sociálnemu problému jednotlivcov alebo skupín, či komunit v určitých sociálnych podmienkach, či sa vytvára predpoklad na riešenie týchto problémov a uplatnenie prevencie. Sociálna práca si tak vytvára vlastné metodické postupy. Pri obsahu sociálnej práce a sociálnej politiky je potrebné vychádzať nielen z rešpektovania, že každý je jedinečný a neopakovateľný, ale aj z rešpektovania univerzality života a spoluzodpovednosti jednotlivca, skupiny a spoločnosti za kvalitu prežitia, reprodukcie a kolobehu. Povaha sociálnej práce a spôsob jej výkonu sú v podstatnej miere determinované koncepciou štátnej sociálnej politiky, poslaním inštitúcie, ktorá sociálnu prácu vykonáva a tiež tým,

ako sa formuje a prakticky vykonáva verejná správa. (Oláh a kol., 2008, s. 72 – 73)

Význam sociálnej práce bude v podmienkach západnej, ako aj strednej a východnej Európy pod vplyvom demografickej situácie stále viac narastať, pretože dochádza k starnutiu obyvateľstva v tomto geografickom priestore. Starnutie so sebou prináša zmeny sociálneho charakteru, resp. sociálnych rolí jedinca, ako napr. ukončenie profesijnej kariéry, odchod do dôchodku a zmeny životného štýlu, fenomén prázdneho hniezda, zmena ekonomickej situácie apod. (Hrozenská a kol., 2008, s. 15)

Sociálna práca sa dá v súčasnosti teoreticky rozdeliť na dve časti – v širšom zmysle obsahuje všetky sociálno-technické opatrenia (služby, dávky, organizáciu sociálnej pomoci, posudky a spoluprácu s ďalšími odborníkmi). Sem sa zaraďujeme tiež aj riadiace aktivity, rozhodovanie, plánovanie, sociálny výskum apod. V tomto zmysle slova je chápaná ako aktivita sociálneho politika, výchovného pracovníka, psychológa, pedagóga, psychiatra apod. V užšom chápaní je charakterizovaná ako priamy, cieľavedomý pripravovaný kontakt sociálneho pracovníka s klientom, skupinou, komunitou, aby sa stanovila sociálna diagnóza a realizovala sociálna terapia. Od počiatku užšej profilácie sociálnej práce ako samostatnej vednej disciplíny v polovici 20. storočia bolo zrejmé, že so sebou prinesie mnoho rozporov. Jedným zo súčasných rozporuplných postojov k sociálnej práci medzi pomáhajúcimi profesiami je jej princíp. Podobne ako psychoterapii bol v 80. rokoch minulého storočia prisúdený prívlastok nemožná profesia, tak aj sociálna práca sa dnes borí s podobnou stigмой. Obe si často prisvojujú právo na výhradnú, často zúženú interpretáciu ľudských osudov a uzurpujú si právo dokonalej napravovateľky. Sociálna práca sa prihlásila k problematickému normatívnemu princípu, od ktorého obdobne problematicky ustupuje. Pod vplyvom politický zmien po roku 1989 slovenská sociálna práca stráca ťažisko, ktoré spočívalo v možnostiach dávkovej a represívnej agendy

a hľadá nové zakotvenie návratom k tradíciám liberálnej spoločnosti. S uvoľnením hierarchických vzťahov ku klientom a oslabovaním sociálnej kontroly, ktorou skôr disponovala, dochádza k znejasňovaniu jej poslania podobe ako sa to udialo na západe. Tieto fakty, nech sú akokoľvek relevantné, však nemenia poslanie sociálnej práce, väčšinou chápanej ako poskytovanie sociálnych služieb individuám, rodinám, skupinám alebo komunitám. (Oláh a kol., 2008, s. 72 – 75)

Sociálny pracovník je v každodennom kontakte s obyvateľmi a poskytuje im informácie, rady, pomáha 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. (Ružička, 2011)

Účelom týchto služieb je pomôcť klientom vyrovnat' sa s pociťovanými problémami, obmedziť alebo odstrániť problémy, ktoré sa dajú zmeniť alebo obmedziť. Takéto vymedzenie sociálnej práce však pripisuje sociálnym pracovníkom obmedzenú úlohu, neumožňujúcu širší podiel, napr. v psychoterapii alebo sociálnej politike a v tvorbe sociálnej legislatívy. (Oláh a kol., 2008, s. 75)

V súčasnej dobe sme svedkami globalizačných procesov, ktoré majú s aj svoje politické, ekonomické a sociálne dôsledky. Globalizácia je integrácia v celosvetovom

meradle nie je ani dobrá, ani zlá. Rozmer celosvetového dobra alebo hrozby zla naberá pod vplyvom idey, v menej ktorej sa globalizácia deje. Globalizácia predstavuje túžbu po spoločenstve, spolupráci, spolupodieľaní sa na riešení problémov a smeruje k dobru pre všetkých. Nie je postrachom. Sociálna práca práve na tejto hrane globalizačných aktivít odkrýva v sebe a rozvíja vedeckú a praktickú silu globalizačnej moci používať ako moc služby, nie moc porobenia. Modely vysvetľovania a konania v teórii sociálnej práce, ak sa vzájomne dopĺňajú, môžu úspešne fixovať kritické momenty procesu pomoci z aspektu možnosti ľudskej osoby a z aspektu možností systémových zmien v spoločnosti, lebo sociálna práca sa nachádza a vždy bude nachádzať v spoločenských súvislostiach a bude stále reflektovať vzťah medzi ňou a spoločnosťou. Preto ako veda má v sebe veľa menného, veľa oblastí na aktualizovanie. Nemôže sa však vzdať svojho pevného bodu: dôstojnosť ľudskej osoby, ktorý vzniká a formuje sa v rodine. Nemôže jej byť, napriek globalizačným trendom, ľahostajné, aké formy rodinného spolužitia budú spoločnosťou preferované. (Ondrušová, 2009, s. 24)

V pestrosti vzťahov a ľudských štruktúr má rodina výsadu jedinečného prvenstva nie na základe matematickej demokracie, ale zo sily prirodzeného zákona v srdci každého individua, lebo neprenosným spôsobom a kvalitou (Ondrušová, 2009, s. 25): **dáva život ľudskej bytosti, humanizuje ľudskú bytosť a spoločnosť, divinizuje ľudskú bytosť a spoločnosť.**

Ako spomíname rodinu, tak treba uviesť, že sila medzigeneračného puta a schopnosti a možnosti postarať sa o svojich rodičov alebo starých rodičov sa výrazne prejavia práve v období staroby, hlavne ak je spojená so stratou alebo poklesom sebestačnosti a nezávislosti rodiča alebo starého rodiča. (Hrozenská a kol. 2008, s. 28)

Zápas o čo najkompletnejšiu pravdu o človeku nie je možný bez akceptovania holistickej skutočnosti, že človek je

bio-psycho-sociálno-spirituálne bytie. Tam, kde v nižších formách života vybavenosť inštinktmí znamená v prírode vrchol a určitú kvalitu ochrany a bezpečia individua aj druhu, u človeka je vrchol inde. Ak sociálna práca bude ako veda ja prax iniciovať ochranu ľudskej bytosti a rodiny ako najprirodzenejšieho prostredia, stále bude pracovať s témami a s otázkami na úrovni vlastnej aj na úrovni s inými vednými disciplínami hlavne globálnou ekonomikou, právnym systémom, zdravotníctvom: (Ondrušová, 2009, s. 25 – 32)

Ako má fungovať občianska spoločnosť; V akom procese sa nachádza ochrana ľudských práv; Aké formy kolonializmu prináša globalizácia; Aká je globálna vízia o človeku; Budú utečenci; Aké formy solidarity potrebujeme; Aký vzťah je medzi globálnou ekonomikou a nerovnosťami medzi rozvinutými a rozvojovými krajinami ako aj nerovnosť vo vnútri rozvinutých krajín; Ako tvoriť pracovné normy; Aká je ideálna odmena za ľudskú prácu z pohľadu dôstojnosti ľudskej osoby; Ako je pripravený vysokoškolský absolvent sociálnej práce; Aký význam má medzinárodná komparácia v sociálnej práci; Je univerzálna autorita a globálny štát blížiacou sa skutočnosťou a s akými rizikami.

Za základe toho, že sociálna práca ako vedný odbor má určený predmet, cieľ, definície, ale tiež jestvuje aplikovaná sociálna práca, tak je možné konštatovať, že má pevné miesto v štruktúre spoločensko-vedných disciplín na celom svete. Za relevantné pokladáme uvedomenie si, že v každej spoločnosti a v inom období a v spoločenskom systéme mala sociálna práca inú podobu. Plne etablovanou disciplínou sa stala v 20. storočí a veľký rozvoj zaznamenáva vo všetkých postkomunistických krajinách po roku 1989. Odbor sociálna práca má zavedený vzdelávací systém, má metodiku práce s klientom, etický kódex a je silne finančne a organizačne naviazaný na sociálnu politiku štátu. (Ondrušová, 2009, s. 130)

Odborné diskusie o úrovni vzdelania, ktoré je potrebné pre uznanie odbornej kvalifikácie v sociálnej práci

v európskom kontexte prebiehajú v Slovenskej republike aj Českej republike viac ako 10 rokov. Vychádzajú pritom z rôznych medzinárodných konvencií (napr. Európska konvencia o všeobecnej porovnateľnosti dôb vysokoškolského štúdia prijatá Radou Európy), ale hlavne z právne záväznej hlavnej smernice Európskej únie z 21. januára 1988 – Smernica Rady Európy o všeobecnom systéme uznávania vysokoškolských diplomov (higher-education) udelených na základe ukončenia odborného vzdelávania v trvaní aspoň 3 rokov. Sociálna práca je súčasťou spoločenských potrieb tretieho tisícročia v rozvoji terciárnej sféry spoločenského života. Pre súčasnú dekádu milénia sa predpokladá aspoň taká potreba profesionálov v sociálnej práci, aby bolo možné vyrovnáť zaostávanie Slovenska za vyspelými štátmi západnej Európy. Za uskutočnenie uvedených dokumentov v praxi vzdelávania v oblasti sociálnej práce na Slovensku prevzalo zodpovednosť Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny v SR (MPSVaR) a Asociácia vzdelávateľov v sociálnej práci v Slovenskej republike. Za týmto účelom boli, s podporou fondu Phare, uskutočnené viaceré odborné semináre a konferencie vzdelávateľov v sociálnej práci a ustanovené komisie expertov. V roku 2001 bola na tieto účely ustanovená Koordinačná komisia pre ďalšie vzdelávanie a rozvoj vedecko-výskumnej činnosti Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky. (*Študijný odbor 3.1.14 Sociálna práca*)

Demografické premeny

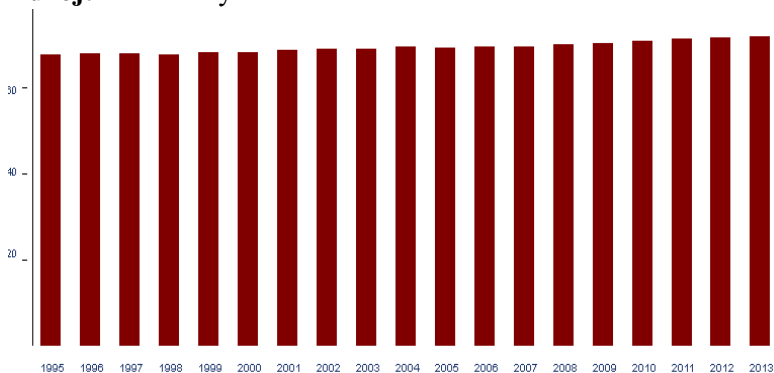
Kvalita života staršej generácie je komplexný problém, nie výlučne ekonomický. Súvisí najmä s premenou spôsobu života ľudí v aktívnom veku, kde úspešnosť je založená na presadzovaní vysokej individualizácie. Tá vytláča starších ľudí z ich aktívnejšieho podielu na živote spoločnosti a narúša aj funkciu rodiny. Súvisí so zdravotníctvom, s prístupom ku kvalitným a komplexným sociálnym a zdravotníckym službám. Dôležitá je aj ponuka cenovo prístupných, ale kvalitných špeciálnych tovarov a služieb pre starších ľudí. Súvisí to aj so schopnosťou poskytovať a sprístupniť nové

výdobytky civilizácie, čo má spojitosť s jednoduchším prístupom k praktickému celoživotnému vzdelávaniu starších ľudí. Rovnako dôležitá je tiež problematika bývania starších ľudí. (Programové vyhlásenie vlády SR, 2012)

Ako naznačuje graf 1, ktorý sa týka strednej dĺžky života, tak táto meraná veličina má tendenciu sa, od roku 1995 do roku 2013, zvyšovať. Z toho je možné usudzovať, že obyvateľstvo na Slovensku starne.

Graf 1 – Stredná dĺžka života v SR od roku 1995 – 2013

Zdroj: Štatistický úrad SR



Tabuľka 1 – Vekové zloženie obyvateľstva od 62 do 80 rokov

Obyvateľstvo k 31. 12.	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Múži a ženy: spolu														
62	43 279	44 178	46 449	46 747	46 847	46 727	49 987	47 712	51 481	59 181	61 637	62 615	68 110	71 616
63	41 542	42 016	43 421	45 659	45 990	46 121	46 027	49 209	46 970	50 640	58 241	60 743	61 711	67 128
64	40 556	40 114	41 226	42 655	44 844	45 152	45 344	45 170	48 374	46 169	49 802	57 486	59 717	60 795
65	41 083	39 476	39 250	40 379	41 811	43 979	44 293	44 525	44 388	47 522	45 370	48 661	56 478	58 765
66	40 008	39 646	38 563	38 379	39 531	40 955	43 073	43 412	43 700	43 519	46 566	44 506	47 794	55 506
67	39 738	38 711	38 674	37 641	37 523	38 587	40 010	42 109	42 517	42 816	42 608	45 690	43 671	46 927
68	41 157	38 331	37 704	37 644	36 673	36 600	37 593	39 061	41 129	41 605	41 989	41 974	44 727	42 900
69	39 884	39 607	37 220	36 603	36 593	35 656	36 628	36 531	38 030	40 144	40 598	40 943	41 007	43 765
70	38 779	38 202	38 427	36 040	35 447	35 469	34 655	34 618	35 462	36 996	39 152	39 894	39 943	40 058
71	36 842	36 880	36 926	37 138	34 857	34 313	34 279	33 698	33 437	34 419	35 881	38 419	38 840	38 875
72	35 218	35 033	35 480	35 541	35 795	33 618	33 097	33 115	32 471	32 332	33 298	35 173	37 350	37 766
73	33 211	33 291	33 604	34 055	34 134	34 368	32 291	31 865	31 876	31 280	31 154	32 604	34 049	36 204
74	32 204	31 360	31 754	32 148	32 532	32 651	32 889	30 969	30 587	30 656	30 143	30 609	31 485	32 841
75	29 773	30 288	29 680	30 178	30 567	30 976	31 026	31 397	29 557	29 298	29 342	28 995	29 375	30 316
76	28 733	27 840	28 654	28 326	28 618	28 958	29 365	29 432	29 896	28 206	27 865	28 382	27 732	28 148
77	28 514	26 750	26 215	26 909	26 681	26 983	27 333	27 734	27 837	28 311	26 705	26 895	26 999	26 564
78	26 240	26 273	24 985	24 401	25 129	24 966	25 205	25 591	26 034	25 242	26 637	25 571	25 437	25 714
79	24 004	24 199	24 368	23 280	22 609	23 355	23 206	23 437	23 922	24 347	24 558	25 274	24 090	23 960
80	18 555	21 807	22 234	22 374	21 425	20 789	21 537	21 387	21 714	22 219	22 558	23 243	23 622	22 588

Zdroj: Štatistický úrad SR

Ak sa pozrieme na tabuľku 1, tak môžeme usudzovať, že v priebehu času, tzn. od roku 2000 do roku 2013 narastá počet osôb vo vekových kategóriách 62 do 80.

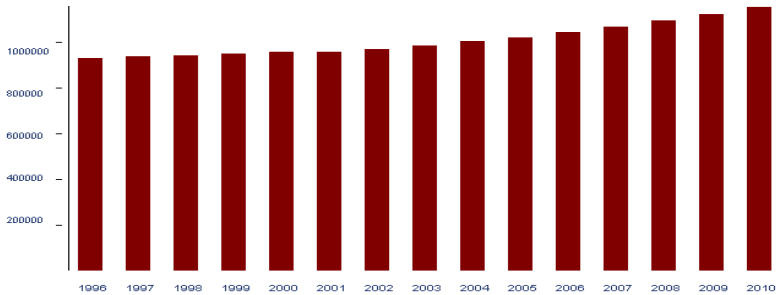
Tabuľka 2 – Vekové zloženie obyvateľstva od 81 do 100 a viac

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Obyvateľstvo k 31. 12.														
Muži a ženy spolu														
81	16 420	16 703	19 899	20 256	20 426	19 467	19 016	19 666	19 672	20 001	20 294	21 213	21 514	21 94E
82	6 953	14 613	15 049	18 044	18 376	18 401	17 630	17 150	17 825	17 895	18 167	18 870	19 435	19 722
83	6 432	6 009	13 051	13 454	16 138	16 447	16 396	15 743	15 486	15 969	16 101	16 668	17 057	17 741
84	6 093	5 506	5 323	11 468	11 861	14 152	14 570	14 418	13 908	13 722	14 107	14 667	14 865	15 34E
85	7 201	5 236	4 847	4 626	10 013	10 308	12 382	12 685	12 615	12 163	11 977	12 700	12 950	13 212
86	9 041	6 056	4 477	4 170	3 998	8 549	8 823	10 693	10 887	10 928	10 479	10 621	11 070	11 30E
87	7 313	7 413	6 152	3 788	3 560	3 332	7 201	7 425	9 117	9 289	9 360	9 218	9 021	9 62E
88	6 149	5 813	6 105	4 302	3 203	2 975	2 755	5 984	6 232	7 621	7 710	8 186	7 832	7 78E
89	4 439	4 867	4 756	5 012	3 528	2 606	2 434	2 290	4 903	5 113	6 267	6 484	6 779	6 65E
90	3 687	3 518	3 940	3 788	4 034	2 814	2 103	1 944	1 896	3 901	4 089	5 107	5 310	5 53E
91	3 040	2 754	2 756	3 088	2 985	3 167	2 231	1 654	1 526	1 493	3 067	3 324	4 075	4 31E
92	2 199	2 076	2 157	2 134	2 407	2 260	2 464	1 735	1 301	1 186	1 164	2 541	2 580	3 22E
93	1 563	1 418	1 597	1 619	1 638	1 807	1 709	1 913	1 333	960	904	953	1 964	2 00E
94	1 246	947	1 055	1 177	1 234	1 238	1 340	1 267	1 423	1 022	740	764	723	1 49E
95	917	632	654	744	870	912	928	1 009	962	1 069	776	585	576	561
96	740	504	448	479	544	629	652	689	747	723	782	552	450	44E
97	582	326	363	330	325	394	459	484	497	572	560	476	398	33E
98	485	188	228	259	238	236	289	355	363	382	464	330	341	30E
99	379	153	123	170	195	171	167	234	262	286	312	259	239	24E
99 a viac	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
100 a viac	750	249	327	367	451	540	609	663	791	937	1 090	321	444	531

Zdroj: Štatistický úrad SR

Analogicky môžeme čítať tabuľku 2, ktorá sleduje počet osôb v jednotlivých vekových kategóriách 81 až 100 a viacročných od roku 2000 do roku 2013. Graf 3 signalizuje, že kategória žien nad 55 rokov a mužov nad 60 rokov v uvedenom období sa zvyšuje.

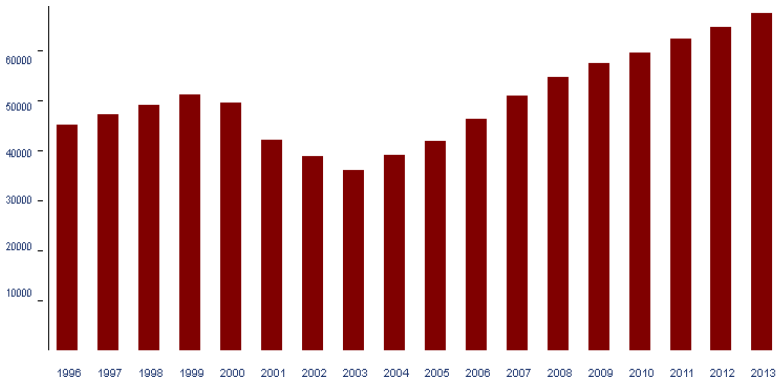
Graf 3 – Počet žien nad 55 rokov a mužov nad 60 rokov spolu v rámci populácie SR od roku 1996 do roku 2010



Zdroj: Štatistický úrad SR

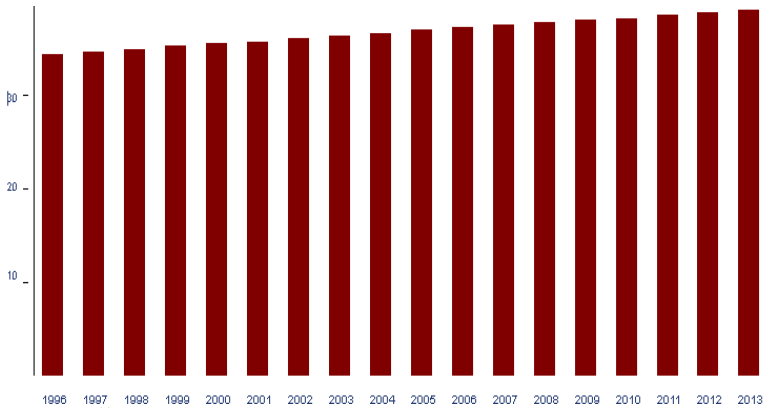
Graf 4 zobrazuje počet 85- a viacročných v populácii SR, pričom si môžeme všimnúť, že tento počet rapídne stúpa od roku 2003.

Graf 4 – Počet 85- a viacročných osôb v populácie SR od roku 1996 do roku 2013



Zdroj: Štatistický úrad SR

Graf 5 – Priemerný vek obyvateľov SR od roku 1996 do roku 2013

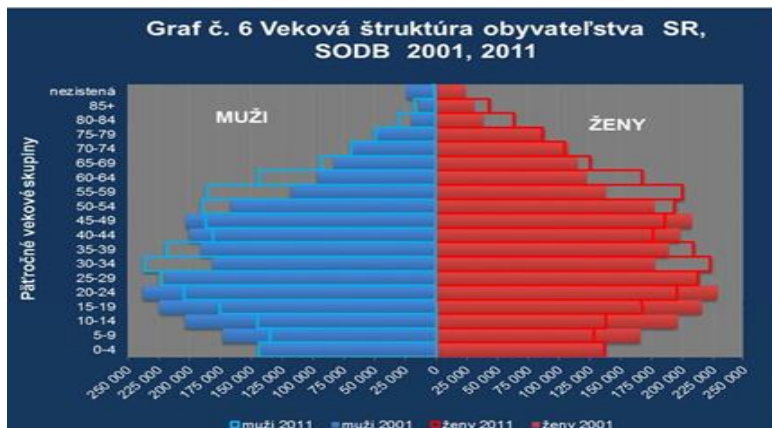


Zdroj: Štatistický úrad SR

Graf 5 nám zobrazuje, že priemerný vek obyvateľov SR s postupujúcim časom stúpa.

Najčastejšie diskutované sú dôsledky populačného starnutia v ekonomickej a sociálnej oblasti vrátane zdravotníctva. S nárastom počtu seniorov sú spojené vyššie náklady na služby v oblasti sociálnej starostlivosti, zdravotníctva a dôchodkového zabezpečenia. Z ekonomickeho hľadiska často rezonuje potreba zvyšovania veku odchodu do dôchodku, ktorý je u nás nižší než v krajinách západnej Európy a ďalším problémom je reštrukturalizácia dôchodkového zabezpečenia. Vzrastá tiež ekonomické zaťaženie spôsobené rastúcim počtom osôb v poproduktívnom veku, hoci celkové ekonomické zaťaženie, vyjadrené pomocou Billeterovho indexu, klesá vplyvom poklesu plodnosti a presunom silných ročníkov 70-tych rokov do produktívneho veku. V období do roku 2010 dosahovalo ekonomické zaťaženie najnižšiu úroveň za posledných 50 rokov. Po roku 2010 však možno očakávať jeho nárast v dôsledku už spomínaného posunu povojnových ročníkov do poproduktívneho veku. (Potančoková)

Graf 6 – Veková štruktúra obyvateľstva SR: porovnanie rokov 2001 a 2011



Zdroj: <http://www.mamatata.sk/node/451431>

Graf 6 porovnáva jednotlivé vekové kategórie oddelene u mužov a žien v rokoch 2001 a 2011 a taktiež signalizuje, že v roku 2011 je viac starších ľudí ako bolo v roku 2001 a naopak ubúda detí a mladých ľudí.

Podľa definície Svetovej zdravotníckej organizácie je starecký vek alebo senescencia obdobím života, kedy sa poškodenie fyzických alebo psychických síl stáva manifestnejšie pri porovnaní s predošlými životnými obdobiami. Toto vymedzenie je však možné aplikovať iba na určitú skupinu seniorov, na tých, ku ktorých je staroba neprehliadnuteľná. Ako ale správne pomenovať tie časové obdobia života, kedy je človek len starší, tzn. nie je celkom starý a odliší ich od vyzretej staroby. V súčasnej dobe sa pre druhú polovicu ľudského života najčastejšie používa nasledujúca klasifikácia: (Haškovcová, 2010, s. 20)

45 až 59 rokov: stredný alebo tiež zrelý vek,

60 až 74 rokov: vyšší vek alebo ranná staroba,

75 až 89 rokov: starecký vek alebo sénium, vlastná staroba,

90 rokov a vyššie: dlhovekosť.

Problematickou je tiež horná hranica, t.j. oficiálny vek odchodu do dôchodku. Dôvodom nie je len jeho odlišná výška v jednotlivých krajinách. Kým vo východnej Európe je aktuálna otázka predlžovania veku odchodu do dôchodku, krajiny západnej Európy čelia naopak problému skorého odchodu do dôchodku a tým predčasného odchodu z ekonomickej aktivity. Tento stav je zapríčinený zvyšovaním životnej úrovne a zmenou životného štýlu. Finančné zabezpečenie vo vyššom veku, lepší zdravotný stav a vzdelanosť obyvateľov v preddôchodkovom veku ponúkajú rôzne možnosti ďalšieho života po ukončení ekonomickej aktivity. Pozitívnu úlohu tiež zohráva vhodný systém dôchodkového zabezpečenia, ktorý preniesol zodpovednosť zo štátu na jednotlivca. (Potančoková)

Každý starne už od svojho narodenia a každý starne inak. Tento proces je vždy diskontinuitný, tzn. v niektorých obdobiach svojho života človek strane rýchlejšie, v iných pomalšie. Preto poznáme starých mladíkov a mladých starčekov. (Haškovcová, 2010, s. 20)

Vo všeobecnosti sa považuje za starého človeka každý, ktorý dosiahol penzijný vek. Aj napriek rozdielom penzijného systému medzi jednotlivými krajinami je ním zväčša 65-ročný občan. V poslednej dobe sa v odbornej literatúre práve pre mladých seniorov vyskytuje tiež označenie young old alebo len old, zatiaľ čo termín old old je rezervovaný pre starých starých, t.j. pre osoby, ktoré sú staršie ako 75 alebo 80 rokov. Tí, ktorí prekročili 85. rok veku, sú označovaní ako very old old, teda veľmi starí starí alebo dlhovekí. (Haškovcová, 2010, s. 20 – 21)

Sociálnu prácu, ktorá je vykonávaná v Zariadeniach sociálnych služieb (ZSS), hlavne v Domovoch dôchodcov (DD) je možné chápať ako odbornú činnosť, ktorá je zameraná na psycho-sociálnu pomoc staršiemu človeku a na sociálno-výchovné pôsobenie na staršieho človeka. Za základné úlohy sociálneho pracovníka v ZSS, konkrétne v DD, pokladáme: (Hrozenská a kol., 2008, s. 74-75) *uľahčovať adaptáciu*

staršieho človeka na nové inštitucionálne prostredie; uskutočňovať sociálno-poradenskú prácu prvého kontaktu; zabezpečovať sociálnoprávnu ochranu populácie; realizovať rozhodnutia o zaradení žiadateľa do poradovníka pre prijatie do ZSS, viesť evidenciu žiadostí o prijatie do zariadenia; sledovať a kontrolovať platby obyvateľov za poskytnuté služby; sprostredkovať kontakty staršieho človeka s jeho rodinou; poskytovať psycho-sociálnu oporu staršiemu človeku; zabezpečovať obyvateľom ZSS kontakt s úradmi na vybavovanie súkromných, resp. úradných záležitostí; evidovať neprítomnosť obyvateľov v ZSS; evidovať obyvateľov ZSS a zabezpečovať kompletnú agendu pozostalosti po zomretých obyvateľoch; viesť agendu depozít – finančné prostriedky obyvateľov, cennosti, vkladné knižky apod.; plánovať, organizovať a vykonávať edukačné aktivity pre obyvateľov DD; úzko spolupracovať s vedúcimi zdravotných a iných úsekov; vytvárať a udržiavať pozitívnu atmosféru v zariadení; zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach, ktoré súvisia s výkonom verejnej služby a jeho profesie.

So sociálnym a ekonomickým statusom seniorov súvisí aj otázka bývania. Procesy modernizácie a sekularizácie spoločnosti priniesli zmeny rodinných vzťahov. Rozsiahlou bytovou výstavbou sa limitovalo bývanie viacerých generácií spolu. Od 60-tych rokov neustále narastá podiel aj počet domácností jednotlivcov, ktoré sú veľmi často tvorené práve seniormi. Prevažujúcim spôsobom života seniorov zostane bývanie vo vlastných bytoch alebo spoluzitie v byte s ďalšou domácnosťou. Takýto spôsob bývania bude rozšírený predovšetkým medzi seniormi s lepším zdravotným stavom, vyššou mierou autonómie a tiež s rodinným zázemím (bývanie s partnerom, s rodinou dieťaťa). Vysoká ekonomická aktivita žien a zlý zdravotný stav seniorov kladú nároky na štátom zabezpečenú sociálnu starostlivosť. Spolu s početným nárastom starších občanov by preto mal narastať tak počet, kapacita ako aj heterogenita zariadení sociálnej starostlivosti.

Pre seniorov s lepším zdravotným stavom sú vhodné hlavne domy s opatrovateľskou službou, kde sú zabezpečené

pravidelné návštevy lekára a iné služby, pritom senior žije sám alebo s partnerom autonómne. Inštitucionálna starostlivosť pre dôchodcov s horším zdravotným stavom a bez rodinného zázemia je zabezpečovaná domovmi dôchodcov s celodennou starostlivosťou. V budúcnosti budú vznikať tiež penzióny pre finančne lepšie zabezpečených seniorov. Je dôležité, aby predovšetkým v mestách, kde často žijú ľudia bez príbuzných, ktorí sú od nich vzdialení, vznikali všetky typy zariadení sociálnej starostlivosti. Ak hovoríme o starnutí ako o demografickom procese, tak je vhodné spomenúť tiež jeho biologické aspekty. Podľa Tavela rozlišujeme nasledujúce teórie starnutia (Tavel, 2009, s. 19-28)

1. Biologické teórie

Teória deficitu vychádza z toho, že väzivové bunky majú stabilnú, ohraničenú životnosť, tiež ohraničenú schopnosť delenia. Z toho vyplynulo, že všetky procesy ľudského života majú ohraničené trvanie a degenerujú,

Teória opotrebovania vychádza z predpokladu, že fungovaním orgánov a vôbec každým životným dejom alebo udalosťou sa organizmus postupne opotrebuje,

Teória voľných radikálov pri procese dýchania dočasne vznikajú voľné radikály, tzn. agresívne zlúčeniny kyslíka, ktoré môžu napádať, poškodzovať alebo znefunkčňovať štruktúry buniek, molekuly bielkovín alebo dedičnú výbavu,

2. Kvalitatívne modely starnutia vychádzajú z kvalitatívnych zmien spojených so starobou a zmeny sa považujú za možné príčiny starnutia:

Teória životných etáp E. Eriksona všima si významné kvalitatívne zmeny štruktúry v určitých štádiách alebo psychických krízach počas života, v období staroby ide hlavne o dosiahnutie integrity ja, pre starnúceho jedinca je to najdôležitejšia úloha, ak sa to nepodarí, tak jedinec nemá pocit dobre vykonanej práce a nastupuje pocit zúfalstva,

Teórie vývojových úloh R. J. Havighursta navrhuje analýzu života na základe splnenia tzv. vývojových úloh, vývoj

človeka závisí od spôsobu, ako sa s nimi vyrovná. Pod vývojovou úlohou rozumieme každú životnú situáciu, ktorá prichádza v určitej etape života a vyvoláva nejaký rozpor alebo krízu,

Gutmanna teória zvyšovania podobností pohlaví. Zistilo sa, že s vekom pribúdajú znaky, ktoré sú u muža a ženy spoločné, Gutmann zistil, že ženy sa s postupujúcim vekom stávajú aktívnymi a muži pasívnymi,

Gerontodynamická teória staroby vysvetľuje proces života a staroby na základe prírodovedeckého myslenia a odvoláva sa na teóriu chaosu a hovorí, že so zvyšujúcim vekom pribúda v životnom systéme entropia a neporiadok, čo nakoniec vedie k zániku systému,

3. Teórie rastu sú založené na tom, že sa človek starnutím stáva zrelším a múdrejším,

4. Kognitívne teórie. Ich spoločným znakom je to, že určujúcim nie je podnet alebo objektívna kvalita situácie, ale subjektívna percepcia, interpretácia alebo reprezentácia:

Kognitívna teória Bonnskej školy. V starnutí nie je rozhodujúce ani tak vek, ako skôr úlohy, ktoré má človek v priebehu života splniť a vďaka ktorým sa rozvíja. Rozvoj je celoživotnou úlohou človeka a nezávisí od veku. Okrem prostredia tu zohrávajú jedinečnú úlohu aj osobnostné črty,

5. Teória kontinuity. Podľa tejto teórie je najistejšia cesta ako zvládnuť prechod

do staroby zachovanie vnútornej a vonkajšej štruktúry a používa pri tom osvedčené stratégie a prostredie. Motiváciou je vlastná iniciatíva, ako aj tlak prostredia:

Kultúrno-antropologické teórie. Na psychiku starého človeka majú vplyv aj etnologické a sociologické faktory, čo zohľadňujú niektoré teórie. Patrí k nim predovšetkým teória modernity, ktorá tvrdí, že postavenie starého človeka a starostlivosť o neho je tým horšia, čím je spoločnosť modernejšia. Demografická situácia je nepriaznivá, ako vyplynulo z nášho príspevku. Na problematiku starnutia zareagovala aj vláda SR vo svojom programovom vyhlásení

z roku 2012 a navrhuje nasledovné opatrenia (Programové vyhlásenie vlády SR, 2012):

- vypracovať nový Národný program podpory a ochrany starších ľudí,
 - zabezpečenie pre nich udržateľnú kvalitu života,
 - vláda vypracuje dlhodobú koncepciu dôchodkovej politiky na základe širokej odbornej diskusie,
 - dôchodkový systém bude vláda posudzovať v komplexe celého systému sociálneho zabezpečenia a daňovej sústavy. Vytrhávajúce dôchodkového systému z celkového systému verejných financií je jedna zo základných chýb, ktoré viedli po roku 2002 k veľkým deformáciám v systéme sociálnej súdržnosti slovenskej spoločnosti a to nielen s krátkodobým, ale aj s dlhodobým efektom,
 - solidarita ako základný fundament európskej civilizácie je základom dôchodkového poistenia aj v budúcnosti. Týka sa tak medzigeneračnej solidarity, ako aj solidarity medzi bohatými a chudobnými občanmi. Je potrebné definovať budúci dôchodkový systém na univerzálnom princípe a na zásadách spravodlivosti, zásluhovosti, vedomia spolupatričnosti, zodpovednosti a solidarity; zároveň sa musí vhodne skombinovať dobrovoľnosť a povinnosť i funkcie štátu aj súkromných subjektov pri zabezpečovaní fungovania a financovania dôchodkového systému,
 - dôchodkový systém by mal byť postavený na rovnakom dôchodkovom nároku pre všetkých, aby zabezpečoval minimálne dôchodkové príjmy s vyváženou mierou solidarity a zásluhovosti,
- cieľom je dôchodkový systém, ktorý spoľahlivo zabezpečuje obyvateľov pred chudobou v starobe a poskytuje možnosť zachovania primeranej životnej úrovne v čase, keď občan nemá možnosť zabezpečiť si krytie svojich životných potrieb z pracovných príjmov.

Sociálne poistenie na Slovensku má na starosti Sociálna poisťovňa SR (Stanek a kol., 2011, s. 181 – 189), ktorý má zostať kľúčovou inštitúciou sociálneho systému

s prehľadnou štruktúrou jednotlivých druhov poistenia vyjadrených ich fondmi a s nízkymi prevádzkovými nákladmi. Opatrenia v tejto oblasti majú mať nasledujúci charakter: (Programové vyhlásenie vlády SR, 2012)

- zaviesť do praxe jednotný výber daní a sociálnych odvodov,
- dôslednejšie ako doteraz odčleniť jej výkonnú funkciu od funkcie kontrolnej a dozornej, realizovanú jej samosprávnym orgánom, s dôslednejším využitím tripartitného princípu,
- v oblasti priebežne financovaného dôchodkového systému prioritou naďalej zostáva jeho finančná udržateľnosť,
- k stabilizácii finančnej udržateľnosti dôchodkového systému výraznejším spôsobom prispeje realizácia projektu UNITAS (projekt zjednotenia výberu daní, cla a odvodov),
- opätovne v systéme starobného dôchodkového sporenia vláda uplatní princíp dobrovoľnosti a prehodnotí opodstatnenosť počtu fondov, a to aj vo vzťahu ku garantovaným nárokom,
- na zlepšenie príjmovej situácie starších ľudí vytvorí podmienky na pokračovanie ich pracovných aktivít aj po dosiahnutí dôchodkového veku,
- obnoví význam doplnkového dôchodkového sporenia, a to najmä prostredníctvom zvyšovania jeho atraktivity pre všetkých, ktorí naň prispievajú,
- zákonne zavedie kategóriu minimálneho dôchodku,
- postupne uplatní princíp univerzality voči všetkým druhom povolani a zamestnania.

Do komplexu, ktorý umožňuje plnohodnotnú účasť starších ľudí a osôb so zdravotným postihnutím na harmonickom a udržateľnom rozvoji spoločnosti, patrí aj dostupnosť kvalitných, prístupných a špecializovaných zdravotníckych služieb a zodpovedajúcich sociálnych služieb. Kultúra vzťahu spoločnosti k starším ľuďom a osobám so zdravotným postihnutím musí vychádzať vždy zo súdržnej rodinnej politiky, z aktívnej participácie miestnej

samosprávy, samosprávnych krajov, občianskych združení a cirkví, ale aj bývalých zamestnávateľov a odborov. Veľmi akútne sa ukazuje problém kvalitných a prístupných opatrovateľských služieb pre starších ľudí. (Programové vyhlásenie vlády SR, 2012)

Ešte pred prijatím samotného programového vyhlásenia vlády SR navrhovali kandidujúce politického subjekty v roku 2012 určité opatrenia, ktoré sa týkali seniorov (Čemez, 2012, s. 155 – 157):

1. Vianočný príspevok

SNS: zmeniť na nárokovateľný príspevok, (Volebný program SNS, 2012); **b. SaS:** namiesto vianočných príspevkov presadíme vyššie a adresnejšie príspevky štátu dôchodcom v zariadeniach sociálnych služieb, (Volebný program SaS, 2012); **c. ĽS - HZDS:** transformovanie tzv. vianočného príspevku na trinásť dôchodok, na ktorý by mali oprávnené osoby zákonný nárok a nepodliehal by prípadným politickým zmenám, (Volebný program ĽS - HZDS, 2012); **d. KDH:** obmedzenie vianočného príspevku, (Volebný program KDH).

2. Valorizácia dôchodkov

SaS: valorizáciu dôchodkov podľa tempa inflácie, (Volebný program SaS, 2012); **SMK:** ročná valorizácia dôchodkov bude sledovať mieru ročnej inflácie, (Volebný program SMK, 2012); **SSS - Nory Mojsejovej:** valorizáciu dôchodkov podľa výšky inflácie, (Volebný program SS - Nory Mojsejovej, 2012); **ĽS - HZDS:** každoročná valorizácia dôchodkov a to rovnakou sumou pre všetky príjmové kategórie starobných dôchodcov, (Volebný program ĽS - HZDS, 2012); **KDH:** o pevnú sumu, (Volebný program KDH, 2012).

3. Odchod do dôchodku

KSS: nezvyšovať vekovú hranicu odchodu do dôchodku, (Volebný program KSS, 2012); **ĽS - HZDS:** zachovanie súčasného veku odchodu do starobného dôchodku na úrovni 62 rokov, vo vybraných rizikových povolaniach, ktoré sú spojené s vyššou chorobnosťou – skorší odchod do dôchodku, (Volebný program ĽS - HZDS, 2012); **SMK:** proti zvyšovaniu veku

odchodu do dôchodku dovtedy, kým nedoznie hospodárska kríza a nestabilizuje sa hospodárska situácia krajiny, (Volebný program SMK, 2012).

4. Minimálny dôchodok

SaS: zavedenie minimálneho dôchodku, aby sa dôchodcovia, ktorí si odpracovali zákonom stanovený počet rokov, nedostali do hmotnej núdze, (Volebný program SaS, 2012); **Smer - SD:** zákonne zaviesť kategóriu minimálneho dôchodku, (Volebný program Smeru – SD, 2012); **ĽS - HZDS:** zavedenie minimálneho dôchodku 400 eur mesačne pre tých starobných dôchodcov, ktorí počas svojho ekonomicky aktívneho života odpracovali aspoň 35 rokov, (Volebný program ĽS - HZDS, 2012); **Robíme to pre deti - SF:** vyrovnať dôchodky minimálne do výšky životného minima, (Volebný program Robíme to pre deti - SF, 2012); **SDKÚ - DS:** zavedieme minimálny garantovaný dôchodok vo výške životného minima, ktorý by garantoval solidaritu v dôchodkovom systéme pre všetkých občanov, (Volebný program SDKÚ - DS, 2012).

5. Ďalšie benefity

SNS: dôchodcom s najnižšími príjmami pridať 100 Eur aj bonus na seniorskú dovolenku, (Volebný program SNS, 2012); **OLaNO:** zavedenie kultúrnych poukazov pre starobných a invalidných dôchodcov, (Volebný program OLaNO, 2012); **MOST - HÍD:** podpora dobrovoľníckej práce seniorov, podporovať projekt „Malé obecné služby“ (taxíky, zásobovanie, stravovanie, upratovanie...) určený pre seniorov, zriadiť doživotnú olympijskú rentu pre všetkých olympijských medailistov Slovenska, (Volebný program MOST - HÍD, 2012); **d. SSS - Nory Mojsejovej:** výstavba nekomerčných zariadení pre seniorov v pôsobnosti obcí a miest, (Volebný program SS - Nory Mojsejovej, 2012); **SDKÚ – DS:** program pre starších, ktorý ich naučí lepšie používať internet. (Volebný program SDKÚ - DS, 2012).

Záver

Záverom je možné konštatovať, že starnutie sa stáva čoraz viac páľčivým problémom súčasnosti v krajinách strednej Európy a súvisí s takými demografickými

ukazovateľmi, akými sú hlavne pôrodnosť, stredná dĺžka života. Je potrebné tu však vidieť tento problém v širších súvislostiach. Premeny spoločnosti, politiky a ekonomiky v krajinách strednej Európy po roku 1989 spôsobili o.i. krach mamutích podnikov, ktoré sa len veľmi ťažkopádne vedeli orientovať v nových trhových podmienkach. To spôsobilo ekonomickú stagnáciu a následne masovú nezamestnanosť a taktiež pokles životnej úrovne obyvateľstva. Svoj podiel na tom mala zmena bytovej politiky, kedy pridelovanie bytov štátom bolo nahradené štandardnými trhovými vzťahmi dopytu a ponuky. Byty a reality vo všeobecnosti sú nákladnou náležitosťou a nie každý si ich môže dovoliť, preto sa posúva priemerný vek sobáša a taktiež priemerný vek pôrodnosti do vyššieho veku, taktiež rodiny majú menej detí ako v minulosti. Na druhej strane je tu pomerne veľká časť osôb v seniorskom veku. Z toho vyplýva, že priebežnému pilieru dôchodcovského zabezpečenia hrozí kolaps. Seniorské obdobie ako každé obdobie so sebou prináša určité špecifické znaky, medzi ktoré patria múdrosť, skúsenosť a zrelosť na jednej strane a úbytok fyzických alebo aj duševných síl na strane druhej. Práve sociálna práca ako praktická činnosť a profesia je tu na to, aby pomáhala seniorom zvládať prekážky, ktoré im prináša staroba.

Zoznam bibliografických odkazov

- ČEMEZ, A. 2012. Starnutie ako téma volebnej kampane 2012. In: BOČÁKOVÁ, O., HORVÁTH, P. (eds.) *Starnutie populácie – celospoločenský problém*. Trnava : FSV UCM. ISBN 978-80-8105-397-9.
- HAŠKOVÁ, H. 2010. *Fenomén stáří*. Praha : Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HROZENSKÁ, M. a kol. 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-282-3.

OLÁH, M. a kol. 2008. *Úvod do štúdia a dejín sociálnej práce*. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2008. ISBN 80-969449-6-7.

ONDRUŠOVÁ, J. 2011. *Stáří a smysl života*. Praha : Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1997-2.

STANEK, V. a kol. 2011. *Sociálna politika: Teória a prax*. Bratislava : Sprint dva, 2011. ISBN 978-80-89393-28-2.

TAVEL, P. 2009. *Psychologické problémy v starobe I*. Pusté Úľany : Schola Philosophica, 2009. ISBN 978-80-969823-7-0.

TOMEŠ, I. 2010. *Úvod do teórie a metodologie sociální politiky*. Praha : Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-680-3.

TÓTH, R. a kol. 2005. *Úvod do politických vied*. Bratislava: Smaragd pedagogické nakladateľstvo, 2005. ISBN 80-89063-15-2.

VEČERA, M. 2001. *Sociální stát: Východiská a přístupy*. Praha : Sociologické nakladateľstvo, 2001. ISBN 80-85850-16-8.

Internetové zdroje:

BEBLAVÝ, Miroslav, *Sociálna politika*. 2012. (ebook)
<http://www.mamatata.sk/node/451431>

POTANČOKOVÁ, Michaela, *Starnutie populácie Slovenska*.
Dostupné na: <<http://www.infostat.sk/vdc/pdf/StarnutieVDC.pdf>>

Programové vyhlásenie vlády SR. Bratislava: Úrad vlády SR, 2012.
Dostupné na: <http://www.vlada.gov.sk/data/files/2008_programove-vyhlasenie-vlady.pdf>

RUŽIČKA, Vojtech, *Sociálna pracovník v zariadení pre seniorov*. In: *Pro Human*. Dostupné na:
<<http://www.prohuman.sk/socialna-praca/socialny-pracovnik-v-zariadeni-pre-seniorov>>

Socionet. Dostupné na:
<http://www.socionet.sk/index.php?kat=009&tit=00029&opn=opn>

Študijný odbor 3.1.14 Sociálna práca. Dostupné na
<http://www.google.sk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=w eb&cd=20&ved=0CG8QFjAJOAo&url=http%3A%2F%2Fwww.akredkom.sk%2Fisac%2Fpublic%2Fodbory%2F3%2F3.1%2F3.1.14.doc&ei=lpAVVJ2sBYWwPKeagbGD&usg=AFQjCN FZf_0JnNSdW_GTXriiOTHvgISstg&sig2=Kt-OX3elAAyqVCQR1aB6gw&bvm=bv.75097201,d.ZWU>

Štatistický úrad SR.

Volebný program SNS, 2012, <http://www.sns.sk/dokumenty/volby-2012-do-nr-sr/volby-do-nr-sr-10-marca-2012-vseobecne-informacie/>

Volebný program SaS, 2012, <http://www.strana-sas.sk/file/1376/Program%20SAS%2025.02.2012.pdf>

Volebný program ĽS - HZDS, 2012, <http://www.hzds.sk/?mod=clanky&par=ciele-volby-do-nr-sr-2012&menu=4300>

Volebný program KDH, http://www.kdh.sk/sites/default/files/upload/dokumenty/volebny_program.pdf

Volebný program SaS, 2012, <http://www.strana-sas.sk/file/1376/Program%20SAS%2025.02.2012.pdf>

Volebný program SMK, 2012, <http://www.mkp.sk/sk/clanky/tlacove-spravy/2012/01/31/volebny-program-strany-madarskej-koalicie-2012>

Volebný program SS - Nory Mojsejovej, 2012, <http://www.sss-nm.sk/volebny-program-3/>

Volebný program ĽS - HZDS, 2012, <http://www.hzds.sk/?mod=clanky&par=ciele-volby-do-nr-sr-2012&menu=4300>

Volebný program KDH, http://www.kdh.sk/sites/default/files/upload/dokumenty/volebny_program.pdf

Volebný program KSS, 2012, <http://www.kss.sk/volby-2012/program-komunistov-na-zachranu-slovenska.html>

Volebný program ĽS - HZDS, 2012, <http://www.hzds.sk/?mod=clanky&par=ciele-volby-do-nr-sr-2012&menu=4300>

Volebný program SMK, 2012, <http://www.mkp.sk/sk/clanky/tlacove-spravy/2012/01/31/volebny-program-strany-madarskej-koalicie-2012>

Volebný program SaS, 2012, <http://www.strana-sas.sk/file/1376/Program%20SAS%2025.02.2012.pdf>

Volebný program Smeru – SD, 2012, <http://www.strana-smer.sk/3239/nas-program>

Volebný program ĽS - HZDS, 2012, <http://www.hzds.sk/?mod=clanky&par=ciele-volby-do-nr-sr-2012&menu=4300>

Volebný program Robíme to pre deti - SF, 2012, <http://www.rtpd.sk/content/file/rtpd-sf--program.pdf>

Volebný program SDKÚ - DS, 2012, <http://www.sdku-ds.sk/volby/data/MediaLibrary/0/220/sdku-ds-volebny-program-2012-web.pdf>

Volebný program SNS, 2012, <http://www.sns.sk/dokumenty/volby-2012-do-nr-sr/volby-do-nr-sr-10-marca-2012-vseobecne-informacie/>

Volebný program OĽaNO, 2012, <http://obycajnιλudia.sk/volebny-program-hnutia/>

Volebný program MOST - HÍD, 2012, <http://www.most-hid.sk/sk/tema/program-strany>

Volebný program SS - Nory Mojsejovej, 2012, <http://www.sss-nm.sk/volebny-program-3/>

Volebný program SDKÚ - DS, 2012, <http://www.sdku-ds.sk/volby/data/MediaLibrary/0/220/sdku-ds-volebny-program-2012-web.pdf>

VNÍMANIE PROFESIE SESTRY Z POHLĀDU PACIENTA

Dimunová Lucia

Úvod

Profesia sestry je spoločensky akceptovaná a hodnotená ako dôležitá súčasť zdravotnej starostlivosti. Poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť samostatne alebo v spolupráci s lekárom v rámci svojich kompetencií vymedzených rozsahom ošetrovateľskej praxe (Žiaková, 2009). Povolanie sestry zastáva v spoločnosti určitú pozíciu v rámci jednotlivých profesií. Táto pozícia je do určitej miery ovplyvnená všeobecnou predstavou o sesterskom povolaní ale aj osožnosťou povolania pre spoločnosť. Sestra je zdravotnícky profesionál, ktorý má odbornú spôsobilosť podľa platnej legislatívy. Svojím pôsobením zastáva niekoľko rolí ako poskytovateľka ošetrovateľskej starostlivosti, manažérka, edukátorka, výskumníčka a iné. Okrem odbornej spôsobilosti sa profesia sestry vyznačuje komunikatívnou a sociálno-interakčnou spôsobilosťou, zmyslom pre službu verejnosti, etickým prístupom a oddanosťou práci a pacientom (Závodná, 2005). Ošetrovateľstvo ako mladá vedná disciplína, ktorej základným pilierom je konať dobro ponúka mnohé možnosti rôznych foriem pomoci a starostlivosti ľuďom v akomkoľvek veku života (Laca, 2013). Sestra ako jedna z pomáhajúcich profesií patrí medzi vysoko náročné povolania nielen po stránke fyzickej a psychickej, ale aj z pohľadu prípravy na povolanie a zvládnutia profesionálneho výkonu. Nutnosťou je sústavné vzdelávanie. Uplatnenie sa v tomto povolaní je podmienené psychickými vlastnosťami a osobnými rysmi jedinca (Bekö, a kol., 2009). V súvislosti s výkon povolania sestry hovoríme aj o pracovnej spokojnosti, čo je multidimenzionálny jav zahrňujúci psychologické, zdravotné, sociálne, organizačné, ekonomické či právne aspekty (Kožuchová, 2014).

S rozvojom ošetrovateľstva ako samostatného vedného odboru vidíme v oblasti ošetrovateľskej teórie a praxe množstvo zmien (Raková, a kol., 2006), na ktoré musia sestry flexibilne reagovať. Po začlenení Slovenska do Európskej únie sestry

v rámci svojej profesia uplatňujú smernice európskych štandardov. Členstvo v medzinárodných sesterských organizáciách umožňuje vytvorenie spoločných cieľov, stratégií a lobbingu za účelom presadzovania pozitívnych zmien v oblasti vzdelávania a jeho uznávania, výkonu ošetrovateľskej praxe ale aj zlepšovania pracovných podmienok s dôrazom na bezpečnosť a ochranu pacientov (Kilíková a kol., 2013).

Cieľom výskumu bolo zistiť, aké sú názory pacientov na profesiu sestry. Identifikovať akými vlastnosťami by mala sestra podľa pacientov disponovať a ako vnímajú pacienti úroveň komunikácie so sestrou. Následne nás zaujímalo do akej miery ovplyvňujú médiá názor pacientov na povolanie sestry.

Súbor tvorilo 377 pacientov, čo predstavovalo 94% návratnosť. Oslovení pacienti boli z prešovského kraja na východnom Slovensku.

Metodika. Na získanie údajov sme zvolili techniku neštandardizovaného dotazníka. Dotazník bol anonymný. Zber dát sa uskutočnil v mesiacoch október až december 2013. Výsledky boli vyhodnotené deskriptívnou a indukčnou štatistikou v programe SPSS 20.0. Na overovanie sme využili test vzájomnej závislosti Pearsonov-chí kvadrát na hladine významnosti 5%. Sledované premenné boli pohlavie, vek a vzdelanie pacientov.

Výsledky

Súbor tvorilo 377 pacientov, z toho mužov bolo 34= (n=128) a žien 66% (n=249). Priemerný vek respondentov bol 36,4 rokov $SD \pm 9,2$. Vzdelanie pacientov sme špecifikovali podľa najvyššie ukončeného vzdelania na základné vzdelanie 5,6% (n=21), na stredoškolské vzdelanie ukončené bez maturity 22% (n=83), na stredoškolské vzdelanie ukončené s maturitou 46,2% (n=174) a napokon vysokoškolské vzdelanie malo 26,2 (n=99) respondentov.

Respondentom sme položili otvorenú otázku „Ako vnímajú profesiu sestry?“. Jednotlivé odpovede sme zoradili podľa frekvencie a v tab. 1 uvádzame aj konkrétne výroky pacientov.

Tab. 1 Profesia sestry z pohľadu pacienta

poradové číslo	možnosti	n
1.	pomocníčka lekára	225
2.	„veľmi dôležitá“	216
3.	edukátorka, učiteľka	66
4.	„podhodnotená“	57
5.	„podceňovaná“	54
6.	manažérka	48

Odpovede na otázku „Aká je náplň sestry“ z pohľadu pacienta sú uvedené v tab.2. Možno konštatovať, že väčšina pacientov kladie dôraz na komunikáciu. Ešte stále u verejnosti prevláda názor, že sestra plní len ordinácie lekára a pracuje prevažne s dokumentáciou.

Tab. 2 Náplň práce sestry z pohľadu pacienta

poradové číslo	možnosti	n
1.	komunikuje s pacientom	247
2.	je poskytovateľkou komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti	225
3.	plní ordinácie lekára	202
4.	prevažne pracuje s dokumentáciou	200
5.	podáva informácie pacientom	124

Ďalej nás zaujímalo hodnotenie výkonu povolania sestry podľa náročnosti. Respondenti sa mohli vyjadriť k jednotlivým možnostiam alebo uviesť svoj názor. Prevažná časť pacientov hodnotila prácu sestry ako psychicky a fyzicky náročnú (tab.3).

Tab 3. Názory pacientov na prácu sestier

možnosti	áno (n)	nie (n)	neviem posúdiť (n)
psychicky náročná	233	7	34
fyzicky náročná	294	30	53
profesionálne pôsobenie sestry	285	29	61
dôvera pacientov k sestrám	170	125	82
dostatočný čas na komunikáciu s pacientom	140	131	106

Vzhľadom na nedávne celospoločenské protesty sestier súvisiace s nespokojnosťou najmä v oblasti finančného ohodnotenia, sme zisťovali názor pacientov na **spoločenské ocenenie** sesterského povolania. 47 respondentov si myslí, že je dostatočné, väčšia polovica (n=223) vyslovila názor, že nie je dostatočné a 107 respondentov nevie posúdiť. Zaujímalo nás, či **názor pacientov na profesiu sestry ovplyvňujú médiá** (televízne seriály, relácie v rádiách alebo internetové zdroje). Z celkového počtu pacientov uviedlo n=84, že ich médiá ovplyvňujú, n=240 respondentov uviedlo, že nie a n=53 nevedia posúdiť.

„Akými vlastnosťami by mala sestra disponovať z pohľadu pacienta?“ bola ďalšia otázka, kde mohli pacienti vyjadriť svoj osobný názor a svoje očakávania. Najčastejšie odpovede boli pozitívny vzťah k ľuďom (n=314), trpezlivosť (n=307), spoľahlivosť (n=258), komunikatívnosť (n=234) a empatia (n=226). Nasledovali odpovede ako zručnosť, optimizmus a cieľavedomosť.

Zaujímalo nás, či premenné ako pohlavie, vek a vzdelanie majú vplyv pri vyjadrených názoroch na vplyv médií, teda či sú viac ovplyvniteľní muži alebo ženy, stredoškolsky vzdelaní alebo vysokoškolsky ľudia. Samostatne sme sa venovali týnto premenným vo vzťahu k dôvere pacientov k sestre. Ani v jednom prípade sa nám nepotvrdil štatisticky signifikantný vzťah (tab. 4).

Tab. 4 Vzťah medzi premennými a dôverou pacientov k sestre a vplyvom médií

sledovaný faktor	pohlavie	vek	vzdelanie
dôvera pacientov k sestre	0,668 n.s.	0,549 n.s.	0,196 n.s.
vplyv médií	0,295 n.s.	0,870 n.s.	0,263 n.s.

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$ n.s. nesignifikantný vzťah

Diskusia

Výkon povolania sestry si vyžaduje odbornosť, ľudskosť, empatiu a je spojený so zvýšenou psychickou i fyzickou záťažou, o čom svedčia domáce (Kilíková a kol, 2013; Soosová, Varadyová, 2012; Simočková, Zamboriová, 2009; Kilíková, 2006;) i zahraničné štúdie (Lambert, 2008; Sovová et al., 2005) a iné.

Pacienti preferujú u sestier v prístupe k nim produktívne psychologické aspekty pred technickými a materiálnymi stránkami, čo naznačuje náš výskum, ktorý je v zhode so zisteniami autorky Musilovej (2004). Hlavnými psychologickými nástrojmi sestry sú komunikácia, empatia a schopnosť načúvať potrebám pacienta. Predpokladom optimálneho terapeutického vzťahu medzi sestrou a pacientom je efektívna komunikácia. Táto skutočnosť sa potvrdila aj v nami sledovanom súbore, keď pacienti uviedli ako náplň práce sestry na prvom mieste „komunikuje s pacientom“. Zaujímavé sú aj zistenia Bednárovej (2010), ktorá uvádza, že 27% opýtaných pacientov uvádza v rámci komunikácie nedostatok času zo strany sestry. Taktiež Šebeková (2010), uvádza, že najčastejšie sťažnosti počas 5 rokov, ktoré prichádzajú na Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, sa týkajú spôsobu komunikácie a pacientmi a s príbuznými na každej úrovni poskytovania zdravotnej starostlivosti, od sestier v ambulanciách až po sestry pri lôžku, vrátane rýchlej zdravotnej pomoci. Správanie sestry ovplyvňuje pacienta i to, či jej môže alebo nemôže dôverovať (Špatenková, Králová, 2009).

Povolanie sestry patrí k najstarším na svete. Ako uvádza Farkašová (2005), len málo profesií prekonalo v historickom období také zmeny ako práve povolanie sestry. Imidž ošetrovateľstva prešiel od doby svojho vzniku až po dnešok viacerými etapami. Od pohľadu na sestru ako na „anjela“ nasledovala výrazná zmena, a to, že sestra bola vnímaná ako „dievča pre všetko“, potom ako „hrdinka“ či „matka“. V okamihu keď sa sestra stala objektom masmédií, začala byť často vnímaná ako „sexuálny objekt“. Pre množstvo takto ladených televíznych seriálov, telenoviel môže byť obraz sestry vnímaní v mysli súčasnej verejnosti práve takto (Štefanovič, Greisinger, 1987). Podobne aj autorka Maryšková (2010), uvádza, že obraz verejnosti o povolání sestry je doplnený predstavami utvorenými televíznymi seriálmi. Táto myšlienka nás viedla k tomu, aby sme sledovali či média, filmy, seriály so zdravotníckou tematikou majú vplyv na názor pacientov v súvislosti s výkonom povolania sestry. V nami sledovanom výskume sa nepotvrdil štatisticky významný vzťah medzi vekom, vzdelaním, pohlavím pacientov a vplyvom masmédií na vnímanie profesie sestry. Výsledkom zmeny postoja spoločnosti k profesii sestry môže byť pozitívny príklon k tradičným humanitným cieľom a dohodám, čo sa spoločnosti určite vráti s pozitívnym výsledkom (Blanáriková, 2008). O prestíži povolání verejnosť informujú aj Centrá pre výskum verejnej mienky v svojich tlačových správach. V českej republike povolanie sestry získalo za rok 2013 z celkových 26 vybraných povolání 3. poradie (SÚ AV ČR). Prínosná vo vzťahu k zvyšovaniu povedomia o povolání sestry pre verejnosť je aj forma projektov. Aktuálne prebieha na Slovensku Projekt „Poďakuj sestre“, ktorého jednou z hlavných myšlienok je práve zvýšenie prestíže sestier a ich postavenia v spoločnosti.

Záver

Profesia sestry prechádza zložitým procesom vývoja a zmien. Dosiachnutie a udržanie štandardnej a kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti vyžaduje od sestier aktuálne vedomosti, profesionálny prístup, zvládanie fyzickej a psychickej záťaže. Profesia sestry zahŕňa celý systém spoločenských rolí,

ktoré sú horizontálne i vertikálne prepojené a predstavujú určitý spoločenský status. Zastáva určitú pozíciu v rámci jednotlivých profesií. Túto pozíciu výrazne ovplyvňuje imidž povolania.

Výsledky nami realizovaného výskumu poukazujú na to, že prevažná časť pacientov vníma prácu sestry ako fyzicky a psychicky náročnú a spoločensky nedocenenú. Je na samotných sestrách, na ich profesionalite, dôstojnom distingvovanom správaní a vystupovaní, aby každodenne vykonávali svoju prácu v prospech pacientov a verejnosti.

Zoznam bibliografických odkazov

BEDNÁŘOVÁ, J. *Spokojenosť klientu v lužkových zariadeniach s komunikačnými dovednosťami všeobecných sestier*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 89 s.

BEKŮ, L., DOBŠOVIČ, L., ILIEVOVÁ, E. Humanistická psychológia v práci sestry. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2009, roč. VIII, č. 3-4, s. 46-47.

BLANÁRIKOVÁ, I. Aké je súčasné spoločenské postavenie sestier, In *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórných metodík*. ISSN 1335-5090, 2008, roč. XVI, č.1.

KILÍKOVÁ, M., DIMUNOVÁ, L., KALÁTOVÁ, D. PALKOVÁ, L. *Zdravie pri práci v klinickej praxi sestry*. Beki desing.s.r.o: VŠZaSP sv. Alžbety, 2013. 135s. ISBN 978-80-8132-082-8.

KILÍKOVÁ, M. Stres v profesii sestry. In *Zdravotníctvo a sociálna práca*. ISSN 1336-9326, 2006, roč.1 č.2, s.12.

KOŽUCHVÁ, M. Špecifiká pracovnej spokojnosti sestier. IN Kožuchová, M., a kol.(eds). *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. Martin: Osveta, 2014, s. 138. ISBN 978-80-8063-414-8.

LACA, P. Proklamácia holistického prístupu v sociálnej práci a ošetrovateľstve. In Kilíková, K., Laca, P. (eds.) *Supplement vybraných kapitol vo vedných odboroch sociálna práca a ošetrovateľstvo I.*, 2013. Tiskárna Příbram: Ústav sv. J. n. Neumanna, Příbram. s.86. ISBN 978-80-8132-097-2.

- LAMBERT, A.A., LAMBERT, C.E. Nurse's workplace stressors and coping strategies. *Indian Journal of Palliative Care*. Dostupné z internetu: <<http://www.jpalliativecare.com/text.asp?2008/14/1/38/41934>
- MARYŠKOVÁ, A. O prestíži sesterského povolání. In *Sestra*. 2010, č. 2.
- MUSILOVÁ, M. Produktívny interaktívny proces medzi sestrou a pacientom. In *Ošetrovateľský obzor*. ISSN 0457-4214, 2004, roč.1, č.1-2, s. 9-13.
- RAKOVÁ, J. a kol. Implementácia Royovej modelu v súčasnej ošetrovateľskej praxi. In *Komplexná starostlivosť o človeka v hraničných situáciách*. Prešov: FZaSP bl.P.P.Gojdiča v Prešove, 2006. s. 183-186. ISBN 80-969449-1-6.
- SIMOČKOVÁ, V., ZAMBORIOVÁ, M. Chorobnosť sestier vo vzťahu k vybraným faktorom. In *Ošetrovateľstvo 21. storočia v procese zmien III*. [CD-ROM]. Nitra: UKF Nitra, 2009. s. 844-853. ISBN 978-80-8094-554-1.
- SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M., VARADYOVÁ, A. Stres v práci sestry v anesteziologickej a intenzívnej starostlivosti. In *Ošetrovateľství a porodní asistence*. ISSN 1804-2740, 2012, roč. 3, č.1, s. 340-347.
- SOVOVÁ, E. et al. Výskyt rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění u ošetrovateľského personálu. In *Pracovní lékařství*, 2005, roč.57, č.4, s.149-152.
- SÚAV ČR. Prestíž povolání – červen 2013. Tisková správa. Dostupné na internete: http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c1/a704/f3/eu130903.pdf
- ŠEBEKOVÁ, V. Najčastejšie pochybenia sestier. In *Sestra a lekár v paxi*. ISSN 1335-9444, 2010, roč. IX, č.1-2, s. 4-5.
- ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 80-7262-599-3.
- ŠTEFANOVIČ, J., GREISINGER, J. *Psychologie*. 3. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnícke nakladateľství, n.p., 1987, 256 s.
- ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovateľstve*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2005. 118 s. ISBN 80-8063-193-X.
- ŽIAKOVÁ, K. a kol. *Ošetrovateľský slovník*. Martin: Osveta, 2009, s.157. ISBN 978-80-8063-315-8.

KAM KRÁČA SOCIÁLNÝ PRACOVNÍK V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB?

Ferenčíková Ingrid

Dejiny sociálnej práce

Ak vychádzame z obsahu pojmu dejiny ako súhrnu minulých dejov, udalostí a ich opisu, potom môžeme definovať dejiny sociálnej práce ako vedný odbor, ktorý skúma vývoj teórie a praxe sociálnej starostlivosti, sociálnych inštitúcií, sociálneho zabezpečenia a sociálnej práce a ich vývinové trendy v jednotlivých historických obdobiach (Kováčiková in Tokárová, 2003). Podľa Kováčikovej predmet dejín sociálnej práce tvoria dva základné okruhy problémov - genéza a vývoj sociálnej práce ako praktickej činnosti, jej foriem, rozsahu a metód realizácie, a to v oblasti sociálnej starostlivosti, sociálneho zabezpečenia a sociálnych inštitúcií, prostredníctvom ktorých bola realizovaná, - genéza a vývoj sociálno-politických a sociálno-výchovných ideí a teórií, ktoré ovplyvňovali praktické riešenie sociálnych udalostí a ktoré tvorili ideové a teoretické východiská sociálnej práce (Kováčiková in Tokárová, 2003).

Definícia sociálnej práce

Medzinárodná federácia sociálnych pracovníkov definuje sociálnu prácu ako profesiu presadzujúcu sociálnu zmenu, riešenie problémov v ľudských vzťahoch, ako aj posilnenie a oslobodenie ľudí k zlepšeniu ich prosperity. Sociálna práca využíva teórie ľudského správania a sociálnych systémov, zasahuje v oblastiach, kde dochádza k interakcii ľudí s ich prostredím. Pre sociálnu prácu sú zásadné princípy ľudských práv a sociálnej spravodlivosti.

Vzdelávanie sociálnych pracovníkov.

S rozvojom sociálnej práce a sociálnej starostlivosti začala narastať potreba profesionálnych sociálnych pracovníkov, ktorí museli získať odborné vzdelanie. V ČSR to spočiatku bol desaťtýždňový kurz, usporiadaný Českou krajinou komisiou pre starostlivosť o mládež v roku 1917, v roku 1918 zriadila Česká krajinou komisia – Ženskú vyššiu školu pre sociálnu

starostlivosť s dobou štúdia 1 rok. Neskôr výučbu rozšírila na dvojročné pomaturitné štúdium a došlo aj k zmene názvu školy na Vyššiu školu sociálnej starostlivosti. Dôležitá bola **Masarykova štátna škola zdravotnej a sociálnej starostlivosti v Prahe**. Pôvodne bola zameraná na sociálno-zdravotnú oblasť, nemocničnú prax a prax v sociálnych a zdravotných inštitúciách. Masarykova štátna škola zdravotnej a sociálnej starostlivosti a nadstavbové školy vyššieho typu vychovávali sociálne pracovníčky pre celé územie ČSR republiky.

Stredné sociálne školy vznikali ako súčasť odborných škôl pre ženské povolania v Československu od roku 1926. V rokoch 1918 – 1948 sociálne pracovníčky pôsobili v týchto oblastiach: *starostlivosť o rodiny a jednotlivcov; starostlivosť o chudobných; sociálna a právna ochrana mládeže; ústavná starostlivosť; rekreačná starostlivosť; sociálna prvá pomoc; sociálne poradne; vystahovateľské stanice; nocľahárne; zaopatrovacie ústavy; prechodné útulky; poradenstvo pre voľbu povolania; poradenstvo osvetové, sociálno-zdravotné*. Po druhej svetovej vojne boli štátom zriaďované **štvorročné vyššie školy sociálnozdravotné**, do ktorých sa transformovali skoršie odborné školy pre ženské povolania. Orientované boli predovšetkým na zdravotnú a vychovávateľskú činnosť. V roku 1945 bola založená **Vysoká škola politická a sociálna** s tromi fakultami : politickou, novinárskou a sociálnou.

Sociálna politika a sociálna starostlivosť bola plne závislá na štátnych úradoch a bola nimi financovaná a organizovaná. Sociálnej starostlivosti sa nevenovala veľká pozornosť i preto, že sa predpokladalo, že všetky sociálne problémy, od chudoby a nezamestnanosti, cez prostitúciu, kriminalitu a násilie až po vojny, sú dočasné a zmiznú, podobne ako aj triedne rozdiely. Sociálna práca, ktorú skôr realizoval rad charitatívnych organizácií sa tak stala vlastne nežiaducou disciplínou.

Štát postupne prevzal charitatívne ústavy, detské domovy výchovné ústavy, ktoré boli riadené cirkvami. Zmeny sa dotkli i **sociálneho školstva**. Boli vytvorené školy stredného typu, tzv. **vyššie školy sociálno-zdravotné**, neskôr **vyššie školy špecializované pre výchovu stredného zdravotníckeho**

personálu, ktoré mali špeciálne vetvy pre vychovávateľky so sociálnym zameraním. Väčšinu absolventov zamestnávali Národné výbory, do ich agendy spadala vtedy problematika sociálna, lebo pracovali ako personálni či náboroví referenti v závodoch, ako referenti pre výchovu kádrov alebo ako vedúci mimoškolskej a mimopracovnej výchovy učňov. V zariadeniach sociálnych služieb bol sociálny pracovník väčšinou v pozícii administratívneho pracovníka, ktorý viedol depozitné účty obyvateľov zariadenia, sledoval využitie lôžkovej kapacity, obsadenosť zariadenia, v pozícii kultúrneho referenta, ktorý organizoval kultúrne podujatia, besedy, výlety. Dnes je v zariadeniach sociálnych služieb sociálny pracovník jednou z kľúčových osôb, ktorá môže v zariadení sociálnych služieb vo veľkej miere prispieť k napĺňaniu požiadaviek a očakávaní prijímateľov sociálnej služby (PSS). Zariadenia sociálnych služieb sa v dnešnej dobe snažia prispôbiť životné podmienky PSS tak, aby sa čo najviac priblížili životným situáciám a doterajšiemu spôsobu života PSS.

Kategorizácia rolí sociálneho pracovníka

Ak by sme kategorizovali role soc. pracovníka, budeme hovoriť o sociálnom pracovníkovi ako o:

- **úradníkovi** s potrebnými administratívnymi zručnosťami - zaznamenáva dôkladne a sústavne svoju prácu, spracováva a prezentuje správy (výročná správa), strategické dokumenty (Konceptia rozvoja zariadenia), eviduje žiadosti o poskytovanie sociálnej služby, vypočítava výšku úhrady za poskytnuté sociálne služby, eviduje vkladné knižky PSS, eviduje pohľadávky, písomne komunikuje s dotknutými inštitúciami, vytvára a vedie osobný spis PSS,
- **manažérovi** presadzujúcom politiku inštitúcie, zohľadňujúcom dôvernosť a osobný prístup jedinca, manažérovi, ktorý je schopný organizovať, monitorovať prácu, robiť časový rozvrh, pracovať s dostupnými technológiami, získavať informácie. Prihliadajúc na nedostatok finančných prostriedkov v mnohých ZSS sa ako mimoriadne závažné javia zručnosti vo využívaní zdrojov: vyhľadávaní a určovaní služieb, zostavovaní stratégie a plánovania. Sociálny pracovník manažér musí poznať význam a

tvorivo využívať zdroje, ktoré poskytujú zariadenia alebo sociálne siete, pri rozvíjaní služieb, vytváraní dlhodobých pozitívnych väzieb so zákazníkmi (PSS, ich rodinnými príslušníkmi, zriaďovateľmi, dodávateľmi), partnerskými organizáciami,

- **poradcovi** identifikuje, koriguje a rieši soc. problémy sprostredkúva pomoc pri riešení soc. problémov snaží sa zabrániť vzniku, vyhroteniu a opakovaniu sociálnych problémov, aktívne prispieva k zmenám sociálneho prostredia tak, aby sa rozvíjali sebaúcta PSS, jeho autonómia spoločenské interakcie, posilňuje schopnosť PSS rozhodovať o vlastnom živote.

V práci sociálneho pracovníka v ZSS je dôležité **Individuálne plánovanie**, ktoré mu pomáha v tom, čo má robiť. Najskôr sa oboznámi so situáciou prijímateľa sociálnej služby, s ktorým sa dohodnú na zmene a na tom aká bude lepšia situácia. Na základe týchto faktov naplánujú postup nápravy situácie a sledujú jej priebeh. V závere zhodnotia výsledky porovnaním novej situácie s určenými cieľmi (Johnová, 2011).

Kvalita poskytovaných služieb závisí od kvalifikácie pracovníkov, čím je táto kvalifikácia vyššia, tým je väčšia variabilita poskytovaných služieb, je zabezpečená aktivizácia prijímateľov sociálnych služieb prostredníctvom individuálneho plánu, ktorý je prispôsobený potrebám momentálneho a celkového zdravotného stavu PSS.

Levická (Mátel, 2011) uvádza, že predmetom plánovania sa stáva osobnosť prijímateľa sociálnej služby, jeho vzdelanie, sociálne vzťahy, pracovné zručnosti a návyky, sociálne zručnosti a kompetencie, zdravotný stav, hygiena a pod.

Individuálny plán je nástroj zameraný na zlepšovanie a udržiavanie čo najvhodnejšej úrovne kvality života prijímateľov sociálnych služieb, ich aktivizáciu a prekonávanie individuálnych problémov. Sociálny pracovník úzko spolupracuje s ostatnými odborníkmi, ktorí zvažujú, čo a v ktorej oblasti je pre prijímateľov sociálnej služby dôležité obnovovať, rozvíjať, posilňovať, či znovu vybudovať.

Podľa Malíkovej (2011) by mal pracovný tím pozostávať z: koordinátora, moderátora, sociálneho pracovníka, dôverníka PSS, aktivačných pracovníkov, fyzioterapeuta, ergoterapeuta,

psychológa. Spolupráca tímu má prebiehať: kontinúálne: - odovzdávanie informácií, s konzultáciami a výmenou skúseností, - podporovaním a pomocou pri riešení komplikovaných a náročných situácií (Malíková, 2011). Sociálny pracovník pri vytváraní individuálneho plánu spolupracuje s prijímateľmi sociálnych služieb a ich rodinou (Kamanová, 2010).

Terapeutovi - aktivizácia v zariadeniach sociálnych služieb prináša PSS pocit spokojnosti zo zmysluplného trávenia voľného času, dáva mu pocit užitočnosti a potrebnosti. Kvalita života PSS zariadeniach sociálnych služieb závisí na ich aktivizácii, je ovplyvnená subjektívnymi a objektívnymi faktormi, ktorými sú zdravotný stav, príjem umožňujúci uspokojovanie základných životných potrieb, dostupnosť sociálnych služieb. Je dôležité, aby sociálny pracovník využíval bežné denné činnosti k tréningu, s PSS plánoval úlohy, ktoré má počas dňa zvládnuť, zhrnul, vyhodnotil ich splnenie a ocenil jeho snahy, zaujímal sa o trávenie dňa PSS, o jeho bežné aktivity ako jedenie, stretávanie sa s inými ľuďmi. Z terapeutických aktivít sú v ZSS vhodné:

- **biblioterapia** je metóda psychoterapie, ktorá na liečebné účely využíva čítanie. Čítaním je účelne využívaný voľný čas, čítanie pomáha prekonávať depresívne stavy, duševnú krízu, je nápomocné pri riešení vnútorných či psychických konfliktov. Dôležitý je vhodný výber kníh, otvárajúci rozmyšľanie v rozhlade, vzbudzujúci záujem o svet, ovplyvňujúci spôsob myslenia seniora a rešpektujúci záujem seniora (Vallová, 2011).

- **arteterapia** v širšom zmysle liečba umením, prostredníctvom výtvarného umenia, hudby, poézie, tanca, čítania prózy. V užšom zmysle arteterapiu môžeme považovať za liečbu prostredníctvom výtvarného umenia. Jej zmyslom je produktívna činnosť seniora, zvyšovanie jeho sebavedomia nielen zo zmysluplného trávenia voľných chvíľ, ale predovšetkým z vlastnej kreatívnej činnosti. Výtvarné techniky sú pri skupinovej práci využiteľné počas celého roka, tematicky vhodné sú sviatky napríklad vianočné, veľkonočné, kedy sa využíva škála tradičných aktivít, ktoré súvisia s prípravami na sviatočné obdobia (Mlýnková, 2011).

- **muzikoterapia** je použitie hudby a hudobných prvkov školeným terapeutom s cieľom uľahčenia a rozvíjania

sebavyjadrovania, komunikácie, zmyslového vnímania, vzájomných vzťahov, pohyblivosti so zámerom napĺňania potrieb: sociálnych, mentálnych, kognitívnych, emocionálnych, telesných (Kantor, 2009).

- **rezonančná muzikoterapia** je liečenie pomocou hudby a zvuku, „zvuková akupunktúra“ dotýkajúca sa celého tela, pričom liečbu hudbou, hlasom a zvukom, môžeme považovať za najstaršiu holistickú disciplínu, ktorá je vo svojej tradičnej podobe zameraná na fyzické telo, z hľadiska muzikoterapie existujú tri dimenzie hudby: rytmus, melódia a harmónia (Solárik, 2008).

- **ergoterapia** je terapia, ktorá sa prostredníctvom zmysluplného zamestnávania usiluje o využívanie a zachovávanie schopností jedinca potrebných na zvládanie denných bežných, pracovných a rekreačných činností, pričom vyberáme činnosti, ktoré človek vykonáva počas svojho života a sú súčasťou jeho identity a životného štýlu.

- **cvičebné programy** pre udržanie fyzického zdravia seniorov sú dôležité pravidelné cvičenia podporujúce výkon srdca a pľúc, zlepšujúce koordináciu, zmiernujúce únavu, stimulujúce trávenie a metabolizmus. Cvičenia pre seniorov ako bežná chôdza, turistické vychádzky, plávanie, by mali byť zamerané na ich vytrvalosť a dynamiku, aby boli spriemerním dňa a nespôsobovali bolesť či únavu (Jančiová, 2004). Pri akýchkoľvek telesných aktivitách je dôležité zvažovať lokalitu, trasu, dostatočné osvetlenie, zdravotný stav, záťaž, teda dbať na bezpečnosť seniorov (Kačalová, 2002).

- **canisterapia** predstavuje novú formu terapie, ktorá využíva pozitívne pôsobenie psa domáceho na zdravie človeka. Pes vystupuje nielen ako priateľ človeka, ale aj ako jeho spoločník či dôverník. Táto forma terapie sa môže stať plnohodnotnou formou terapie najmä u seniorov a prispieť k zlepšeniu kvality ich života, nakoľko zvieratá sú pre nich prínosom po stránke fyziologickej, sociologickej a spoločenskej, ktorý nie je možné nahradiť tradičnou terapiou. Ich spoločnosť im ponúka zmysel života, lásku a citové puto (Hrozenská, 2008).

- **hipoterapia** je rehabilitačná metóda, využívajúca pohyb koňa spolu so psychologickým pôsobením jazdy človeka na koni, kde hlavný liečebný prostriedok je pohyb chrbta koňa pri pravidelnom kroku. Kôň svojim pohybom dráždi riadiace centrá, núti človeka k balansovaniu, čím dochádza k aktivácii kĺbov a svalov, mení stav centrálnnej nervovej sústavy, zlepšuje voľnú motoriku u jedinca (Nerandžič, 2006).

- **felinoterapia** je založená na kladnej interakcii medzi človekom a mačkou, felinoterapiu ponímame ako formu relaxačnej terapie, ktorá navodzuje pocit vyrovnanosti, pohody a pokoja. Mačka má svojim vrozeným darom empatie liečivú energiu, ktorá pomáha človeku ľahšie prekonať utrpenie a bolesť, pocit samoty, opustenia, či sklamaní, pomáha pri navodení duševnej rovnováhy prijímateľa sociálnych služieb (Hrozenská a kol., 2008).

- v špecializovaných zariadeniach a v zariadeniach pre seniorov má dôležité miesto **reminiscenčná terapia**, ktorá je zameraná na rozpomätávanie sa na minulosť prostredníctvom rôznych techník oživovania pamäti. Spomínanie môžeme považovať za súčasť života, počas ktorého odkrývame skutočnosti, ktoré nás poznačili ako aj svoju minulosť. V období senia je prirodzené, že aktívne činy ustupujú, do popredia sa dostávajú spomienky. Reminiscenciu môžeme považovať za techniku oživovania pamäti a proces rozpomätávania na minulosť. Počas reminiscenčnej terapie seniori spomínajú v skupine, kde nachádzajú spojenie medzi svojimi životnými skúsenosťami a skúsenosťami iných, čo je možné účelne využiť (Hrozenská a kol., 2008). Reminiscenčná terapia má za cieľ zlepšenie alebo udržanie súčasného stavu seniora tak, aby bol spokojný, aby ostala zachovaná jeho hodnota a dôstojnosť (Hrozenská, 2008).

- **validačná terapia** je vhodná pre prijímateľov sociálnych služieb, ktorí trpia demenciou a vo veľkej miere sú dezorientovaní. Jej základom je uznanie pravdivosti emócií a pocitov seniora, vniknutie do jeho vnútorného sveta, čím mu dávame pocity istoty, bezpečia a získavame jeho dôveru. Freilová (In: Hrozenská a kol., 2008) za všeobecné princípy validačnej považuje napríklad:

- jedinečnosť každého prijímateľa sociálnych služieb, vzácnosť každého prijímateľa sociálnych služieb, správanie každého prijímateľa sociálnych služieb má svoj zmysel a je odrazom fyzických, psychických a sociálnych zmien, zmena správania nastane u prijímateľa sociálnych služieb iba vtedy, ako to chce on sám, akceptácia každého prijímateľa sociálnych služieb.

Cieľom validačnej terapie je podľa Klimentovej (In: Hrozenská a kol., 2008) získanie vlastnej hodnoty, redukcia stresu, schopnosť riešenia konfliktov z minulosti, zlepšovanie komunikácie, samostatnosti.

- **tréning pamäti** je aktivizačný program zameraný na stimuláciu mozgu, čím spomaľuje proces prechodu choroby do vyšších štádií, ochorenie nepostupuje tak rýchlo, ako by postupovalo bez aktivizácie (Wirth, 2008).

Tréning pamäti je dôležitý pre zachovávanie kognitívnej zdatnosti do neskorého veku, prispieva k upevňovaniu celkového zdravia seniora, čo zvyšuje kvalitu a dôstojnosť jeho života, samostatnosť a sebestačnosť (Kuffová, 2011).

Vzdelanie sociálneho pracovníka

Sociálny pracovník pri výkone povolania rieši širokú paletu rôznorodých otázok a problémov. K najzávažnejším patria etické otázky a problémy (otázka vzťahu ku klientovi, otázka moci a kontroly). Sociálny pracovník potrebuje disponovať celým komplexom požadovaných teoretických poznatkov, praktických zručností, - sociálny pracovník musí mať ukončené minimálne I. stupeň VŠ v odbore sociálna práca alebo ukončené II. stupeň magisterské vzdelanie sociálnej práce a má záujem o celoživotné permanentné vzdelávanie. Absolvent študijného programu Sociálna práca je vybavený poznatkami teórie a praxe sociálnej práce, osvojí si koncepcie, teórie a metodiky sociálnej práce, bude vedieť analyzovať problematiku cieľov, obsahu, metód a foriem pomoci jednotlivcovi, komunite, skupine, pochopí rôznorodosť a komplexnosť príčin sociálnych problémov, dokáže odborne interpretovať ich sociálno -politicko-ekonomické a kultúrne súvislosti. Absolvent aplikuje základné poznatky psychologických, sociologických, filozofických, pedagogických,

ekonomických, právnych vied pri riešení sociálnych problémov. Nadobudne znalosti o úlohách verejnej správy, štátnej správy, samosprávnych orgánov a neštátnych subjektov v oblasti sociálnej práce a sociálnej politiky. Má také znalosti z oblasti sociálnej práce, psychologických a sociálnych vied a právnych disciplín, napríklad z ústavného práva, trestného práva, rodinného práva, práva sociálneho zabezpečenia a správneho práva, že môže vykonávať sociálnu prácu s osobami, ktorí majú problémy širokého spektra v rôznych sociálnych inštitúciách, ale aj v podnikovej sfére. Bude pripravený pre výkon sociálno-správnych činností, ako aj sociálno-právneho poradenstva prvého kontaktu, sociálnej diagnostiky a prognózovania, sociálnej prevencie, sociálno-právnej ochrany. Absolvent bude taktiež znalý foriem sociálnej pomoci, ako sú krízová intervencia, terénna práca, resocializácia, vyjednávanie a zastupovanie klienta, pomoc občanom v hmotnej a sociálnej núdzi ap. Bude metodologicky pripravený odborne a kriticky analyzovať problémy a v nadväznosti na to aplikovať primerané metódy, techniky a prostriedky pri práci v sociálnej sfére spoločnosti. Nadobudne tiež kompetencie zriaďovať, koordinovať a organizovať sociálne služby.

Osobnosť sociálneho pracovníka

Prvým, základným a tým najdôležitejším vkladom do vlastnej profesie je **osobnosť sociálneho pracovníka** pozostávajúca z týchto vlastností: vyrovnanosť, stálosť, empatia, citová stabilita, životný optimizmus, disciplína, spravodlivosť, obetavosť, flexibilita, tvorivosť, čestnosť, zodpovednosť, iniciatíva a dynamika. Podľa môjho názoru je dôležité pre sociálneho pracovníka jeho srdce, srdce láskavé, milujúce, plné nehy a pochopenia. Ak by sme načreli do dejín sociálnej práce, môžeme povedať, že je stará ako ľudstvo samo, postupne sa sociálna práca vyformovala do dnešnej podoby ako špecifickej odbornej činnosti, profesie s vlastnou teóriou a metodikou, technikami, prístupmi.

Schopnosti sociálneho pracovníka

Sociálny pracovník by mal disponovať týmito schopnosťami: identifikovať, korigovať a riešiť sociálne

problémy, sprostredkovať a koordinovať spoluprácu zainteresovaných subjektov, vykonávať činnosti v oblasti prevencie, vzniku a recidívy sociálnych problémov, podnecovať efektívne zmeny v oblasti sociálnej politiky od inštitucionálnej úrovne až po celoštátnu, podporovať potenciál klienta preberať zodpovednosť za seba a svoje okolie, - stimulovať sociálnu kohéziu (súdržnosť), aktívne sa zapájať do rozvoja poznania v oblasti SP, - riadiť činnosť pracovných tímov. Sociálny pracovník musí byť pripravený vykonávať odborné činnosti t.j. komunikovať a angažovať sa, posudzovať a plánovať, podporovať a pomáhať k sebestačnosti, zasahovať a poskytovať služby, pracovať v organizácii, rozvíjať profesionálne sociálne kompetencie.

Dôležité je, aby sociálny pracovník bol pripravený na prácu s klientom, aby bol pre klienta „tu a teraz“, aby bol pripravený pomôcť klientovi, aby si vedel pomôcť. Stručné predstavenie zariadenia sociálnych služieb v ktorom prebieha odborná prax študentov VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava Detašovaného pracoviska bl. Sára Salkházi v Rožňave.

SUBSIDIUM - Špecializované zariadenie, Zariadenie pre seniorov a domov sociálnych služieb Rožňava:

S dejinami Rožňavy úzko súvisí starostlivosť o chorých, starých, chudobných ľudí, siroty a opustené deti. Najstaršie stopy tejto starostlivosti siahajú až do 16. storočia. Z roku 1569 sú záznamy z fungovania mestského špitála, slúžiaceho ako sirotinec a dočasný domov chudobných. V minulosti práve zásluhou majetných ľudí, miest, obcí, dobročinných spolkov, cirkví nezostali ľudia odkázaní na pomoc druhých, sami so svojimi problémami. Chudobinec sa po stáročia zachoval, až do roku 1951, keď v júni Okresný národný výbor založil prvý domov dôchodcov, ako štátne účelové zariadenie sociálnej starostlivosti s počiatočným stavom obyvateľov 22. Postupne sa v zariadení budovali sociálne zariadenia, izby, kuchyňa, knižnica, altánok vo dvore. Poskytovanie sociálnych služieb sa rozvíjalo od poskytovania opatrovateľskej starostlivosti a minimálnej kultúrnej činnosti, postupným skvalitňovaním, čo sa prejavilo najprv prijatím prvých zdravotných sestier, neskôr prijatím prvej

sociálnej pracovníčky, ktorá zabezpečovala evidenciu, styk s úradmi, kultúrnu činnosť a iné. Od januára roku 1991, Okresný úrad v Rožňave zriadil zariadenie ako samostatnú rozpočtovú organizáciu a v apríli v roku 1992 sa presťahovalo na Betliarsku ul. č. 18, kde sú už možnosti poskytovania kvalitnejších sociálnych služieb. Koncom roka 1993 sa začali počítať a platiť úhrady za poskytované služby. V roku 1996 sa stal zriaďovateľom zariadenia Krajský úrad v Košiciach. V roku 1998 vyšiel zákon o sociálnej pomoci a v domove dôchodcov sa postupne rozširovala sociálna evidencia, vznikali nároky na kvalifikáciu a odbornú spôsobilosť zamestnancov. Ďalšia zmena nastala v júli roku 2002 kedy sa zriaďovateľom stal Košický samosprávny kraj a zariadenie sa stalo domovom dôchodcov a domovom sociálnych služieb.

Organizačnou súčasťou zariadenia sa stal útulok v Dobšinej. Bol to začiatok poskytovania služieb podľa individuálnych potrieb, postihnutí obyvateľov so zdravotnými postihnutiami. Už vtedy sa kládol dôraz na kvalitu poskytovaných služieb a hľadali sa štandardy kvality. Prvý monitoring kvality sa konal v roku 2004, ďalší v roku 2006. Výstupy z monitoringov priniesli postupné zavádzanie individuálnej práce s obyvateľmi, venovanie väčšej pozornosti práve najviac postihnutým obyvateľom, rozširovanie radu odborníkov v našom zariadení, čo znamenalo nutnosť vzdelávať a školiť sa, rozširovať a skvalitňovať sociálny úsek a dbať na kvalitné ošetrovatelstvo na zdravotnom úseku. V roku 2006 bola vytvorená prvá Koncepcia rozvoja zariadenia v zmysle Koncepcie rozvoja KSK. Ďalším medzníkom bol rok 2008, keď pod vplyvom nového zákona o sociálnych službách, podmienok kvality sme začali rozmýšľať o ďalšom smerovaní zariadenia. Smerovanie zariadenia pokračovalo v prospech kvalitnej starostlivosti o PSS. To znamená, že podľa dlhodobých prieskumov diagnóz PSS, sme dospeli k nutnosti špecializovať sa v ošetrovatelstve aj v sociálnej práci na ich najčastejšie diagnózy. V decembri 2010 sme získali certifikát, ktorý potvrdzuje, že sme zaviedli a používame systém manažérstva kvality v oblasti

Poskytovania celoročnej pobytovej sociálnej služby seniorom a občanom so zdravotným postihnutím.

Od 1. januára 2010 vzniklo zariadenie SUBSIDIUM – Špecializované zariadenie, zariadenie pre seniorov a domov sociálnych služieb, ktorého organizačnou súčasťou sa stalo zariadenie podporovaného bývania v Dobšinej, vzniknúce z útulku. Aj vznik tohto zariadenia podmienili potreby jeho prijímateľov sociálnych služieb, ktorým sme začali poskytovať aj sociálnu rehabilitáciu.

Od 1.1.2013 sa rozšírilo poskytovanie sociálnej služby v špecializovanom zariadení o ambulatnú formu, zmenilo sa miesto poskytovania sociálnych služieb v zariadení podporovaného bývania, zvýšila sa kvalita života prijímateľov sociálnych služieb zlepšením ich bývania, skvalitňovaním sociálnej rehabilitácie, zabezpečením a vykonávaním aktivačných prác.

Od januára 2014 budujeme kontaktné miesto Slovenskej Alzheimerovej spoločnosti, skvalitňujeme spoluprácu s rodinnými príslušníkmi prijímateľov sociálnych služieb, občanmi, ktorí sú v evidencii čakateľov o poskytnutie sociálnej služby. Poskytujeme odborné rady a informácie širokej verejnosti, prispôsobujeme sa potrebám obyvateľov regiónu, spolupracujeme s partnerskými organizáciami.

Čo znamená pre nás pojem SUBSIDIUM? Je to latinský výraz, ktorý v sebe zahŕňa niekoľko významov, ale predovšetkým sa jedná o plnovýznamové slovo, ktoré znamená: pomoc, výpomoc, asistenciu, oporu, podporu. Tieto významové pojmy plne vystihujú zameranie zariadenia pre poskytovanie sociálnych služieb. Názov „Subsidium“ nadčasovo vystihuje všetky atribúty činnosti zariadenia v súčasnosti, ale aj v budúcnosti. Chceme byť moderným poskytovateľom sociálnych služieb, ktorý dáva priestor pre seberealizáciu klientov, ale aj personálu ako podporného prostriedku pre zabezpečenie kvality života klientov a umožňuje plne využívať potenciál každého člena tejto komunity v prospech celku. Uvedený názov je pre nás zárukou a inšpiráciou. SUBSIDIUM Špecializované zariadenie, zariadenie pre seniorov a domov sociálnych služieb Rožňava je zariadenie

sociálnych služieb zriadené Košickým samosprávnym krajom, ako zariadenie s celoročným pobytom, s právnou subjektivitou, ktoré poskytuje starostlivosť dospelým poberateľom starobného dôchodku a dospelým občanom so zdravotným postihnutím – telesným, duševným, zmyslovým, s poruchami správania, kombináciou postihnutí. Kapacita zariadenia je 168 PSS, zariadenie je zmiešaného typu, žije v ňom približne 1/3 mužov a 2/3 žien. Predmetom činnosti zariadenia SUBSIDIUM je poskytovanie sociálnych služieb v súlade so zákonom č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách. **Zariadenie SUBSIDIUM ako špecializované zariadenie** poskytuje pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, sociálne poradenstvo, sociálnu rehabilitáciu, ošetrovateľskú starostlivosť, ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie a údržbu bielizne a šatstva, osobné vybavenie, zabezpečuje pracovnú terapiu a záujmovú činnosť a utvára podmienky na úschovu cenných vecí. Táto časť zariadenia vznikla 1.1. 2010 ako súčasť optimalizácie sociálnych služieb v zariadeniach KSK, reagujúc na potreby klientov, postihnutých predovšetkým **Alzheimerovou chorobou, demenciami rôzneho typu a etiologie**. Dôležitá bola príprava zamestnancov ku kvalitnému poskytovaniu **odborných služieb a terapií ako validačná terapia, reminescenčná terapia, bazálna stimulácia**. **Zariadenie SUBSIDIUM ako zariadenie pre seniorov** poskytuje pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, sociálne poradenstvo, sociálnu rehabilitáciu, ošetrovateľskú starostlivosť, ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie a údržbu bielizne a šatstva, osobné vybavenie, zabezpečuje záujmovú činnosť a utvára podmienky na úschovu cenných vecí.

Zariadenie SUBSIDIUM ako domov sociálnych služieb poskytuje pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, sociálne poradenstvo, sociálnu rehabilitáciu, ošetrovateľskú starostlivosť, ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie a údržbu bielizne a šatstva, osobné vybavenie, zabezpečuje pracovnú terapiu a záujmovú činnosť a utvára podmienky na úschovu cenných vecí.

Organizačnou súčasťou zariadenia SUBSIDIUM, ktorá nemá právnu subjektivitu je

Zariadenie podporovaného bývania, ktoré poskytuje dohľad, ubytovanie, sociálne poradenstvo, pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov, utvára podmienky na prípravu stravy a vykonáva sociálnu rehabilitáciu.

Náplň práce sociálneho pracovníka

SUBSI DIUM, ŠZ, ZpS a DSS Rožňa va	Náplň práce	Vydani	1
		Zmena:	0
		Účinnos	
		Strana:	1/1

Meno a priezvisko:

Pracovné zaradenie: **sociálny pracovník**

Tarifná trieda:

Kvalifikačné predpoklady: VŠ – I.stupeň

Skutočné vzdelanie:

Úsek : Proces HP 03 Sociálna práca

Priamy nadriadený: garantka pre sociálnu prácu

Na základe tejto náplne pracovnej činnosti :

1. Poskytuje pomoc prijímateľom sociálnej služby v nepriaznivej sociálnej situácii, Vykonáva skupinovú a individuálnu sociálnu prácu podľa (príslušná smernica).

Poskytuje sociálne poradenstvo v súlade s (príslušná smernica).

Podieľa sa na zostavovaní, plnení a vyhodnocovaní individuálneho plánu PSS v súlade s (príslušná smernica).

Vykonáva **tréningy pamäti** v súlade (príslušná smernica), **reminiscenčnú terapiu** v súlade (príslušná smernica). Podieľa sa na vyplácaní zostatkov dôchodkov a finančných prostriedkov za neprítomnosť v zariadení v súlade s (príslušná smernica).

Podľa potreby spolupracuje s rodinnými príslušníkmi PSS zariadenia. Podľa potreby spolupracuje s ostatnými úsekmi zariadenia. Organizuje kultúrne, spoločenské a športové podujatia

v súlade s (príslušná smernica). Koordinuje činnosť dobrovoľníkov v zariadení SUBSIDIUM v súlade so smernicou upravujúcou činnosť dobrovoľníkov. Stará sa o svoj odborný rast účasťou na odborných seminároch a vzdelávacích kurzoch. Zúčastňuje sa na odborných poradoch a seminároch. Zachováva mlčanlivosť o skutočnostiach, o ktorých sa dozvedela pri výkone práce, a ktoré v záujme zamestnávateľa nemožno oznamovať iným osobám, a to aj po skončení pracovného pomeru. Riadi sa **Organizačným poriadkom zariadenia a Pracovným poriadkom zariadenia SUBSIDIUM Rožňava, riadi sa zásadami SMK ISO 9001.**

Náplň práce inštruktora sociálnej rehabilitácie

SUBSIDIUM, ŠZ, ZpS a DSS Rožňava a	Náplň práce	Vydani	1
		Zmena:	0
		Účinnosť	
		Strana:	1/1

Meno a priezvisko:

Pracovné zaradenie: **Inštruktor sociálnej rehabilitácie**

Tarifná trieda:

Kvalifikačné predpoklady: ÚSV, kurz inštruktor sociálnej rehabilitácie

Skutočné vzdelanie:

Úsek: Proces HP 03

Priamy nadriadený: garant pre sociálnu prácu

Na základe tejto náplne práce zamestnanec:

Podieľa sa na zostavovaní, plnení a vyhodnocovaní individuálneho plánu prijímateľa sociálnej služby.

Formuje, upevňuje, prehľbuje a zachováva pracovné a praktické návyky a zručnosti prijímateľov sociálnych služieb v oblasti pracovných aktivít a pracovnej terapie, podieľa sa na estetizácii životného prostredia zariadenia (výzdoba zariadenia zodpovedajúca ročnému obdobiu, aktuálnym sviatkom, zhotovuje a aktualizuje nástenky v zariadení, zhotovenými výrobkami skrášľuje priestory zariadenia). Je nápomocná pri organizovaní

brigád v areáli zariadenia, vykonáva ergoterapiu. Je nápomocná pri vykonávaní skupinovej a individuálnej sociálnej práce. Vykonáva sociálnu rehabilitáciu u PSS vybraných garantkou pre sociálnu prácu a garantkou pre komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť. Podporuje samostatnosť, nezávislosť, sebestačnosť PSS. Pomáha pri nácviku zručností alebo aktivizovaní schopností a posilňovaní návykov pri sebaobsluže, pri úkonoch starostlivosti o svoju osobu (napr. ranná hygiena, kúpanie, obliekanie, vedenie PSS k dodržiavaniu hygienických návykov pri jedení, pomoc pri jedení), izbu (napr. ustielanie postele, starostlivosť o kvetiny na izbe).

Pomáha PSS pri vykonávaní jednoduchých úkonov – šúpanie ovocia, príprava nápoja, umytie šálky, príboru. Pomáha PSS pri základných sociálnych aktivitách – nácvik používania pomôcky, nácvik priestorovej orientácie a samostatného pohybu. Pomáha PSS pri rozvoji a udržiavaní sociálnej komunikácie. Vede PSS k dodržiavaniu Domáceho poriadku zariadenia SUBSIDIUM. Podľa potreby spolupracuje s rodinnými príslušníkmi PSS. Podľa potreby spolupracuje s ostatnými úsekmi zariadenia. Stará sa o svoj odborný rast účasťou na odborných seminároch a vzdelávacích kurzoch. Zúčastňuje sa na odborných poradách a seminároch organizovaných na v Procese HP 03. Zachováva mlčanlivosť o skutočnostiach, o ktorých sa dozvedela pri výkone práce, a ktoré v záujme zamestnávateľa nemožno oznamovať iným osobám, a to aj po skončení pracovného pomeru. Riadi sa **Organizačným poriadkom zariadenia SUBSIDIUM a Pracovným poriadkom zariadenia SUBSIDIUM Rožňava, riadi sa zásadami SMK ISO 9001**. V oblasti bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci, požiarnej ochrany a civilnej obrany dodržiava platné bezpečnostné predpisy. Za výkon svojej práce priamo zodpovedá garantke pre sociálnu prácu. Podľa pokynov nadriadeného plní ďalšie úlohy, ktoré zodpovedajú jej schopnostiam a dosiahnutej kvalifikácii.

Zoznam bibliografických odkazov

- DÁVIDEKOVÁ, M.2010. *Sociálna opora a sociálne služby v systéme sociálnej ochrany seniorov na Slovensku*: In Sociálni, ekonomické, právni a bezpečnostní otázky súčasnosti. Sborník príspevků konference. Praha:Soukromná vysoká škola ekonomických studií, s.r.o 600 s.ISBN 978-80-86744-84-1
Interné zdroje zariadenia SUBSIDIUM.
- JOHNOVÁ,M.2011. Individuální plánování – utajovaná síla sociální práce. In: Sociální práce/sociální práce. ISSN 1213-6204, 2012, roč. 11. 3/2011, s.5
- LEVICKÁ, J. 2007. *Metódy sociálnej práce*. Bratislava: SPN, 148 s. ISBN 978-80-10-00959-6.TEL, A. a kol.: *Etika sociálnej práce*. 2. doplnené a aktualizované vydanie. Bratislava : VŠ Z a SP sv. Alžbety, 2012. 264 s. ISBN 978-80-8132-045-3.
- MÁTEL, A. – OLÁH, M. – SCHAVEL, M.: *Vybrané kapitoly z metód sociálnej práce I*. Bratislava : VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2011. 214 s. ISBN 978-80-8132-027-9.
- MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- TOKÁROVÁ, A. a kol. 2003. *Sociálna práca*. Prešov: Akcent print, 573 s. ISBN 80-968367-5
- Zákon NR SR 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.
- ŽIAKOVÁ, E. a kol., 2011. *Sociálna práca. Teoretické východiská a praktické kontexty*. Košice: Filozofická fakulta ÚPJŠ, s. 286.ISBN 978-80-7097-870-2

EKONOMIKA A MANAŽMENT - PRECHOD OD FUNKČNÉHO USPORIADANIA NA PROCESNÉ V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Gálová Andrea

Konkurencia sa v oblasti poskytovania sociálnej služby zosilňuje a kľúčovým faktorom úspechu sa stáva spokojnosť prijímateľa sociálnych služieb. ZSS prechádzajú transformáciou, ktorá má zabezpečiť ich udržateľný rast aj v nasledujúcich obdobiach. Jedným z prostriedkov takejto transformácie ZSS je ich prechod na procesné riadenie. Procesný manažment sa stáva neoddeliteľnou súčasťou manažérskej praxe, ako alternatíva k tradičnému, funkčnému riadeniu a prinesie úplne nový pohľad na fungovanie organizácie a na uspokojovanie potrieb prijímateľa. **Cieľom** príspevku je teoretickým vymedzením pre budúcich vedúcich zamestnancov ZSS, najmä odborného personálu, prioritne pre sociálnych pracovníkov, ale aj ostatných zamestnancov vykonávajúcich priamu sociálnu prácu a zabezpečujúcich sociálne služby pre prijímateľov daného zariadenia sociálnych služieb, pre odbornú a laickú verejnosť zaujímajúcu sa o kvalitatívnu úroveň riadenia ZSS na maximálnej profesionálnej úrovni a to:

- a) praktické určenie metodiky zavedenia procesov v zmysle SMK v ZSS obsiahnutej v norme EN ISO 9001:2008/STN EN ISO 9001:2009
- b) zavedenie postupov, ktoré treba optimálne využiť pri samotnej implementácii SMK
- c) zmapovanie ekonomiky a manažmentu v ZSS pri zavedení SMK a v súvislosti s tým aj zmapovanie procesov ich analýza a vytvorenie procesnej mapy z pohľadu ekonomiky a manažmentu ZSS v optimalizovanej podobe
- d) zavedenia nových prístupov do praxe riadenia ľudských zdrojov
- e) zhodnotenie nákladov a prínosov implementácie SMK na procesné usporiadanie

f) plánovania a implementácie SMK certifikačným auditom. Na základe princípov SMK obsiahnutej v norme EN ISO 9001:2008/STN EN ISO 9001:2009 sa zameriame na procesy súvisiace s marketingom, manažmentom, ekonomikou a kvalitou poskytovania sociálnych služieb. Príspevok je zameraný smerom k požiadavkám na schopnosti manažérov ZSS orientované na budúcnosť, popismi manažérskych rol, základnými pojmami pri identifikácii procesov, definíciou a všeobecným modelom hodnotového reťazca, spôsobmi členenia procesov, zásadami, rozdielmi a porovnaním funkčného a procesného riadenia, analýzou a modelovaním procesov, procesným mapovaním, prístupmi a predstavíme prístupy a metódy ku zdokonaľovaniu procesov, na implementácii procesného riadenia a najmä na postup vypracovania a zavedenia systému manažérstva kvality v ZSS a ich členenie do etáp. Zdokumentovanie systému kvality s Príručkou kvality a s účelom jej vydania, formálnou úpravou, preverovaním, schvaľovaním, vydávaním a distribúciou Príručky kvality, ako aj zodpovednosťou a právomocou Manažéra pre kvalitu a interných auditorov. Návrhom je sieť hlavných, podporných a riadiacich procesov, zmapovanie procesov zavedených v ZSS a z vybraných procesov v zmysle navrhovaných zásad pre vyhodnocovanie monitorovania a merania procesov v ZSS prakticky ukázať cyklické hodnotenie procesov so vzorovými popismi procesov so špecifikáciou v ZSS.

Systém manažérstva kvality je realizovaný v zmysle požiadaviek normy ISO a zásadami manažérstva kvality, zodpovednosťou manažmentu, záväzkom manažmentu, zameraním sa na klienta, legislatívnymi požiadavkami, politikou kvality a cieľmi kvality. Veľmi dôležitou oblasťou je plánovanie systému manažérstva kvality, komunikácia, preskúvanie systému manažmentom, manažerstvo zdrojov, poskytovanie zdrojov, ľudské zdroje, vzdelávanie a kompetentnosť, povedomie a príprava zamestnancov, efektívnosť poskytovaných školení, infraštruktúra, pracovné prostredie. Veľký význam má aj plánovanie a realizácie služieb, plánovanie nákupu, proces nakupovania, plánovanie servisu, procesy týkajúce sa klienta, určenie a preskúvanie požiadaviek týkajúcich sa služieb,

komunikácia s klientom, monitorovanie a meranie – spokojnosť klienta, interný audit, monitorovanie a meranie procesov, monitorovanie a meranie služieb, riadenie nezhodného produktu/služieb, analýza údajov, zlepšovanie tj. trvalé zlepšovanie, plány kvality. Manažéri v ZSS v súčasnosti sú stále viac vystavení veľkému tlaku okolia, ktorý je vytváraný rýchlo sa vyvíjajúcimi a neustále sa meniacimi vonkajšími faktormi pôsobiacimi na nimi riadené organizácie. Globalizácia, rýchly rast nových konkurentov, dynamické tempo technologických zmien, zvyšujúca sa rýchlosť prístupu k informáciám, rast inovácií a rýchlosť a komplexnosť finančných operácií sú len niektorými z faktorov silne ovplyvňujúcimi úspešnosť ZSS na trhu. Meniace sa prostredie vyplavilo na povrch požiadavku adaptability ZSS. Jedinou „zložkou“ ZSS, ktorá má schopnosť sa meniť sú ľudia. Na tomto princípe stavali Pascal a Athos, ktorí tento fakt poňali komplexnejšie na základe „tvrdých S“ (stratégia, štruktúra, systémy) a „mäkkých S“ (štýl riadenia, spolupracovníci, schopnosti a všetky integrujúce spoločné hodnoty). **Najdôležitejšie schopnosti manažéra budúcnosti sú** strategické myslenie, odozva na zmenu a jej riadenie, orientácia na totálnu kvalitu, finančné riadenie. uľahčovanie aktívnej účasti spolupracovníkov, pochopenie úlohy informácií a informačnej technológie, verbálna komunikácia, organizačná citlivosť, hodnotenie rizika pri rozhodovaní Činnosť procesu je čiastková aktivita, ktorú obvykle vykonáva pracovník v rámci určitého procesu.“ Vstup procesu predstavuje „objekt, subjekt resp. stav objektu a subjektu pred pôsobením popisovaným procesom. Vstupom procesu môže byť napr. prijatá objednávka, prijatá faktúra, alebo príkaz či plán. Vstup procesu sa stáva predmetom pôsobenia procesu. Výstup procesu je „stav objektu po pôsobení popisovaného procesu (napr. uhradená alebo vrátená faktúra, odoslaná pošta, vybavená alebo zamietnutá žiadosť, vyskladnený materiál, hotový výrobok, pracovník prijatý na pracovné miesto, vyškolený pracovník, fungujúce zariadenie). Zdroje procesu predstavujú „všetky objekty nevyhnutné pre výkon aktivít. Základným zdrojom je vždy vykonávateľ aktivity, žiadna aktivita nemôže byť automatická, za nastavenie a kontrolu automatickej

aktivity je vždy niekto konkrétny zodpovedný – ten je v procese vykonávateľom. Často dochádza k zameraniu pojmov vykonávateľ a vlastník procesu: Vykonávateľ procesu je osoba, ktorá vykonáva určitú aktivitu. Vykonávateľ by mal byť jednoznačne identifikovaný, nie je vhodné používať všeobecné označenia. Vlastník procesu je osoba, ktorá zodpovedá za celý proces, definuje zodpovednosti za jednotlivé čiastkové aktivity a je zodpovedná za dodržiavanie uvedených postupov. Vlastníctvo procesu znamená proces navrhovať, identifikovať, merať, hodnotiť a zodpovedať za jeho efektívny priebeh. Vlastník procesu „riadi“ vedúcich jednotlivých tímov, z ktorých je proces zložený. Slovo „riadi“ však môžeme chápať skôr vo význame koordinuje, alebo koučuje, pretože procesné riadenie je založené na spolupráci a vzájomnej komunikácii. Fiala a Ministr“uvádzajú, že v úspešných zariadeniach je na vlastníkov procesov nahliadané ako na manažérov, od ktorých sa očakáva vizionársky prístup, majú dôveru a sú poverení riadením procesov, alebo priamo stotožnení s procesmi alebo subprocessmi, ktoré majú byť zdokonalené.

Proces môžeme chápať aj ako hodnotový (hodnototvorný) reťazec. Každý krok procesu by mal k poskytovaniu služby pridať určitú hodnotu. Klient je na začiatku i na konci hodnotového reťazca, ktorý definoval Porter. Hodnotový reťazec pozostáva z hodnototvorných činností.“ Podporné činnosti sú zamerané na podporu primárnych činností. Každé zariadenie predstavuje „súbor činností, ktorých účelom je navrhovať, vyrábať, predávať na trhu, dodávať a podporovať jeho výrobok čiže poskytovanie služby“. Funkčné riadenie predstavuje tradičnú formu riadenia v zariadeniach sociálnych služieb. Za základné funkcie sú považované: funkcia poskytovania sociálnych služieb, prevádzková alebo technická, ekonomická a personálna. Jednotlivé funkcie sledujú vlastné ciele a záujmy, ktoré však bývajú často rozporné. Pohľad funkčného riadenia je zameraný na organizačné jednotky, ktoré predstavujú uzatvorený celok. Procesný manažment predstavuje „spôsob riadenia, ktorý systematicky identifikuje vnútorné procesy a ich atribúty, vytvára podmienky pre ich efektívny priebeh, koordináciu, meranie a

neustále zlepšovanie, výsledkom ktorého je kvalitný produkt integrujúci požiadavky klienta a stratégiu organizácie. Základnou premisou procesného prístupu je, že príčinou prípadných problémov v organizácii sú zle koncipované a prebiehajúce procesy, ktoré je nutné preprojektovať, a pritom je nutné eliminovať všetky činnosti, ktoré neprinášajú hodnotu pre klienta. Princíp procesného riadenia je založený na maximálnej integrácii činností medzi jednotlivými organizačnými jednotkami, kde zásadnú inováciu predstavuje vnímanie procesu ako celku, pričom nie je rozhodujúce, či sa celý proces odohráva v jednej organizačnej jednotke, alebo prebieha naprieč celej organizácii. Procesné myslenie je založené na princípe vodorovného postupu, na rozdiel od funkčného, ktoré je založené na zvislej hierarchii. Rozdiel medzi procesným a funkčným riadením spočíva aj v definovaní zodpovedností. Kým vo funkčnom riadení je stanovená zodpovednosť za jednotlivé úseky, v procesnom riadení je definovaná zodpovednosť za každý proces. Poskytovanie služieb prišlo s novými požiadavkami – väčšou slobodou rozhodovania a zodpovednosťou zamestnancov. Procesný manažment umožnil znovu spojiť čiastkové operácie do procesov organizácie. Preferuje tímovú prácu, mäkké metódy riadenia a plochú organizačnú štruktúru. **Zásady procesného riadenia Fiala a Ministr“uvádzajú štyri zásady procesného riadenia pomocou, ktorých je možné realizovať rozvoj vlastnej organizácie, t.j. jedinečného prístupu k procesnému riadeniu:**

- a) Stanovenie strategického zámeru a cieľov , ktoré budú v rámci organizačnej štruktúry dôsledne oznamované smerom dole celou organizáciou pomocou stanovenia špecifických cieľov jednotlivých procesov a rozhodnutí na úrovni tímov a čiastkových organizačných jednotiek.
- b) Definovanie procesov a ich zmapovanie s dôrazom na kľúčové procesy, ktoré sú dôležité pre úspech a prežitie organizácie.
- c) Uplatnenie vlastníctva procesu vrcholového manažmentu ku zdokonaleniu procesov prostredníctvom osobnej zodpovednosti, stáleho nasadenia, nepretržitého oznamovania firemných

strategických procesných cieľov a tvorby rozhodnutia, ktoré sa zhodujú s procesným myslením.

d) Zmena organizačnej štruktúry organizácie znížením počtu komunikačných spojení a byrokracie pomocou podpory manažérskeho úsilia o zmapovanie procesov. Vyberú sa pracovníci jednotlivých funkčných úsekov, ktorí budú zodpovedať za analýzu procesov a tvorbu sústavy ukazovateľov, vyberie sa vedúci tímu, ktorý bude koordinovať prácu ostatných členov a viesť rokovania s externými poradcami (ak sú prizvaní), stanovia sa termíny jednotlivých fáz a etáp projektu a pridelia sa finančné prostriedky na tento projekt. **Analýza hlavných procesov** – firma musí určiť, ktoré procesy sú hlavné a vytvoriť zoznam týchto procesov. Analýza podporných procesov vstupujúcich do hlavných procesov – organizácia musí určiť, ktoré procesy sú podporné a opäť vytvoriť ich zoznam.

Analýza činností všetkých procesov. V tejto fáze je dôležité presne identifikovať činnosti, ktoré tvoria hlavné a podporné procesy. Tvorba sústavy ukazovateľov pre meranie a zlepšovanie procesov z hľadiska požiadaviek normy EN ISO 9001:2008/STN EN ISO 9001:2009 je táto fáza veľmi dôležitá, pretože definovaním sústavy výkonových ukazovateľov je možné do procesov transformovať stratégiu organizácie a požiadavky klienta a tieto procesy následne merať a zlepšovať. Tvorba procesnej mapy – po analyzovaní jednotlivých procesov, činností a stanovení výkonových ukazovateľov je potrebné vytvoriť procesnú mapu. Implementácia procesného manažmentu v zhode s požiadavkami normy ISO 9001:2000. V zásade má organizácia tri možnosti ako zasadiť procesné riadenie do existujúceho systému riadenia.

Základné znaky, ktorými sa procesný manažment odlišuje od funkčného:

1. orizontálne riadenie, pri ktorom sa využívajú málo hierarchické autonómne organizačné jednotky, ktoré majú medzi sebou silné horizontálne väzby. Vertikálna integrácia je zachovaná len pri kľúčových strategických a rozvojových činnostiach;
2. procesné tímy, ktoré majú značnú samostatnosť a pracujú na zásade podnikania v organizácii;

3. nový spôsob motivácie, ktorý je založený na kolektívnej motivácii a viaže sa na to, ako procesný tím prispieva k danej hodnote pre zákazníka „prijímateľa sociálnych služieb (klienta) „. Motivácia sa viaže na výsledky procesu a nie výkon činnosti. Zákazník „prijímateľ sociálnych služieb (klient)“ a jeho spokojnosť je hlavným meradlom výšky odmeny pre príslušný tím;

4. koučovanie nahradzuje doterajšie prikazovanie, mení sa úloha manažérov, pretože tímy pracujú samostatne a prikazovanie by ich prácu skôr brzdilo.

Procesné riadenie však nepredstavuje len úpravu existujúceho systému, ale je to zmena medzi dvoma úplne odlišnými spôsobmi riadenia. Hlavný dôvod, prečo majú organizácie s prechodom na procesné riadenie problémy, spočíva podľa Mládkovej v ľudských zdrojoch. organizácie sa často správajú, ako by sa jednalo len o zmenu organizačnej štruktúry, zavedenie novej technológie alebo strojov a predpokladajú, že ľudia sa procesnému riadeniu prispôbia sami. Jedným z hlavných problémov je taktiež i odpor ku zmenám, ktoré ľudia považujú za nepríjemné, ale i nebezpečné. Základom úspechu pri zavádzaní procesného riadenia je teda včasné pochopenie, že sa nejedná o technickú alebo organizačnú zmenu, ale o zmenu týkajúcu sa predovšetkým ľudského faktora. Dôležitým prvkom pre lepšie pochopenie a výrazné zlepšenie procesov je mapovanie procesov. Procesné mapovanie tvorí overený analytický a komunikačný nástroj, určený k optimalizácii terajších procesov a k zavedeniu novej procesne orientovanej štruktúry firiem. Je to vhodný nástroj procesného riadenia, ktorý je možno použiť k lepšiemu pochopeniu terajších firemných procesov a ku zrušeniu alebo zjednodušeniu tých procesov, ktoré vyžadujú zmenu. Proces je vždy modelovaný ako štruktúra vzájomne naväzujúcich činností, pričom každá činnosť môže byť samostatne popísaná ako proces. To, či činnosť je alebo nie je popísaná ako proces, závisí na potrebe zrozumiteľnosti modelu, obmedzení možnej veľkosti modelu a pod., teda nie na obsahu samotného procesu.

Jednotlivé činnosti neprebiehajú náhodne, ale na základe definovaných podnetov. Takýmto podnetom môže byť vonkajšia alebo vnútorná skutočnosť. Vonkajšie podnety sa nazývajú udalosti a sú z hľadiska procesu objektívne, pretože prichádzajú z vonkajšieho okolia procesu. Vnútorné podnety sa nazývajú stavy a sú z hľadiska procesu subjektívne. Stavy predstavujú situácie, v ktorých sa daná činnosť nachádza. Činnosti procesu na seba vzájomne nadväzujú. Tieto nadväznosti činností sú popísané pomocou väzieb, ktorými sú definované rôzne typové usporiadania činností v procese.“ Jedným z prínosov procesného mapovania je i lepšie pochopenie procesov a celkové zlepšenie všetkých podnikových činností a ich výkonov. **Základnú predstavu o procesnom mapovaní môžeme vyjadriť pomocou nasledujúcich kľúčových bodov:**

1. Porozumenie procesu pomocou vytvorenia procesnej mapy, ktorá graficky znázorňuje prvky (objekty alebo informácie) a činnosti.
2. Určenie, aké činnosti má systém vykonávať na základe toho, ako je systém k dosahovaniu týchto činností navrhnutý. Toto určenie musí byť z procesnej mapy jasne zreteľné.
3. Každá procesná mapa by mala byť vnútorne konzistentná a mať hierarchickú štruktúru s hlavnými činnosťami na najvyššej úrovni a detailmi, ktoré sú zobrazené na nižších úrovniach.
4. Pravidelné hodnotenie vývoja procesnej mapy a zaznamenanie všetkých rozhodnutí, ktoré slúži k zaisteniu toho, že procesná mapa maximálne odráža úsilie zodpovedného riešiteľského tímu. Procesné mapovanie na všeobecnej, najnižšej úrovni dekompozície procesu umožňuje: určiť hranice procesu – t.j. kde proces končí a kde začína, rozpoznať obsah procesu, pomenovať proces, stanoviť účel procesu spolu s jeho vstupmi a výstupmi, vytvoriť schéma priebehu procesu, či identifikovať produkty a služby procesu. **Procesné mapovanie môže byť tiež využité:** k identifikácii a popisu procesov v organizácii, k nájdeniu brzdiacich procesov alebo slabých miest, kde dochádza len k miernemu, alebo dokonca žiadnemu pridaniu hodnoty k výstupom vnútorných procesov, k popisu prepojení procesov medzi hranicami funkčne definovaných organizačných jed

notiek, k podpore manažérov pri rozhodovaní o uprednostnení opatrení, ktoré vedie ku zdokonaleniu procesu a pri rozhodovaní o pridelovaní zdrojov jednotlivým procesným aktivitám, k efektívnej komunikácii, ktorá uľahčuje výmenu informácií naprieč vnútornými i vonkajšími hranicami firmy.

Procesné riadenie a procesy v organizácii, táto fáza pozostáva z nasledujúcich krokov:

1) Dokonalé zoznámenie sa manažmentu organizácie s filozofiou a princípmi procesného riadenia a správne pochopenie, čo vlastne proces je. 2) Oznámenie zámeru manažmentu všetkým pracovníkom. Oznámenie zámeru má byť stručné a musí obsahovať jasnú deklaráciu podpory vedenia tímom, ktoré budú mapovať procesy a transformačným procesným tímom. Toto oznámenie odporúča uskutočniť formou internej smernice. 3) Určenie manažéra, ktorý bude zodpovedný za komunikáciu s pracovníkmi, odpovede na ich otázky a pripomienky a vysvetľovanie. Mal by to byť člen top manažmentu, ktorý vie jednať s ľuďmi a riešiť konflikty a súčasne má potrebné kompetencie. 4) Menovanie tímu, ktorý sa bude zaoberať mapovaním procesov. Autor odporúča, aby boli na túto prácu najatí externí spolupracovníci. V prípade, že sa manažment rozhodne využiť interných spolupracovníkov, má sa jednať o takých, ktorí nie sú príliš dlho späť s organizáciou, pretože by to mohlo znížiť ich objektivitu. 5) Popis procesov, pri ktorom autor odporúča postupovať smerom od klienta a postupne odkrývať celý proces. Proces je treba popísať až na jeho najnižšiu úroveň. 6) Rozdelenie procesov. Po popísaní procesov má organizácia ohodnotiť a podľa charakteru a dôležitosti rozdeliť procesy v organizácii. U každého procesu je treba určiť ciele, účel, vstupy a výstupy, akú hodnotu prináša pre klienta, aké sú jeho náklady a problémy, s ktorými sa stretáva a ktoré spôsobuje. 7) Vytvorenie procesnej mapy, z ktorej sú zrejme väzby a súvislosti medzi jednotlivými procesmi. 8) Návrh novej organizačnej štruktúry – v tejto fáze je vhodné vypracovať predstavu budúcej procesne orientovanej organizačnej štruktúry, teda cieľa, ktorého chce organizácia dosiahnuť. Transformačný tím je zodpovedný za zmapovanie a transformáciu ľudských zdrojov, čo umožní

organizácie vytvoriť si predstavu, akých má pracovníkov, a ktorí z nich by mohli byť vhodní ako manažéri, vlastníci procesov, či transformačných tímov. Vybraní pracovníci musia prejsť školením, kde im bude procesné riadenie podrobne vysvetlené a budú si pod dohľadom expertov môcť vyskúšať svoje znalosti v modelových situáciách. Pracovníci organizácie by mali byť rozdelení do skupín, ktoré budú vyškolené o procese, v ktorom budú pracovať. Odporúča sa postupný a nenásilný prechod z funkčného na procesné riadenie. Tento by mal prebiehať pozvoľne a byť koordinovaný z centra, klasické funkčné riadenie má zaisťovať chod organizácie, procesné riadenie a funkcie manažérov procesov sa majú stať postupne viac dôležitejšie, v nadväznosti na to, ako ľudia získavajú skúsenosti. Veľkým problémom tejto fázy môže byť dvojitá zodpovednosť. Procesné tímy majú právo sa rozhodnúť, kedy sa pracovníci určia k práci na procese do tejto práce zapoja. K zmene organizačnej štruktúry dochádza vo chvíli, kedy sa procesné riadenie stane všeobecne akceptovanou realitou. Čistá procesná štruktúra môže byť zavedená len v malých organizáciách alebo v organizáciách organizovaných výrobným spôsobom. Vo veľkých organizáciách sa bude jednať o kombináciu oboch štruktúr, kedy si organizácia zachová niektoré funkcie, ktoré budú mať hlavne podporný charakter. Problém v tejto fáze sa môže objaviť, ak organizácia nevystihne chvíľu, kedy je treba zmeniť funkčnú organizačnú štruktúru na procesnú. Organizácia sa môže príliš rýchlo preorientovať na mäkké prvky riadenia, bez toho, aby boli zamestnanci a manažment pripravení. Organizácie si neuvedomujú, že prechod od funkčného k procesnému riadeniu, má dve stránky – technickú a ľudskú. Účelom vypracovania a používania príručky kvality je dokumentovať systém kvality v ZSS, na základe princípov systému manažérstva kvality obsiahnutej v norme EN ISO 9001:2008/STN EN ISO 9001:2009.

Príručka slúži ako návod pre zamestnancov a súčasne, ako dokument na posúdenie spôsobilosti ZSS zabezpečovať stabilnú kvalitu svojich služieb a produktov, ako aj efektívneho fungovania systému kvality pre certifikáciu systému manažérstva kvality. Postupy dokumentované v príručke kvality sú predmetom

neustáleho dozoru a periodickej kontroly zo strany vedenia ZSS tak, aby výsledky činnosti a hlavne služieb, poskytovali dostatočnú záruku stabilnej požadovanej kvality pri racionálnom využití a zhodnotení vstupov tovarov, materiálu a energie. Opísaný systém manažérstva kvality je koncipovaný ako riadiaci systém s komplexným zohľadnením silných i slabých stránok ZSS s úsilím zabezpečiť dôsledným fungovaním systému prínosný synergický efekt pre klientov, pre vedenie ZSS, ako aj pre jeho zamestnancov. V systéme manažérstva kvality, vo vzťahu na požiadavky normy EN ISO 9001:2008/STN EN ISO 9001:2009 a na realizované činnosti jednotlivých pracovísk v rámci ZSS, sú aplikované všetky činnosti mimo návrhu a vývoja. Vedenie ZSS uplatňuje výnimku z požiadaviek – Návrh a vývoj predmetnej normy, nakoľko táto činnosť nie je relevantná pre ZSS. Koordináciu tvorby príručky kvality a jej vlastné písomné spracovanie, riadi manažér pre kvalitu. Na tomto procese priamo spolupracuje vedenie ZSS. Spracovaná príručka kvality musí byť pred nadobudnutím jej účinnosti schválená riaditeľom. Systém manažérstva kvality opísaný v "Príručke kvality" je záväzný pre všetkých zamestnancov ZSS a v primeranom rozsahu aj pre všetkých externých pracovníkov.

V ZSS sú zodpovednosti a právomoci zamestnancov určované v súlade s organizačným poriadkom. Konkretizované a špecifikované sú v pracovných zmluvách, opisoch pracovných činností a v riadenej dokumentácii. Podporené je to etickým kódexom. V prípade zmien, alebo vytvorenia nových pracovných miest musí byť vždy najprv vypracovaná zmena v organizačnom poriadku, vrátane organizačnej štruktúry. Zodpovedný za dodržiavanie tejto zásady je riaditeľ. Následne sú spracované opisy pracovných činností. Zodpovednosť za dodržiavanie tejto zásady majú vedúci úsekov v spolupráci s personalistom. Pre výkon tejto funkcie je riaditeľom menovaní zamestnanci do pracovnej pozície manažér pre kvalitu a interný audítor, ktorí majú v predmetnom menovaní definované právomoci a zodpovednosti pre zavedenie a udržiavanie systému kvality v súlade s normou EN ISO 9001:2008/STN EN ISO 9001:2009 sú zodpovední za funkčnosť systému kvality, vytvorenie postupov

aktualizácie a kontroly systému kvality. Rovnako sú zodpovední za podávanie správ o stave systému kvality ako podklad pre preskúmanie systému manažérstva kvality vedením a predkladanie návrhov na zlepšenie systému kvality. Manažér pre kvalitu a interný audítor musia v rámci svojej pôsobnosti zabezpečiť zvyšovanie povedomia zamestnancov o požiadavkách klientov. Formálna stránka úpravy jednotlivých výtlačkov príručky kvality musí byť vypracovaná podľa predpísanej formy a zviazaná tak, aby bola zabezpečená jednoduchá možnosť výmeny listov v prípade zmien v jej obsahovej časti. Pre identifikačné prvky textovej časti platia nasledovné zásady: Titulný list Príručky kvality – obsahuje názov ZSS, názov dokumentu, číslo výtlačku, číslo vydania, dátum vydania, dátum účinnosti, dátum a číslo prípadnej zmeny. Strany Príručky kvality – obsahujú názov dokumentu, číslo strany a celkový počet strán, názov ZSS, číslo vydania a číslo zmeny. V prípade, že sa jedná o príručku kvality v inojazyčnej mutácii obsahuje i meno a podpis prekladateľa a dátum prekladu. List zmien vedie manažér pre kvalitu. Preverovateľmi príručky kvality je vedenie ZSS, interní a externí audítori. Príručku kvality schvaľuje, po zrealizovaní a uzatvorení pripomienkového konania, svojím podpisom na titulnom liste prvého výtlačku Príručky kvality riaditeľ ZSS. Držiteľmi príručky kvality sú manažér pre kvalitu a riaditeľ ZSS. Po schválení príručky kvality spracovateľ zabezpečí potrebný počet výtlačkov. Distribúciu v súlade s rozdeľovníkom zabezpečí manažér pre kvalitu. U manažéra pre kvalitu je založený výtlačok, ktorého súčasťou je tiež originál rozdeľovníka podpísaný všetkými držiteľmi. Všetky výtlačky príručky kvality obsahujú rozdeľovník podpísaný zamestnancami, ktorých vedúci príslušného úseku (držiteľ výtlačku) riadi. Podpis v rozdeľovníku je potvrdením o dostatočnom oboznámení sa s príručkou kvality.

Príručka kvality bude v ZSS prednostne poskytnutá zamestnancom prostredníctvom informačného systému, avšak len s prístupovým kódom na čítanie. Rozmnožovanie príručky kvality mimo rozdeľovník môže vykonávať (zabezpečiť) len manažér pre kvalitu. Každý takto rozmnožený výtlačok musí byť reálne ďalší výtlačok, zaevidovaný v rozdeľovníku príručky kvality (vo

výtlačku u manažéra pre kvalitu). V prípade potreby príručky kvality pre externé subjekty, manažér pre kvalitu označí príslušný výtlačok nápisom „NERIADENÝ DOKUMENT“.

Výtlačok (pre externé subjekty) musí mať navyše na mieste čísla výtlačku uvedené meno držiteľa, prípadne organizácie a v rozdeľovníku treba uviesť názov a sídlo organizácie, pre ktorú bola príručka kvality vydaná. Kontrolu platnosti príručky kvality z pohľadu jej kompletnosti a aktuálnosti minimálne raz ročne vykonáva vedenie ZSS, alebo ním poverený pracovník. Priebežnú kontrolu aktuálnosti a platnosti vykonáva manažér pre kvalitu. Podnet na zmenu v príručke kvality dávajú zamestnanci prostredníctvom svojich vedúcich. Manažér pre kvalitu dáva podnet na zmenu aj na základe kontroly aktuálnosti príručky kvality vyplývajúcej z väzby na stratégiu a politiku ZSS ako aj zo zlepšovania systému manažérstva kvality.

Príručka kvality popisuje Organizačný poriadok a Organizačnú štruktúru v ZSS ako dokument, ktorý: **Organizačný poriadok:** a) upravuje postavenie a činnosť zariadenia, jeho organizačnú štruktúru, b) systém riadenia a kontroly, c) vzťahy a koordináciu činnosti s orgánmi verejnej správy, d) práva a povinnosti zamestnancov. **Organizačná štruktúra:** a) je samostatný dokument b) vydáva a aktualizuje ju riaditeľ po schválení zriaďovateľ c) Organizačná štruktúra v ZSS je prílohou Organizačného poriadku. Sieť hlavných, riadiacich a podporných procesov, ich hlavné nadväznosti, detailné popisy jednotlivých procesov so svojimi vstupmi, výstupmi, zodpovednosťami, kritériami pre monitorovanie a meranie sú definované a popísané v riadenom dokumente „Popisy procesov“. Zásady pre vyhodnocovanie monitorovania a merania procesov v ZSS **Pre systém monitorovania a merania procesov by mali platiť v zariadeniach sociálnych služieb nasledovné zásady:**

1. Vydávanie popisu procesov a ich následných zmien je realizované formou príkazu riaditeľa.
2. Zodpovedný za realizáciu procesu garantuje a zabezpečuje všetky činnosti v rámci konkrétneho procesu. Zodpovedá za účinnosť realizovania procesu vo všetkých súvislostiach. (Na poradu, kde sú hodnotené procesy neprichádza s nastolením

problému, ale s jeho analýzou a s návrhom jeho riešenia). 3. Procesy sú vyhodnocované v cykloch stanovených v jednotlivých procesoch na porade vedenia s tým, že zodpovedný za realizáciu procesu pred- nesie zhodnotenie celého popísaného procesu (môže byť aj verbálnou formou) z hľadiska jeho vykonávania, popísania, vhodnosti vstupov, správnosti výstupov a dosahovaných výsledkov (výkonnosti - úrovne, kreativity, komplexnosti a pod.).

4. Spracovanie podkladov a zhodnotenie výkonnosti procesov je nutné posudzovať vo vzťahu na kritériá procesov, alebo prípustnosť. Kritériá určujú nastavené ukazovatele monitorovania a prípadne aj merania procesov. Kritériá a prípustnosť (dimenzie) určujú medzné hodnoty, alebo žiadaný trend, alebo do akej hodnoty či stavu sa daný proces môže ešte dostať, aby bol prijateľne výkonovo akceptovateľný.

5. Podklady (ich rozsah a formu) pre vyhodnotenie do vedenia poskytujú, zodpovednému za realizáciu procesu ním určení zamestnanci.

6. Zodpovedný za realizáciu procesu musí predložiť návrh pre ďalšie obdobie (napr. ponechať bez zmien, doplniť vstup, zredukovať výstup s konkretizovaním).

7. Záver vyhodnotenia každého procesu musí obsahovať rozhodnutie o ďalšom postupe pre konkrétny proces.

8. Je vhodné využívať pri hodnotení procesov formulár „Cyklické hodnotenie procesov“

System manažérstva kvality je v ZSS realizovaný v zmysle požiadaviek EN ISO 9001:2008/STN EN ISO 9001:2009 tak, aby tvoril súčasť portfólia zariadenia pre trvalé zlepšovanie, pre vyrovnané hospodárenie, pre dosahovanie vyššej účinnosti a pre rast celkovej prosperity. Činnosť zariadenia je orientovaná na klienta, na jeho požiadavky a na jeho očakávania. Pre tento účel má definované riadiace, hlavné a podporné procesy v rámci celého diania v zariadení, ktorých zásady a postupnosti realizácie sú predmetom riadenej dokumentácie a určených kompetencií a právomocí. Priamu podporu systému manažérstva kvality predstavuje informačný systém pre promptné získavanie a odovzdávanie informácií z procesov, ktorý zároveň slúži pre

optimálnejšie a odbornejšie riadiace činnosti starostlivosti o klienta. Zdroje pre kvalitné zabezpečovanie systému manažérstva kvality, vrátane technických a ľudských zdrojov zariadenie realizuje v rámci položiek plánov pre príslušný rok a prostredníctvom systémového riadenia v zmysle ďalších ustanovení tejto príručky kvality. Systém monitorovania, merania a analyzovania procesov, ich výkonnosti, ako aj analýzy údajov v celom zariadení je predmetom záverov z hodnotenia systému manažérstva kvality vedením. Vedenie ZSS, na základe aj takto získaných poznatkov následne modifikuje celý systém manažérstva kvality. Systém manažérstva kvality je v súlade s normou STN EN ISO 9001:2008/STN EN ISO 9001:2009 dokumentovaný: príručkou kvality, legislatívnymi predpismi, politikou a cieľmi kvality v ZSS, sústavou riadenej dokumentácie vydávanej v ZSS v zložkách systému manažérstva kvality, sústavou internej a externej dokumentácie, so záznamami. Celá dokumentácia ZSS je pretransformovaná do elektronickej formy. Rozsah a systém riadenia dokumentácie a dokumentov, podľa druhu, je definovaný a popísaný v IS Riadenie dokumentácie. Riadenie záznamov – Pre zabezpečenie požadovanej úrovne kvality produktov a služieb je potrebné v ZSS viesť dokumentovateľné záznamy v registri záznamov na základe požiadaviek riadenej dokumentácie. Nakladané je s nimi v súlade s Registratúrnym plánom. Garantom za identifikáciu, vedenie, udržiavanie, čitateľnosť a dostupnosť vrátane procesov má byť manažér pre kvalitu. Archiváciu vykonáva samostatná účtovníčka pre evidencie majetku zariadenia. Každý vedúci zamestnanec a to na všetkých úrovniach riadenia, musí v rámci svojich kompetencií a kompetentnosti uplatňovať ako súčasť vlastnej činnosti na všetkých ním riadených pracoviskách nasledovné zásady:

Sústredovať dianie všetkých činností vo väzbe na plnenie požiadaviek klientov a hľadať možnosti plnenia ich očakávaní.

Vytvárať, udržiavať a neustále vylepšovať interné pracovné prostredie a motivačné prvky pre zamestnancov a zachovávať v celom dianí etický kódex. **Vhodne, vyvážené a efektívne zapájať zamestnancov** do plnenia cieľov, politiky a stratégie

zariadenia a do realizovania procesov a činností riadených pracovísk. **Orientovať riadenie činností** a všetkých druhov zdrojov do formy riadenia procesov tak, aby organizačná štruktúra nebola limitujúcim faktorom pôsobnosti procesov. **Racionálne - systémovo pristupovať** k procesom ZSS a k ich previazanosti vo väzbe na efektívnosť a účinnosť pre dosahovanie cieľov. **Nepretržite zabezpečovať meranie**, analýzu a zlepšovanie výkonnosti procesov v zariadení. **Rozhodovať na základe objektívnych a overených faktov** vyplývajúcich z analýz a informácií. **Budovať a udržiavať s dodávateľmi, vrátane interných**, dobré a vzájomne výhodné vzťahy. Súvisiaca dokumentácia: IS Riadenie dokumentácie, Procesy, Registratúrny poriadok.

Vedenie ZSS poskytuje dôkaz o svojom záväzku vypracovať a zaviesť systém manažérstva kvality s trvalým zlepšovaním jeho efektívnosti tým, že: buduje na každej úrovni dobré partnerské vzťahy, tak interné ako aj externé, oboznamuje zamestnancov a konzultuje s nimi dôležitosť splnenia požiadaviek klienta, ako aj požiadaviek predpisov vrátane legislatívnych. Určuje politiku kvality a zabezpečuje spoluúčasť pri jej tvorbe a jej dostupnosť pre všetkých zamestnancov. Vypracováva a aktualizuje ciele kvality. e) vykonáva pravidelné preskúmanie manažmentom. Zabezpečuje a garantuje dostupnosť všetkých druhov potrebných zdrojov. Orientácia na klienta je v ZSS prioritnou záležitosťou v práci celého zariadenia, čo je podporené zvyšovaním odbornosti, uplatňovaním etiky a zásad manažérstva kvality v spolupráci s klientom a zainteresovanými stranami, spôsobmi komunikácie s nimi a prijímaním objednávok, ďalej ich preverovaním a zabezpečovaním. ZSS udržiava sústavne proces vyhodnocovania a premietania skúseností profesionálov z oblasti sociálnych služieb do praktického života zariadenia, priebežnou komunikáciou so záujmovými skupinami. Zámerom je dosiahnuť optimálnu spokojnosť klienta orientáciou na neho a reagovať na jeho problémy. Zameranie na klientov v rámci systému manažérstva kvality zahŕňa aj ďalšie strany záujmových skupín. V ZSS je snaha plniť požiadavky a očakávania klientov a záujmových skupín vždy korektným spôsobom a tak sa vysoko

odlíšiť od konkurenčných subjektov - spôsobom merania a monitorovania spokojnosti klienta. Legislatívne požiadavky sú v ZSS zabezpečené IS Riadenie dokumentácie, pričom musí zohľadňovať potrebu efektívnej a účinnej zhody s maximálnym množstvom súčasných, ale i perspektívnych požiadaviek legislatívy, predovšetkým v spolupráci s externými odbornými zložkami a s ostatnými zainteresovanými stranami. Patria sem aj všetky zákonníky, nariadenia, normy a smernice, ktoré ovplyvňujú kvalitu poskytovaných sociálnych služieb, alebo kvalitu ich zabezpečovania. Zdokonaľovanie systému manažérstva kvality je základnou požiadavkou pre všetkých zamestnancov zariadenia, na všetkých úrovniach riadenia a výkonu akejkoľvek činnosti. **Prehlásenie vedenia ZSS k Politike kvality.**

Hlavným cieľom ZSS je dosiahnuť spoločnou prácou a službami plné uspokojovanie požiadaviek a očakávaní klientov a získať ich uznanie so súbežným dosiahnutím spokojnosti vedenia a zamestnancov zariadenia.

Vzhľadom na mimoriadne náročné prostredie v tejto sfére poskytovania služieb si plne uvedomujeme, že dosiahnuť tento cieľ je mimoriadne náročná úloha a vyžaduje pracovať len kvalitne a mať len kvalitné výstupy.

Pre napĺňanie tohto cieľa budeme účinne využívať schopnosti a um všetkých zamestnancov.

Budeme neustále iniciovať a vytvárať podmienky ich motivácie a spokojnosti, a tak podporovať synergický efekt v zlepšovaní našej súčasnej práce a nových aktivít.

Pre trvalé napĺňanie hlavného cieľa vedenie ZSS určilo aktuálne primeranú politiku kvality, ktorá je zverejnená ako samostatný dokument minimálne na dvoch frekventovaných miestach a sú s ňou preukázateľne oboznámení všetci zamestnanci zariadenia.

Zoznam bibliografických odkazov

BERKI, J., GÁLLOVÁ, A., SZOLNOKY, Š. *Ekonomika a manažment – prechod od funkčného usporiadania na procesné v Zariadeniach sociálnych služieb*, IRIS, 2014 ISBN : 978-80-89726-03-5.

FIALA, J.; MINISTR, J. *Průvodce analýzou a modelováním procesů*. 1.vyd. Ostrava : Vysoká škola báňská - Technická univerzita, 2003. 109 s. ISBN 80-248-0500-6.

MLÁDKOVÁ, L. Výběr metody řízení. In TOMÁNEK, J. *Sborník managementu změn a reengineeringu*. 1.vyd. Praha: Computer Press, 2001. s. 515 ISBN 80-7226- 428-1

ŘEPA, V. *Podnikové procesy: procesní řízení a modelování*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 265 s. ISBN 80-247-1281-4.

STANĚK, V. *Zvyšování výkonnosti procesním řízením nákladů*. 1.vyd. Praha: 5 Grada, 2003. 236 s. ISBN 80-247-0456-0.

TOMÁNEK, J. Kurs: Krizové a reengineeringové projekty změn, druhy změn. In TOMÁNEK, J. *Sborník managementu změn a reengineeringu*. 1.vyd.Praha: Computer Press, 2001. 515 s. ISBN 80-7226-428-1.

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB A ZARIADENIACH SOCIÁLNOPRAVNEJ OCHRANY DEŤÍ A SOCIÁLNEJ KURATELY

Hulková Viera

Úvod

Od 1. júla 2014 nadobudol účinnosť zákon SR č. 185/2014 z 24. júna 2014, 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. Zákon umožňuje poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti uhrádzanej zo zdrojov verejného zdravotného poistenia v zariadeniach sociálnych služieb a zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately. Ošetrovateľská starostlivosť sa musí poskytovať v súlade so štandardnými ošetrovateľskými postupmi.

Cieľ

Príspevok si kladie za cieľ oboznámiť s ustanoveniami zákona SR č. 185/2014 z 24. júna 2014, 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. Novelou zákona sa súčasne menia a dopĺňajú aj zákony: v čl. 2 sa týmto zákonom mení aj zákon 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. V čl. 3 sa týmto zákonom mení aj zákon 577/ 2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. V čl. 6 sa týmto zákonom mení aj zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou. V čl. 7 sa týmto zákonom mení aj 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. V čl. 7 sa týmto zákonom mení aj zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele. Zákon ustanovil aj novú formu poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorou je ošetrovateľská starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb a zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, pričom tieto sociálne zariadenia sa nemusia stať poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

§ 7 Formy poskytovania zdravotnej starostlivosti v zákone 576/2004 Z.z.: **Zdravotná starostlivosť sa poskytuje ako:**

a) ambulatná starostlivosť

1. všeobecná

1.1. pre dospelých

1.2. pre deti a dorast,

2. špecializovaná

2.1. gynekologická

2.2. zubno-lekárska,

3. špecializovaná iná,

4. záchranná zdravotná služba,

b) ústavná starostlivosť,

c) lekárenská starostlivosť,

d) ošetrovateľská starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb a v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately. Zákon 576/2004 Z.z. sa doplnil o prílohu č. 7, v ktorej je taxatívne uvedených 9 zdravotných výkonov, ktoré vykonávajú v zariadeniach sociálnych služieb a v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately sestry s odbornou spôsobilosťou a ktoré sa v plnej výške môžu uhrádzať zo zdrojov verejného zdravotného poistenia. Výkony môžu byť uhradené zo zdrojov verejného zdravotného poistenia len v prípade, že budú ordinované všeobecným lekárom, s ktorým má osoba uzatvorenú dohodu o poskytovaní všeobecnej zdravotnej starostlivosti.

1. Zdravotný výkon č. 3416 Aplikácia liečiva intramuskulárne, subcutánne. Výkon je hradený, len ak je indikovaný všeobecným lekárom, môže byť jednorazový alebo vyjadrujúci konkrétnu frekvenciu na určité časové obdobie.

Výkon zahŕňa prípravu liečiva, kontrolu liečiva, prípravu pomôcok, edukáciu pacienta, samotnú aplikáciu liečiva, kontrolu podania liečiva, starostlivosť o pomôcky, sledovanie pacienta po podaní liečiva vrátane sledovania účinku liečiva po jeho podaní a zápis do dokumentácie.

2. Zdravotný výkon č. 3419 Príprava a podávanie infúzie.

Výkon je hradený, len ak je indikovaný všeobecným lekárom, môže byť jednorazový alebo vyjadrujúci konkrétnu frekvenciu na určité časové obdobie. Výkon zahŕňa prípravu ordinovanej infúzie, kontrolu liečiv, prípravu pomôcok, edukáciu pacienta, zmeranie krvného tlaku a pulzu pred infúznou terapiou, samotnú aplikáciu, kompletne sledovanie pacienta počas podávania infúznej liečby, kontrolu podania infúzie, zmeranie krvného tlaku po podaní infúzie, starostlivosť o pomôcky, sledovanie pacienta po podaní infúzie vrátane sledovania účinku po podaní infúzie a zápis do dokumentácie.

3. Zdravotný výkon č. 3426 Odsávanie pacienta.

Výkon je hradený, len ak je indikovaný všeobecným lekárom, môže byť jednorazový alebo vyjadrujúci konkrétnu frekvenciu na určité časové obdobie. Výkon zahŕňa prípravu pomôcok, edukáciu pacienta, sledovanie dychovej frekvencie pred výkonom, samotné odsávanie a starostlivosť o tracheostómiu, sledovanie pacienta počas odsávania, kontrolu pacienta po výkone, zmeranie dychu po výkone, starostlivosť o pomôcky, sledovanie pacienta po výkone vrátane polohovania pacienta a zápis do dokumentácie

4. Zdravotný výkon č. 3422b Ošetrovanie dekubitu do 5 cm².

Výkon je hradený, len ak je indikovaný všeobecným lekárom, môže byť jednorazový alebo vyjadrujúci konkrétnu frekvenciu na určité časové obdobie. Výkon zahŕňa prípravu pomôcok, edukáciu pacienta, odstránenie použitého obväzu, očistenie rany vrátane očistenia okolia rany, posúdenie rany, vykonanie samotného preväzu, starostlivosť o pomôcky po výkone, sledovanie pacienta po preväze, kompletne polohovanie a zápis do dokumentácie.

5. Zdravotný výkon č. 3422c Ošetrovanie dekubitu nad 5 cm².

Výkon je hradený, len ak je indikovaný všeobecným lekárom,

môže byť jednorazový alebo vyjadrujúci konkrétnu frekvenciu na určité časové obdobie.

Výkon zahŕňa prípravu pomôcok, edukáciu pacienta, odstránenie použitého obväzu, očistenie rany vrátane očistenia okolia rany, posúdenie rany, vykonanie samotného preväzu, starostlivosť o pomôcky po výkone, sledovanie pacienta po preväze, kompletne polohovanie a zápis do dokumentácie.

6. Zdravotný výkon č. 3411 Čistenie a dezinfekcia tracheálnej kanyly. Výkon je hrađený, len ak je indikovaný všeobecným lekárom, môže byť jednorazový alebo vyjadrujúci konkrétnu frekvenciu na určité časové obdobie. Výkon zahŕňa prípravu pomôcok, edukáciu pacienta, sledovanie dychovej frekvencie pred výkonom, samotné čistenie a dezinfekciu tracheálnej kanyly, sledovanie pacienta počas odsávania, kontrolu pacienta po výkone, zmeranie dychu po výkone, starostlivosť o pomôcky, sledovanie pacienta po výkone vrátane polohovania pacienta a zápis do dokumentácie.

7. Zdravotný výkon č. 3404 Výživa pacienta sondou. Výkon je hrađený, len ak je indikovaný všeobecným lekárom, môže byť jednorazový alebo vyjadrujúci konkrétnu frekvenciu na určité časové obdobie. Výkon sa vykáže len v prípade, že vzhľadom na zdravotný stav pacienta musí byť podávaná strava pomocou nazogastrickej sondy v prípade, že pacient nie je schopný prijímať potravu sám. Výkon zahŕňa prípravu pomôcok, prípravu pacienta, edukáciu pacienta, samotné zavedenie nazogastrickej sondy, kontrolu správneho zavedenia nazogastrickej sondy, zaistenie nazogastrickej sondy, starostlivosť o pomôcky po výkone, sledovanie pacienta po výkone, starostlivosť o sondu a zápis do dokumentácie.

8. Zdravotný výkon č. 3423a Preväz rany veľkosti do 5 cm². Výkon je hrađený, len ak je indikovaný všeobecným lekárom, môže byť jednorazový alebo vyjadrujúci konkrétnu frekvenciu na určité časové obdobie. Výkon zahŕňa prípravu pomôcok, edukáciu pacienta, odstránenie použitého obväzu, očistenie rany vrátane očistenia okolia rany, posúdenie rany, vykonanie samotného preväzu, starostlivosť o pomôcky po výkone,

sledovanie pacienta po preväze, kompletne polohovanie a zápis do dokumentácie.

9. Zdravotný výkon č. 3423b Preväz rany veľkosti nad 5 cm2.

Výkon je hradený, len ak je indikovaný všeobecným lekárom, môže byť jednorazový alebo vyjadrujúci konkrétnu frekvenciu na určité časové obdobie. Výkon zahŕňa prípravu pomôcok, edukáciu pacienta, odstránenie použitého obväzu, očistenie rany vrátane očistenia okolia rany, posúdenie rany, vykonanie samotného preväzu, starostlivosť o pomôcky po výkone, sledovanie pacienta po preväze, kompletne polohovanie a zápis do dokumentácie. Ošetrovateľská starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb a zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately sa poskytuje osobám, ktorým sa poskytujú sociálne služby. Ošetrovateľskú starostlivosť poskytujú sestry ako zamestnankyne zariadení sociálnych služieb spĺňajúce podmienky na výkon zdravotníckeho povolania. Odborná spôsobilosť sestier v zariadeniach, v ktorých sa poskytuje sociálna služba plnoletým fyzickým osobám:

- sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v odboroch vnútorného lekárstva alebo
- sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v komunite alebo
- sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii.

Odborná spôsobilosť sestier v zariadeniach, v ktorých sa poskytuje sociálna služba deťom:

- sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v pediatrii alebo
- sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v komunite alebo
- sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii alebo
- sestra s vyšším odborným vzdelaním v študijnom odbore diplomovaná detská sestra.

Zariadenie sociálnych služieb je povinné ustanoviť najmenej jednu kvalifikovanú osobu zodpovednú za odborné poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. Požiadavky na odbornú spôsobilosť

zodpovednej kvalifikovanej osoby: vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa v študijnom odbore ošetrovateľstvo, päťročná odborná prax, odborná spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností:

a) v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v komunite, ak ide o zariadenia, v ktorých sa poskytuje sociálna služba plnoletým fyzickým osobám,

b) v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v pediatrii alebo v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v komunite, ak ide o zariadenia, v ktorých sa poskytuje sociálna služba deťom.

Zodpovedná osoba musí byť v pracovnom pomere k zariadeniu, jej činnosť môže vykonávať len v jednom zariadení sociálnych služieb a nesmie vykonávať činnosť odborného zástupcu u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Ak zariadenie, v ktorom sa poskytuje sociálna služba plnoletým fyzickým osobám, nemá v pracovnom pomere takúto fyzickú osobu, ktorá by mohla vykonávať činnosti zodpovednej osoby v tomto zariadení, môže túto činnosť vykonávať aj fyzická osoba, ktorá získala vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa v študijnom odbore ošetrovateľstvo, má päťročnú odbornú prax, má odbornú spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností v špecializačnom odbore psychiatria alebo v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v odboroch vnútorného lekárstva, najdlhšie však do 1. júla 2017. Ak zariadenie, v ktorom sa poskytuje sociálna služba deťom, nemá v pracovnom pomere takúto fyzickú osobu, ktorá by mohla vykonávať činnosti zodpovednej osoby v tomto zariadení, môže túto činnosť vykonávať aj fyzická osoba, ktorá získala vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa v študijnom odbore ošetrovateľstvo, má päťročnú odbornú prax, má odbornú spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností v špecializačnom odbore psychiatria, najdlhšie však do 1. júla 2017. Zariadenie, ktoré poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť, musí mať základné materiálne vybavenie a musí viesť ošetrovateľskú dokumentáciu v rozsahu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Zdravotné výkony ošetrovateľskej starostlivosti sa zo zdrojov verejného

zdravotného poistenia uhrádzajú na základe osobitnej zmluvy. Zdravotná poisťovňa má právo vykonať kontrolu kedykoľvek a bez predchádzajúceho oznámenia aj v zariadeniach sociálnych služieb, v ktorých sa poskytuje ošetrovateľská starostlivosť. Taktiež úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou vykonáva dohľad vzťahujúci sa aj na správnosť poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb a v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou je oprávnený týmto zariadeniam ukladať sankcie, podávať návrhy na uloženie sankcie a ukladať opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov alebo ukladať povinnosť prijať opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov. Ak úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou pri výkone dohľadu nad správnym poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb zistí, že ošetrovateľská starostlivosť nebola poskytnutá správne alebo ak zistí porušenie povinností tak podľa závažnosti zistených nedostatkov a ich následkov môže uložiť zariadeniu sociálnych služieb alebo zariadeniu sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately pokutu. Úrad môže uložiť zariadeniu sociálnych služieb a zariadeniu sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately pokutu až do výšky 9 958 eur.

Príloha č. 9 k zákonu č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách obsahuje základné materiálne – technické vybavenie na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti.

Záver. Podľa Inštitútu pre výskum sociálno-ekonomických rizík a alternatív je tento zákon diskriminujúci a zavádzajúci. Počet zdravotných výkonov klesol zo 44 na 9. Reálna potreba pre približne 40 000 klientov je však oveľa vyššia. IVRA nesúhlasí s názorom MZ SR, že boli vybrané na preplácanie najfrekventovanejšie výkony. Ročne by sa mali preplatiť zdravotné výkony asi za dva milióny eur, pričom reálne je potrebné uhradiť vyše 50 miliónov euro. Ak by sa hradili všetky ošetrovateľské výkony, spoluúčasť prijímateľov a ich rodín v prípade sociálnych služieb by sa znížila z 25 na 10 percent. Podľa zistení IVRA „bola v roku 2012 priemerná spoluúčasť jedného prijímateľa v zariadení pre seniorov 248 eur mesačne,

v domove sociálnych služieb pre dospelých s telesným postihnutím 271 eur mesačne a v domove sociálnych služieb pre deti s telesným postihnutím 242 eur mesačne."

Zoznam bibliografických odkazov

Dôvodová správa k novele zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve

JANÍK, B. 2014. Starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb. In *Zdravotnícke noviny*, 16.01.2014, č. 2, s. 7. ISSN 1335-4477. Starostlivosť sestier v zariadeniach sociálnych služieb má stáť 50 miliónov eur. Dostupné na: <http://www.pluska.sk/spravy/ekonomika/starostlivost-sestier-zariadeniach-socialnych-sluzieb-ma-stat-50-milionov-eur.html> [Citované dňa: 17.7.2014]

Zákon SR č. 185/2014 z 24. júna 2014, 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

SOCIÁLNE SLUŽBY POSKYTOVANÉ V PODMIENKACH ZACHOVÁVAJÚCICH ĽUDSKÚ DÔSTOJNOŠŤ

Hunyadiová Stanislava

Vývin psychických javov – normálnych i patologických – je determinovaný činiteľmi vnútornými a vonkajšími. K *vnútorným činiteľom* patria tie, ktoré vychádzajú z organizmu (činnosť a vlastnosti nervovej sústavy, činnosť žliaz s vnútorným vylučovaním, rast organizmu, zrenie, celkový a momentálny telesný stav, biologické potreby a pudy a hlavne dedičnosť). Hovoríme tu o biologickej determinácii. Pojmy zdedené a vrodené znaky a vlastnosti nie sú totožné. Termín vrodenosť má širší význam ako dedičnosť – do vrodených zahŕňame aj tie predpoklady, ktoré sú zdedené, aj znaky a vlastnosti, ktoré vznikli počas vývinu plodu vo vnútromaternicovom vývine. *Vonkajšie činitele* pôsobia na človeka z vonkajšieho prostredia. Ide o celý komplex činiteľov – prírodné prostredie, materiálne a kultúrne podmienky, v ktorých človek žije, ľudia, ktorí ho obklopujú. Hovoríme o sociálnej determinácii. Oba druhy vplyvov, vnútorné a vonkajšie, sa pri vývine akéhokoľvek psychického javu (normálneho i patologického) prelínajú. Každý psychický jav je ovplyvnený vnútornými aj vonkajšími činiteľmi a nie je možné presne určiť pomer, v akom sa tieto činitele na jeho vývine podieľajú. Ich podiel je rôzny v jednotlivých obdobiach vývinu (čím je dieťa mladšie, tým viac je jeho správanie určené vnútornými činiteľmi a postupne nadobúdajú prevahu činitele vonkajšie), ale je rôzny aj v jednotlivých oblastiach psychiky (jednoduché a fylogeneticky staršie psychické procesy, napr. vnímanie, emocionálnosť, sú relatívne silnejšie determinované geneticky, dedičnosťou, zatiaľ čo zložité a fylogeneticky mladšie psychické procesy, napr. intelektové schopnosti, sociálne správanie, závisia podstatne od faktorov prostredia).

Vývin psychiky človeka síce podmieňujú faktory biologické a faktory prostredia, ale iba nimi ešte nemôžeme

vysvetliť prežívanie a správanie človeka. Tieto faktory nepôsobia na človeka mechanicky a človek nie je iba pasívnym objektom, ktorý podlieha týmto faktorom. Biologické faktory a faktory prostredia sú iba podmienkami, ale človek sa vyvíja vo svojej praktickej a teoretickej činnosti, ktorá prebieha za určitých podmienok.

Príčiny psychických odchýlok a porúch správania.

Ak aplikujeme uvedené poznatky o činiteľoch vývinu, na vývin psychických odchýlok a porúch, môžeme tiež hovoriť o dvoch skupinách činiteľov – o vnútorných a o vonkajších činiteľoch. K *vnútorným činiteľom* vychádzajúcim z organizmu môžeme zaradiť napr. zdedenú slabosť nervovej sústavy, zdedené dispozície k rôznym chorobám, rôzne poškodenia telesných orgánov a hlavne mozgu vzniknuté vo vnútro maternicovom vývine. K *vonkajším činiteľom*, ktoré narušujú psychický vývin dieťaťa, môžeme zaradiť somatogénne a psychogénne faktory. **Somatogénne faktory** pôsobia na telesné orgány a funkcie a prostredníctvom porúch a odchýlok somatických, čiže telesných funkcií (rôznych chorôb alebo trvalých postihnutí) ovplyvňujú a narušujú aj psychiku. Psychické poruchy teda vznikajú sprostredkované, sekundárne. V tomto prípade telesná zložka organizmu ovplyvňuje psychickú zložku. **Psychogénne faktory** pôsobia priamo na psychiku a vychádzajú zo sociálneho prostredia. Nazývame ich aj náročné životné situácie alebo záťažové situácie, akými je strach, interpersonálne vzťahy a stres. Náročné životné situácie síce mobilizujú organizmus, vedú k zvýšeným svalovým výkonom, podnecujú človeka k učeniu, k hľadaniu nových riešení, vedú k vyšším výkonom intelektuálnym, citovým a vôľovým, ale na druhej strane ich permanentné stupňovanie vedie k nežiaducim stavom a reakciám až k agresivite. Psychické odchýlky, poruchy a choroby vznikajú multikauzálne. Sú takmer vždy podmienené súhrou mnohých činiteľov, ktoré sa navzájom prelínajú. Len výnimočne sú spôsobené jediným patogénnym faktorom. Aj pri poruchách platí, že u niektorých je vyššie zastúpenie vnútorných činiteľov (napr. mentálna retardácia alebo schizofrénia), zatiaľ čo u iných sú najdôležitejšie

psychogéne faktory (napr. neurotické poruchy, poruchy osobnosti).

Pojem frustrácia nie vyvolaný objektívnymi (alebo subjektívne tak chápanými) neprekonateľnými prekážkami vznikajúcimi na ceste k dosiahnutiu cieľa. Samotné podnety a situácie (prekážky) vyvolávajúce frustráciu nazývame frustrátory alebo frustrujúce okolnosti. Prekážky môžu byť z hľadiska umiestnenia vonkajšie, prítomné v okolí jednotlivca alebo vnútorné, prítomné v ňom samom a z hľadiska aktivity pasívne, pôsobiace svojou prítomnosťou či aktívne, prejavujúce sa ako sila vynakladaná protismeru snahy jednotlivca. Kombináciou oboch hľadísk dospejeme k štyrom druhom prekážok: externá pasívna, externá aktívna, interná pasívna, interná aktívna. Frustrácia je jav bežný, dokonca aj žiaduci, pretože človeku pomáha vyburcovať sa k lepšiemu výkonu a tak lepšie rozvinúť jeho schopnosti. Ak sú však frustrátory intenzívne, prípadne pôsobia dlhodobo, môžu pôsobiť na psychiku a správanie človeka negatívne. Frustračnú situáciu musí človek nejako riešiť. Má niekoľko možností: submisívne vzdanie sa, podľahnutie situácii, subjektívne zmierenie sa, prekonanie prekážky zvýšeným úsilím, obídienie prekážky, hľadanie náhradného cieľa, únik z frustračnej situácie, prijatie straty. Reakcie na frustráciu môžu byť dvojaké, zamerané proti frustrujúcim podmienkam (útok) a vedúce preč z frustrujúcej situácie (únikové), keď sa človek už nesnaží dosiahnuť cieľ.

Psychická deprivácia je už osobitným, individuálnym spracovaním podnetového ochudobnenia, ku ktorému dospelo dieťa v depriváčnej situácii – je psychický stav. Keďže dôsledkom a prejavom deprivácie je tiež neuspokojenie nejakej potreby ako pri frustrácii, niektorí autori považujú depriváciu za určitý druh frustrácie. Nie je to presné, lebo pri frustrácii existujú podnety nevyhnutné na uspokojenie potreby, človek sa ich svojou činnosťou aj snaží dosiahnuť, získať, ibaže na tejto ceste dosahovania cieľa sa mu objaví prekážka. Pri deprivácii takéto podnety nie sú, prípadne sú nedostatočné. Frustrácia sa týka uspokojenia aktivovanej potreby, zameranej už na cieľ, pri deprivácii nie je vôbec daná príležitosť uspokojiť potrebu, a to

dlhú dobu. Dlhodobá frustrácia prechádza v depriváciu, frustrujúca situácia je často úvodom do deprivácie situácie.

Príčiny psychických odchýlok a porúch:

- hyperprotektívny vzťah príliš ochraňujúci vzťah s hyperprotektiou a stálym dohľadom nad dieťaťom, nepúšťanie ho do detského kolektívu v dôsledku čoho u dieťaťa je potom sociálna nezrelosť alebo neskôr aj neurotické poruchy;
- ambivalentný vzťah – striedanie zvýšenej starostlivosti (maznanie) a jej nedostatku (bitka, posmievanie) napr. u hysterických matiek (u detí sa tým narúša istota a vzbudzuje ne priateľskosť);
- nedostatočný, chudobný vzťah – dieťa je ponechané príliš samo na seba, nemá dostatok prirodzených kladných citových vzťahov (dôsledkom môže byť u detí sklon ku klamstvu, neistote, nedôvere), banálnych vzťahov (vzťahy rodič – dieťa, vzťahy medzi súrodencami, vzťahy so životným partnerom, s priateľom apod.), jednak v oblasti širších sociálnych vzťahov (susedské vzťahy, triedny kolektív, vzťahy medzi spolužiakmi, medzi spolupracovníkmi).

Odolnosť voči stresu je vyššia u ľudí, ktorí sa aktívne zapájajú do práce a spoločenského života, viac sa orientujú na výzvu a zmenu a majú pocit, že môžu viac ovplyvňovať priebeh udalostí svojho života.

Agresivita – impulzívne prejavenie hnevu a zlosti, deštruktívne jednanie, bežná reakcia na frustráciu. Je sklon k hrozbe alebo útočnému konaniu voči: a) veciam, majetku vlastného alebo cudzieho (rozbíjanie, ničenie, premiestňovanie); b) zvieratám; c) ľuďom; d) sebe. Agresívne správanie je sociálne neprípustné. Jeho dĺžka, frekvencia a intenzita narušuje súžitie so spoločnosťou. Veciam, zdraviu a životu je nebezpečné. **Agresia** – výpad útok.

Stupne agresie: **a) navonok sa** prejaví ako sčervenanie, zaťatie zubov alebo škripanie zubami, zblednutie, stereotypné tiky alebo iné úkony, používanie výhražných gest a pohybov, znížená kontrola emócií - plače, kričí, škrieka, vrieska, dupe nohami, búcha do vecí, hádže sa o zem; **b) prejaví sa slovne,**

nadvákami alebo kliatím, vyhrázkami; c) prejavy deštrukcie alebo rozbíjanie predmetov; d) prejavy fyzického násillia

Agresia voči sebe - rôzne spôsoby ublíženlia si na zdraví – ťáhanie alebo vytrhávanie si vlasov, bitie hlavou alebo inou časťou tela o zem alebo do vecí, hryzenie si rúk a nechťov, hádzanie sa o zem, rozškriabanie akejkoľvek rany, prílišná sebakritika až nenávisť voči sebe, nekritické prijímanie negatívnych výrokov ostatných, poruchy prijímania potravy, úvahy o sebevraždě a sebevražedné pokusy a iné

Agresia voči druhým - používanie výhražných gest a hrubých výrazov, znevažovanie iných napr. vyplazovaním jazyka, obťažovanie a prekážanie, pľutie, štípanie, škriabanie, hryzenie, strkanie, škrtenie, kopanie, údery a bitie druhého, hrozivé pohyby – zaháňanie sa po niekom, prenasledovanie niekoho so zámerom udrieť, hádzanie predmetov do druhých, používanie predmetov a zbraní proti druhým.

Agresia voči veciam, majetku patriace jemu alebo iným - trhá, páre, prederavuje a žuje oblečenie, trhá časopisy, knihy a osobné veci, znečisťuje veci, správanie sa ku nábytku - kope, ničí, zhadzuje, prevracia ho, rozhadzuje predmety, rozoberá a poškozduje veci napr. hračky, rozbíja okien, upcháva toalety,

Formy agresívneho správania: verbálna agresia; fyzická agresia. **Typy agresívneho správania z dvoch hľadísk.**

Agresia podľa toho, čo ju vyvoláva môže byť reaktívna agresia. Jej príčinou je vonkajšia okolnosť, ktorá vyvoláva afekt a nepriateľstvo. Jej cieľom je útok na inú osobu, spôsobiť jej bolesť, ublížiť jej alebo ju poškodiť. Často je reakciou na utrpenú agresiu alebo ohrozenie. Proaktívna agresia jej cieľom je dosahovanie špecifických pozitívnych neagresívnych cieľov. Patrí sem nevyprovokované donucovanie, získavanie dominancie, tyranizovanie a iné.

Agresia podľa účelu môže byť agresia afektívna (emocionálna). Jej pozadie tvorí silný negatívny emocionálny stav zlosť vyvolaný provokujúcim podnetom. Jej cieľom je poškodenie obete, spôsobenie bolesti, poníženie **PROVOKUJÚCI PODNET → ZLOSŤ → AGRESIA.** **Agresia inštrumentálna,** ktorej cieľom je dosiahnuť svoj cieľ, uspokojiť

svoje potreby a to poškodením obeť (v športe dosiahnutie víťazstva, pozícia, peniaze, jedlo atď.)

Druhy agresíí podľa A. Bussa: - agresia priama a nepriama (poškodenie vecí, majetku iného, využívanie medzičlánku na poškodenie, patrí tu aj vzťahová agresia napr. vylúčenie zo skupiny, izolácia, vyhrážanie ukončením vzťahu, klebety, ohováranie); - aktívna a pasívna

Ďalšie triedenie agresíí: náhodné ublíženie - nechcené ublíženie; zámerné ublíženie - ublíženie v snahe dosiahnuť svoj cieľ napr. hračku; hostilné správanie - ublíženie ako prejav nepriateľstva Zvláštny typ agresie, ktorý trvá dlhší čas je **tyranizovanie**, šikanovanie, mobbing. **Okolnosti priamo vyvolávajúce agresiu** (agresívna reakcia – boj o prežitie)

- situačné podnety, utrpená a prežívaná bolesť, frustrácia, nespravodlivosť, ohrozenie, napadnutie, utrpené poškodenie
- personálne faktory – vyvolané procesy, zvýšená aktivačná úroveň (pravdepodobnosť správať sa agresívne) hluk, vysoké teploty, cvičenie, preľudnenosť, zlosť, sledovanie filmov a video hier s prezentujúcou agresiou, mechanizmus napodobňovania, rozhodovanie a iné.

Faktory podporujúce agresiu: biologické faktory: dedičnosť, nízky obsah cukru v krvi, fungovanie nervového systému, biochemické procesy, testosterón; alkohol a drogy; environmentálne faktory – vysoká teplota; sociálne faktory – informačné médiá TV film, video hry, sociálne prostredie; osobnosť a agresívne správanie – osobnostné črty - charakteristika

Zdroje agresie: **1.** agresia ako reakcia na nenaplnenie základným telesných a psychických potrieb (Maslowova pyramída potrieb); **2.** agresia ako prejav potlačených emócií (hnevu, zlosti, smútku, beznádeje a pod.); **3.** agresia ako dôsledok nadmerne starostlivej výchovy (nenaplnenie niektorých prianí detí); **4.** agresia ako napodobňovanie (sociálne vzory, médiá); **5.** agresia voči sebe – sebapoškodzovanie (nedostatok sebaúcty a seba prijatia); **6.** agresia ako norma v skupine. **Ďalšie faktory:**

Telesné a fyziologické zmeny v organizme, pocity choroby, epilepsia, telesné postihnutie, vedľajšie účinky lieku,

závislosti, zvýšená citová a emocionálna aktivita, stiesnenosť, úzkosť, beznádej, strach, panika, neschopnosť vyjadrovať špecifické potreby prostredníctvom reči, posunkov alebo gest, nadmerná potreba mať vždy pravdu, mať vo všetkom prednosť, hluk, neznáme prostredie, zvuky kuchynských a domácich spotrebičov (vysávač, práčka), náhle a nečakané zvuky strojov auta, kosačky na trávu, štekot psa, zvonenie, osvetlenie, nedostatočná alebo prílišná stimulácia, farby, zasadací poriadok, sterilné prostredie, nepredvídateľné zvyky, nerešpektovanie súkromia, osobného priestoru, škola, zmena v rutínach, nepochopenie kontextu, zdroje- peniaze, fyzická sila, prístroje, agresívne správanie v rodine, absencia mužského prvku v rodine, stretnutie s neznámymi ľuďmi, nepochopenie požiadaviek, ktoré kladie okolie. V záťažovej situácii človek používa rôzne obrany. Cieľom týchto obranných reakcií je obnovenie, resp. uchovanie psychickej pohody a rovnováhy. Obranné reakcie vychádzajú z dvoch základných fylogeneticky veľmi starých mechanizmov, ktorými sú *únik* a *útok*. Preferencia určitého variantu nie je náhodná. Závisí od osobných dispozícií každého jednotlivca (hlavne temperamentových, ale aj od úrovne inteligencie), od jeho minulých skúsenosti sa a človek má tendenciu opakovať ju, stane sa základom jeho obrannej stratégie, ktorá má trvalejší charakter) aj od sociokultúrnej skúsenosti (každá spoločnosť určité obranné stratégie preferuje a iné potláča).

Útok je aktívna obrana. Je zameraný proti ohrozujúcej a neprijateľnej situácii a znamená tendenciu bojovať s touto situáciou. Má rôzne formy: *agresia* (najčastejšia reakcia; podľa formy prejavu môže byť fyzická, brachiálna alebo častejšie slovná, verbálna; podľa objektu, ktorého sa agresia týka, môže byť zameraná na iných ľudí, na okolité predmety alebo na seba, tzv. autoagresia), *upútavanie pozornosti* odlišným, nápadným správaním, napr. šaškovanie, vyťahovanie sa, vyrušovanie, *hyperkompenzácia* (zvýšené až prehnané úsilie o prekonanie prekážok a ťažkostí v určitej oblasti a snaha vyniknúť v tejto oblasti, napr. športovanie po úraze). *Únikové* obranné reakcie vedú preč z ohrozujúcej situácie, ktorú človek nedokáže riešiť iným, lepším spôsobom, s ktorou sa nevie vyrovnáť. Tieto

obramné reakcie fungujú väčšinou nevedomene. Patria tu: *faktický, reálny únik*, napr. záškoláctvo, odchod z vysokej školy, útek do choroby, odchod z rodiny, *únik do fantázie* – pomáha nahradiť neznesiteľné zážitky inými, ktoré sú uspokojujúce, hoci nie sú reálne, *racionalizácia* – neúspech je vysvetľovaný prijateľnejšie, ale nie presne, nie pravdivo; človek niekedy bagatelizuje cieľ, *represia* – potlačenie a vytesnenie do podvedomia, popretie ťažkostí, nepriznanie si neúspechu, tzv. motivované zabudnutie, *detská lož, regresia* – pokles správania na nižšiu vývinovú úroveň, návrat do raného detstva, primitivizácia správania, opakovanie a upevnenie predošlých infantilných a stereotypných spôsobov riešenia problémových situácií (človek sa správa stále týka aj vnímania, pozornosti a myslenia vo vzťahu k stresoru, *projekcia* – človek premieta vinu za svoje ťažkosti a problémy do niekoho iného; je to tendencia prisudzovať svoje vlastnosti a postoje iným ľuďom, *substitúcia* – nahradzovanie jedného cieľa (nedosiahnuteľného) iným, ktorý človek môže dosiahnuť, *rezignácia* – apatia, človek je pasívny, všetko vopred vzdáva, pretože uspokojenie považuje za nedosiahnuteľné, *izolácia* – dištancovanie sa od vonkajšieho sveta.

Príčiny psychických odchýlok a porúch. Psychické obranné reakcie môžu byť z hľadiska zamerania: *extropunitívne*, zamerané navonok, voči okoliu, osobám, napr. odsudzovanie okolia, agresivita voči okoliu, zlosť a nepriateľstvo, *intropunitívne*, zamerané dovnútra, napr. sebaobviňovanie, agresivita voči sebe, pocity viny a výčitky svedomia, *impunitívne*, netrestajúce, napr. ospravedlnenie seba a okolia, zľahčovanie a bagatelizovanie, rozpačitosť. Agresivita má často korene v nesprávnych výchovných postupoch v rodine. Výchovu je potrebné postupne prispôbovať veku dieťaťa, aby sa životná energia stala pozitívnou silou vo vzťahoch s ostatnými, aby dieťaťu v dospelosti umožnila získať povolanie, založiť rodinu a naučiť vychovávať svoje deti. Pre vývoj detskej agresivity je dôležité sociálne prostredie dospievajúcich a ich postavenie v rodine – to, ako dospievajúci svoje postavenie medzi dospelými vnímajú. Agresivita je súčasťou ľudskej prirodzenosti. Zohráva

veľkú úlohu vo vývoji dieťaťa. Úlohu rovnako veľkú ako láska. Úlohou výchovy nie je agresivitu celkom odstrániť, ale usmerniť ju, aby bolo možné mobilizovať túto energiu na dosiahnutie pozitívnych cieľov tak pre seba, ako aj pre ostatných. Zvládanie stresu (coping). Stres je prežívaný ako niečo nepríjemné, preto je človek motivovaný k tomu, aby urobil niečo na zmiernenie alebo odstránenie nepríjemného stavu. Proces, ktorým sa človek snaží vyrovnať so stresovými situáciami, sa nazýva *zvládanie* alebo *coping* (Atkinsonová a kol., 2003). Zvládanie (coping) teda znamená zvýšenú tendenciu zbaviť sa subjektívne nepríjemných prejavov psychickej i fyziologickej aktivácie, zvládnuť ich alebo ich aspoň zmierniť. Existujú dva základné spôsoby zvládania (copingu), J. Křivohlavý ich nazýva *stratégie zvládania* životných ťažkostí:

- Zvládanie zamerané na problém, resp. na *riešenie problému* - človek sa zameriava na určitý problém alebo situáciu a skúša nájsť spôsob ako ich zmeniť alebo ako sa im v budúcnosti vyhnúť.
- Zvládanie zamerané na emócie, resp. na *zlepšenie emocionálnej bilancie*- človek sa zameriava na zmiernenie negatívneho prežívania, teda emócií spojených so stresovou situáciou, hoci k zmene samotnej situácie nemusí dôjsť. Stratégie zamerané na emócie nemenia stresovú situáciu, ale menia spôsob, akým ju osoba vníma alebo akým o nej premýšľa.

Existujú rôzne techniky zvládania agresivity a stresu. Psychická podpora a záujem iných ľudí nám umožňujú lepšie znášať stres. Ľudia s mnohými sociálnymi väzbami (partner, priatelia, príbuzní, členovia rôznych skupín) menej podliehajú chorobám vyvolaným stresom než ľudia, ktorí ich majú málo (Atkinsonová a kol., 2003). Blízki ľudia nám môžu poskytnúť podporu mnohými spôsobmi – môžu posilniť naše sebedomie tým, že nás majú radi, aj keď máme problémy, môžu nám poskytnúť potrebné informácie a rady, spoločná pomoc. Pomoc iných ľudí znižuje naše pocity bezmocnosti a posilňuje našu dôveru v schopnosť zvládnuť situáciu. Okrem hľadania sociálnej opory v období stresu sa ľudia môžu naučiť iné techniky, ako znížiť negatívne vplyvy stresu na ich psychiku a organizmus. R.L.

Atkinsonová a kol. (2003) uvádzajú behaviorálne techniky (biologická spätná väzba – biofeedback, relaxačný tréning, meditácia a cvičenie) a kognitívne techniky. Křivohlavý (2002) používa pojem *taktiky zvládania* životných ťažkostí a uvádza tieto: relaxácia, dychové cvičenia, imaginácia, meditácia, hudba, beletria, humor a pod.

Podmienky pre upokojenie a relaxáciu klientov – formy terapií, relaxačných cvičení, hudby, snooleezen miestnosť.

Každý mentálne postihnutý jedinec je svojbytný subjekt s charakteristickými osobnostnými rysmi. Napriek tomu sa u väčšiny z nich prejavujú určité spoločné znaky, individuálne prispôbenie závisí na druhu mentálnej retardácie, na jej rozsahu a hĺbke. Mentálna retardácia sa klinicky prejavuje hlavne spomalenou chápavosťou, jednoduchosťou a konkrétnosťou úsudkov, nedostatočnou slovnou zásobou a neobratnosťou vo vyjadrovaní, zníženou logickou pamäťou, citovou vzrušivosťou, zvýšenou potrebou uspokojenia a bezpečia, poruchami v interpersonálnych skupinových vzťahoch a v komunikácii a v neposlednej rade zníženou schopnosťou až neschopnosťou komparácie a vyvodzovania logických vzťahov (Švarcová, 2003). Poškodenie neuropsychického vývoja osôb s mentálnym postihnutím prináša mnoho zvláštností v jednotlivých stránkach osobnosti. Vzhľadom k týmto špecifikám klientov je potrebné vytváranie podmienok pre upokojenie a relaxáciu, využívanie terapií a relaxačných cvičení.

Terapia telesných, duševných porúch. Ide o liečebnú pedagogiku v praxi, ktorá sa zameriava na hľadanie možností pomoci klientom. Vychádza z dôkladnej diagnostiky klienta. Navrhovaná terapia sa realizuje prostredníctvom cvičení, alebo komplexného programu. S klientom sa pracuje podľa povahy jeho problému individuálne, alebo v skupinách. Hlavným kritériom pri rozhodovaní o forme práce s klientom, je predpokladaný prínos pre klienta.

Druhy terapií sa delia na kuratívne – vedúce k uzdraveniu a paliatívne – zmierňujúce problémy klientov. Terapie delíme podľa charakteru na fyzioterapiu, farmakoterapiu, chirurgiu a

psychoterapiu. V špeciálnej pedagogike obsahuje terapeutické a reedukačné prvky.

Fyzioterapia zahŕňa celý rad terapií, z ktorých sa najčastejšie používa Vojtovu metódu založená je na globálnych vzorcoch - pohybov vpred; - loptičková facilitácia – komplexná masážna metóda facilitujúca nádych a inhibujúca výdych, pôsobí na hladké svalstvo.

Ergoterapia je súbor činností, prevažne pohybových schopností, spojených s pôsobením na psychiku, zameraných na odstránenie alebo zmiernenie dôsledkov postihnutia. Dôležité je vychádzať z lekárskeho nálezu o rozsahu a príčinách poškodenia, nadväzovať na liečbu. Súčasťou ergoterapie je vybavenie klienta rôznymi kompenzačnými pomôckami a nácvik ich používania. Je potrebné počítať s nedostatkami v oblasti motivácie činnosti a psychomotorického výkonu. U klientov s ťažkým postihnutím býva pracovná terapia aplikovaná samostatne.

Psychoterapia je metóda, ktorá využíva psychologické prostriedky. Napomáha klientovi spoznať samého seba, rozvíja ho, obohacuje, smeruje k pocitu vlastnej realizácie.

Zaujímavé miesto majú tzv. umelecké terapie, hlavne arteterapia a muzikoterapia, ďalej dramaterapia, tanečná a pohybová terapia či biblioterapia. Zvláštne postavenie medzi terapiami majú miesto terapie so zvieratami v ktorých sa prelínajú prvky fyzioterapie a psychoterapie.

Hipoterapia je založená na báze fyzioterapie (stimulácia kožná, reflexné zložky – mimovoľné stabilizačné mechanizmy, odpor - cvičenie proti odporu, reflexy voľné – obranné proti pádu, preťahovanie svalových skupín – uvoľňuje a posilňuje oslabené svalové skupiny) a na báze psychoterapie (pozitívny emočný náboj, nové hodnoty, nadviazanie vzťahu k živému tvorovi, posilnenie sebavedomia a prekonanie sa.) Hipoterapia je metóda, ktorá sa často uplatňuje pri práci s klientami s kombinovanými vadami, postihnutiami.

Canisterapie pri ktorej dochádza k pôsobeniu psa na človeka. Z hľadiska fyzioterapie tvorí pes aj súčasť rehabilitácie (napomáha precvičovaniu niektorých častí tela, prekonávanie pohybových bariér v snahe o kontakt so psom). K psychickým

efektom patrí nadviazanie kontaktu so zvierateľom (pes je spoľahlivý zdroj citových podnetov), vytváranie kladného vzťahu, pomoc pri nadviazovaní kontaktu s inými ľuďmi. Umelecké terapie vychádzajú z tej formy terapie, ktorá sa snaží dosiahnuť pozitívne zmeny patologického myslenia, emócií, učenie vzťahom a prežívania. Všeobecným cieľom týchto terapií je: posilňovanie motivácie k pozitívnej zmene, zníženie tenzií, budovanie komunikačných zručností, podpora sebareflexie, reálneho sebahodnotenia a sebaovládania, celková socializácia osobnosti, uvoľnenie kreativity, relaxácia, odreagovanie sa a uvoľnenie, rozvoj motorických schopností, rast schopnosti vnímať umenie

Arteterapia predmetom arteterapie je klient a jeho výtvarná produkcia. Výber techník a tém sa riadi podľa situácie. Výtvarná činnosť je forma komunikácie medzi klientom a terapeutom, okolím. Symbolická komunikácia sa využíva k terapeutickým zámerom. Arteterapia je psychoterapeutický postup. Opiera sa o výtvarné prejavy klientov ako o hlavný liečebný prostriedok je liečba umením. Výtvarné techniky sa používajú preto, aby klientom uľahčili vyjadrovanie ich pocitov, odhaľujú osobnostné rysy klienta. Počas výtvarného vyjadrovania sa dochádza k mimovoľnému zlučovaniu klientových vedomých a nevedomých tendencií.

Muzikoterapia je liečebné používanie prostriedkov hudobného umenia (melódia, harmónia, rytmus, dynamika, tempo a druh taktu). Pri muzikoterapii je najväčšou výhodou nonverbálna komunikácia. Hudobná rovina komunikácie ponúka možnosti symbolického vyjadrenia pocitov. Pocity naplnené strachom a obranné pocity, ako je blízkosť, kontakt alebo dotyk, môžu byť v hudobnej improvizácii znázornené najprv symbolicky –blízkosť a vzdialenosť vo vzťahu k druhým ľuďom budú jasné, známe. Hudba umožňuje transverbálne vyjadrenie výpovedí. Ide v nej o prijatie účasti na vzniku zvuku ako improvizácia inštrumentálna, pohybová a hlasová. Aktívna muzikoterapia sa sústreďuje na prácu s rečovým, dramatickým či výtvarným prejavom. V receptívnej muzikoterapii ide o počúvanie živej, či reprodukovanej hudby. Klient získava dva druhy zážitkov. Na

jednej strane získava pomoc pri vyrovnaní sa s neznámym zvukom, na druhej strane sa vďaka opakovaniu hudba stane známou a prináša uvoľnenie . Tak sa vytvárajú sluchové návyky pre určité situácie. Uplatňujú sa hlavne skladby, ktoré majú na klientov ukludňujúci, stimulujúci vplyv, dochádza k regenerácii. Pri terapii sa likviduje únava, tlmia sa negatívne emócie ako zlosť, nechut', agresia. Vhodná hudba zlepšuje sebavedomie, pomáha vytvoriť príjemnú atmosféru, podporuje pamäť.

Snooleezen je kombináciou holandských slov "snuffelen" - čuchať, prenesene skúmať, a "doezelen" - driemať, voľne relaxovať. Prvýkrát ho použili koncom roku 1970 dvaja holandskí terapeuti - Jan Hulsegge a Ad Verheul. V angličtine sa presadil názov multisenzorické prostredie, ktoré sa začína častejšie používať aj v iných krajinách. Snoezelen je miestnosť, alebo komplex viacerých miestností s kontrolovaným prostredím pre jednotlivé zmysly, ovplyvňujúce primárne zmysly (zrak, sluch, hmat, chuť a čuch) použitím svetelných efektov, dotkových plôch, meditačnej hudby rôznych chutí a vôní, tmavá miestnosť s penovou rohožou na podlahe, a vzormi svetiel rotujúcich po stenách. V nej hrá upokojujúca hudba s príjemnou vôňou zo zariadenia pre aromaterapiu. Príťahujúce časti svetelného zariadenia, ktoré lákajú dotknúť sa a reagovať na ne. Účinok miestnosti je relaxačný i povzbudzujúci súčasne. Jeho cieľom je zámerne pôsobiť na zmysly človeka prostredníctvom rôznych stimulátorov a stimulovať ho tak k mentálnej a fyzickej aktivite na jednej strane a privádzať jeho myseľ a telo do stavu upokojenia a sústredenosti či relaxácie, na strane druhej. Je teda založený na snahe poskytnúť zmyslové skúsenosti v kontrolovanom prostredí. Je zameraný rovnako na celkové uvoľnenie klientov, ako i na individuálnu úpravu kvality ich života.

Podmienky pre upokojenie a relaxáciu klientov

Metódy na odvedenie pozornosti sú čmáranie po papieri; pospevovanie; počúvanie upokojujúcej a obľúbenej hudby; zámerné znižovanie precitlivelosti a zvyšovanie jeho odolnosti.

Konštruktívne spôsoby riešenia krízových situácií zachovanie úcty k sebe a k druhým; rešpektovanie pravidiel; používanie

efektívnej komunikácie najmä spätnej väzby; asertivita; interakčné hry a sociálne cvičenia; pohybové hry.

Uvoľňovanie agresivity fyzickou aktivitou napr. pohybom na uvoľnenie energie prebehnúť sa, zaskákať si, urobiť niekoľko drepov; **Masážou** hlavy alebo tela. **Dýchacie cvičenia** – dýchanie zhlboka a pomalé vydychovanie. **Pomocou hudobných nástrojov** – bubna, paličky. **Modelovaním** hliny, plastelíny. **Verbálnym utešovaním**. **Odídením** na iné miesto, kde ventilujem napätie. **Podporovaním** vzťahu klient (dieťa) – rodič – škola – zariadenie, **zapojenie rodičov do výuky**, **organizovaní spoločného času**. **Analýza filmov a počítačových hier s agresívnym správaním** **Poukázanie na dôsledky** takého to správania.

Pri agresívnom správaní sa využívajú niekoľko zásad: a) upozorňujeme na jeho konanie, dôrazne dávame najavo, že neadekvátne spôsoby správania nebudú nikdy tolerované; b) snažíme sa odvieť jeho pozornosť od hnevu a ukludniť ho používaním metód, ktoré sa nám u klienta osvedčili (sú individuálne); c) pokúsime sa ventilovať hnev telesnou záťažou; d) príčinu hnevu riešime za prítomnosti oboch strán, rozoberáme konflikt a hľadáme správne riešenia; e) trváme na ospravedlnení.

Fyzické prístupy: blokovanie – fyzicky zabrániť k tomu, aby neublížil sebe alebo iným; **presmerovanie** – prerušenie nevhodného správania a presmerovanie na primerané, žiaduce správanie; **techniky zabránenia** – používanie rôznych špeciálnych úchopov na udržanie ho.

Používanie prostriedkov telesného a netelesného obmedzenia (§ 10 zákona č.448/2008). V prípade, ak je priamo ohrozený život alebo zdravie klienta alebo iných osôb je možné použiť prostriedky telesného alebo netelesného obmedzenia, a to len na čas nevyhnutne potrebný na odstránenie priameho ohrozenia.

Prostriedky netelesného obmedzenia – zvládnutie situácie pomocou verbálnej komunikácie, odvrátenia pozornosti, aktívneho počúvania. Použitie prostriedkov netelesného obmedzenia má prednosť pred použitím prostriedkov telesného obmedzenia. **Prostriedky telesného obmedzenia** zvládnutie situácie používaním rôznych špeciálnych úchopov. Umiestnením klienta do miestnosti, ktorá je určená na bezpečný pobyt.

Použitím liekov na základe pokynu lekára – psychiatra. V niektorých prípadoch je potrebné použiť lieky na zmiernenie impulzivity, umožnenie sebakontroly (neuroleptiká) ale na určitú dobu a v určenom množstve. Nevyhnutné telesné obmedzenie nariaďuje, schvaľuje alebo dodatočne bezodkladne schvaľuje lekár- psychiater a písomne sa k nemu vyjadruje sociálny pracovník zariadenia. Telesné a netelesné obmedzenie musí byť zaznamenané v registri obmedzení, ktorý vedie poskytovateľ sociálnej služby. O použití prostriedkov obmedzenia je povinný poskytovateľ informovať bezodkladne ministerstvo, zákonného zástupcu prijímateľa SS alebo jeho opatrovníka.

Proaktívne stratégie: **1. rozvíjanie schopností** – usilovať sa o zlepšenie úrovne schopností vo všetkých oblastiach vývinu; **2. rozvíjanie dostatočných komunikačných schopností** – verbálnych aj neverbálnych, ktorými by vyjadroval svoje potreby a želania okoliu; **3. zásada nízkych nárokov** – udržiavať jednoduché požiadavky na optimálnej úrovni porozumenia používaním slov a posunkov; **4. zmeny v prostredí** – **neustále kontrolovať životné a pracovné prostredie** – hluk, teplota, prítomnosť ľudí; **5. budovanie vzťahov** – vzťahu dôvery, aby sa cítil bezpečne; **6. ponuka hodnotných aktivít a rutín** – nevyhnutné zmeny rutín a činností musia byť postupné a vopred upozornené, aby sa mohol klient jej prispôbiť; **7. nikdy nereagovať na agresivitu agresivitou** – tým by sa zhoršila situácia a spôsobilo to eskaláciu problémového správania. **Reaktívne stratégie:** **1. zostať kludný;** **2. minimalizovať priamy očný kontakt;** **3. rešpektovať osobný priestor** – stáť na 4 kroky od agresora asi 45° uhle; **4. minimalizovať fyzický kontakt**, ktorý môže byť chápaný ako znak nebezpečenstva alebo snaha ho ovládať; **5. vyhýbať sa agresívnemu postoj** – stáť s rukami v bok; **6. tón hlasu** – používať pokojný tón, nie kričanie, vyhrážanie; **7. pozitívne vyjadrovať sa** – (nehovoriť „nerob to“, „nesadaj si na zem“.

Čo robiť? Byť vnímavý na potreby, citlivejší k správam, ktoré vysielajú svojmu okoliu; Byť kreatívnejší k prístupom k nim; Reagovať s láskou, trpezlivosťou a toleranciou; Príliš nenásťojit

na výsledku činnosti alebo dokončení úlohy; Nepretržite nekritizovať. Problémy agresívnych detí sa zvládajú úspešnejšie, keď sa uplatňovaním terapeutických postupov začne skôr. Je potrebné, aby sme ich viedli ku schopnosti kontrolovať svoje správanie (sebakontrola) a tlmeniu nevhodného a nežiadúceho správanie (sebaovládanie, sebadisciplína). Sebakontrola súvisí s dodržiavaním sociálnych noriem, pravidiel, ktoré sú prijaté a uznávané nejakou skupinou alebo spoločnosťou.

Rešpektovanie osobnosti klienta – komunikácia, spolupráca, vzájomný rešpekt. Humanistický pohľad na človeka vychádza z predpokladu, že každý človek je principiálne zameraný na rast a sebaaktualizáciu a má vlastné schopnosti pre svoj osobný rozvoj. Toto zameranie a schopnosti môžu však byť z rôznych príčin- následkom vývinových porúch, postraumatických zážitkov, nedostatočnej výživy, choroby, procesu starnutia, narušené alebo obmedzené. V tomto prípade je nutné objaviť a posilniť vnútorné zdroje klienta. Opatrovateľ, sociálny pracovník, vychovávateľ sa stáva facilitátorom tohto procesu, pretože principiálne nie on, ale klient sám vie, čo je pre neho dobré, avšak má obmedzený prístup k svojmu vedeniu. Vzťah personálu a klientov z hľadiska na osobu zameraného prístupu k práci má tri zložky: empatia, akceptácia, kongruencia. **Empatia** je schopnosť premietnuť svoje vlastné "ja" do psychického obrazu inej osoby tak, že nastane súznenie a následné porozumenie postupujúce od emotívnej k racionálnej rovine. Vcíťovanie sa je podmienkou možnosti chápania druhého. Už sám zážitok, že človeku niekto porozumel, je podporou jeho ďalšieho vývinu. **Úcta k osobnosti** (akceptácia bez hodnotenia) znamená prijímať ľudí bez hodnotenia, ako celú osobnosť takú, aká práve v tej chvíli je, so všetkými problémami a možnosťami. **Kongruencia** (pravdivosť) je založená na uvedomení si, čo sa deje vo vnútri, akceptácii myšlienok, pocitov, telesných reakcií, ktoré človek pripisuje svojim skúsenostiam. Ide o súlad medzi realitou prežívania a postojom k tejto realite. U klientov s mentálnym postihnutím musíme vždy počítať s narušenou komunikačnou schopnosťou, predovšetkým v oblasti fonematického sluchu (rozlišovanie podobných hlások),

artikulácie (výslovnosť hlások, slov) a obsahu výpovede (porozumenie a vlastné vyjadrovanie). Medzi efektívne zásady, ktoré môžeme využiť pri komunikácii s klientom patria aktívne počúvanie, rešpektovanie dorozumievacích schopností, prispôbenie sa komunikačnej situácii, prijímanie klienta ako rovnocenného partnera. **Aktívne počúvanie** je dôležité nielen kvôli problémom so zrozumiteľnosťou prejavu klienta, ale tiež kvôli dobrému porozumeniu vlastného obsahu zdieľania. Obvykle rozhovor vedieme s ohľadom na fyzický vek dotyčného, i keď jeho výpovede budú zodpovedať skôr chronologickému veku. Potreba zdieľania býva u ľudí s postihnutím niekedy tak silná, že personál je tým zaskočený, pracovníci sa cítia vyčerpaní až zneužití. Každý má v podobných prípadoch právo regulovať vlastnú mieru angažovanosti, alebo odstupu. Dôležité je však pochopiť, že takéto správanie má jasné príčiny, a podľa vlastných možností potom zvoliť primeranú mieru vyhovenia klientovi.

Rešpektovanie dorozumievacích možností. Pri rozhovore s klientom, ktorý má problémy s vyjadrovaním by sme nemali dávať najavo netrpezlivosť. Je vhodné pokúsiť sa prispôbiť jeho individuálnym komunikačným schopnostiam, tempu vnímania, rozprávať pomaly, zjednodušiť svoj prejav, používať slová a výrazy, ktoré pozná. Mimika, gestikulácia a ďalšia neverbálna komunikácia by mala byť v súlade s našim verbálnym prejavom. Vhodné je overovanie porozumenia našej výpovede jednoduchými priamymi kontrolnými otázkami. V niektorých prípadoch je nutné využívať spôsoby augmentatívnej a alternatívnej komunikácie s cieľom umožniť klientom plnohodnotnú existenciu v spoločnosti, vrátane rešpektovania ich práva na rozhodovanie, prezentáciu myšlienok, potrieb, emócií a pod.

Prispôbenie sa komunikačnej situácii. U ľudí s mentálnym postihnutím sa objavujú neštandardné podoby gestikulácie, posturiky, haptiky, paralingvistické prvky (hlasitosť reči, intonácia, frázovanie a pod.). Uvedené dorozumievacie kanály v interpersonálnej komunikácii tvoria až 70% informačnej výmeny, preto je dôležité nepodceňovať ich a pracovať s nimi. Tolerancia týchto fyzických prejavov klienta a zachovanie si

k nemu stále akceptujúci prístup je do značnej miery otázkou adaptačných schopností každého pracovníka.

Prijímanie klienta ako rovnocenného partnera. Partnerský prístup znamená, že klient je pre nás predovšetkým človekom, a to bez ohľadu na svoje odlišnosti a obmedzenia. Dôležitým vyjadrením rovnocennosti klienta je, že s ním komunikujeme priamo, nie s jeho doprovodom, asistentom, ktorý môže byť prítomný. Taktiež rešpektujeme jeho fyzický vek a to bez ohľadu na jeho telesný vzhľad, úroveň jeho mentálnych schopností, prejavov v správaní, miery závislosti na pomoci. U klientov s ťažkou a hlbokou mentálnou retardáciou je verbálna komunikácia prakticky vylúčená. Efektívnou dorozumievacou technikou sa stáva metóda bazálneho dialógu. Táto metóda využíva mimoverbálne komunikačné prejavy ako pohyby očí, intenzitu dýchania, napätie telesného svalstva, neartikulované zvuky a pod. Tieto zdanlivo primitívne signály môžu výrazne zlepšiť kvalitu života klienta, ktorý by inak zostal odkázaný na domnienky a vôľu personálu. Dôležitým aspektom v práci s klientami s mentálnym postihnutím je vytvorenie priestoru pre rozhodovanie a prijatie zodpovednosti za seba. Každému človeku sa priznáva zodpovednosť za seba do tej miery, do akej to dovoľujú jeho možnosti. Prijat' zodpovednosť za seba a mať priestor pre vlastné rozhodovanie, znamená nebyť úplne závislý na druhých. To zvyšuje kvalitu života klientov podporuje svojbytnosť a posilňuje pocit vlastnej hodnoty. Úlohou personálu je nájsť možnosti, situácie, v ktorých klient zodpovednosť za seba niest' môže. Čím obmedzujúcejšie má človek možnosti prijímať zodpovednosť za seba, tým dôležitejšie je nebrať mu ich úplne. U klientov s ťažkým postihnutím môže ísť napríklad o to, nechať klienta rozhodúť, či chce mať dvere do izby otvorené, alebo nie, môcť si vybrať hrnček na kávu a pod. Pritom je však nutné hľadať rovnováhu medzi daným rámcom a priestorom pre vlastné rozhodovanie. Podporovať svojbytnosť znamená dokázať sa odpútať od vlastných predstáv. Poskytovať možnosť voľby znamená akceptovať inú voľbu, než vlastnú. Dôverovať druhému človeku znamená ponechať mu zodpovednosť. Ľudia pracujúci v zariadeniach pre mentálne postihnutých majú často sklon

prijímať celú zodpovednosť. Neuvedomujú si a nerešpektujú oblasti, keď to už nie je prospešné. Tým nielen obmedzujú klientov viac ako je potrebné, vylučujú ich zo spolupráce pracovať na svojom osobnostnom raste, ale tiež berú na seba čoraz viac úloh, požiadaviek. To je jeden z faktorov, ktorý vedie k vyhoreniu. Ďalším faktorom je mrhanie času a energie na deštruktívne a mocenské boje, ktoré vznikajú, keď sa pracovník snaží presadzovať predstavy, ktoré sú podľa neho dobré, ale klient ich odmieta. Tu je namiesto požiadavka kongruencie a schopnosť reflektovať seba a svoju prácu.

Pracovníci musia byť schopní poznať svoj vlastný podiel na situácii, musia vnímať a uvedomovať si vlastné predstavy, sklony, úzkosti, problémy, záujmy a byť schopní oddeliť ich od predstáv a prežívania klientov. Porozumieť vlastným reakciám, predstavuje pre pracovníkov tiež zisk a šancu rozvíjať svoju vlastnú osobnosť a svedomito zaobchádzať so sebou samým.

Rešpektovanie osobnosti klienta. Každý klient potrebuje, aby bol akceptovaný, rešpektovaný, bezpodmienečne prijímaný, prežíval pocit bezpečia, istoty a radosti. Každý prejav podpory, pochvaly, priazne, rešpektu od iných je pre neho základom pre rešpektovanie seba samého, k seba prijatiu ale aj k akceptácii iných ľudí. Ďalšou túžbou klienta je byť slobodný. Sloboda vedie k samostatnosti, osamostatneniu, nezávislosti. Je podmienená zodpovednosťou a usmerňovaná prijatými etickými, sociálnymi a kultúrnymi pravidlami, normami a poznaním (výchova, vzdelávanie). Silnejšou potrebou klienta ako potreba slobody je potreba vytvárať vzťahy, niekoho mať, o niekoho sa starať, spolu zdieľať radosti, úspechy aj neúspechy. V našom zariadení DSS sú vytvorené také podmienky, kde klienti môžu budovať svoje priateľstvá s rovesníkmi ale aj vytvárať nové vzťahy s inými napr. dobrovoľníkmi alebo s absolventmi škôl. Personál DSS aj vedenie vytvára domáce prostredie, v ktorom klienti majú schopnosť rozvíjať svoje schopnosti, vzdelávať sa, učiť sa samostatnosti, nezávislosti, sebastačnosti, rozvoju a nácvikom zručností, starostlivosti o seba, druhých o domácnosť ako aj zúčastňovať sa na živote a rozvoji spoločnosti.

Spolupráca s rodičmi – najdôležitejšia zložka – zvládanie agresivity, sexualita – jednotný postup. Spoločnosť má za úlohu rozvíjať schopnosti jednotlivcov, detí s postihnutím, dávať im zmysel pre zodpovednosť a chrániť práva každého človeka - jeho dôstojnosť. Nevyhnutnosťou pre zabezpečovanie práv pre dieťa a kvalitu jeho života je spolupráca všetkých, ktorí zabezpečujú starostlivosť: zariadenia, rodiny a dieťaťa. Celkový cieľ práce s dieťaťom a jeho rodinou je pomôcť im zmeniť ich vnímanie pôvodu, súčasnosti aj budúcnosti ich problémov z vonkajšieho zdroja na vnútorný. Túto zmenu môže sledovať iba neunáhlený, individuálny rozvrh, ktorý je špecifický pre každé dieťa. Odborník pracujúci s rodinou, terapeut musí zničiť opakované obranné „mechanizmy obvinení a podozrení,, bez podráždenia alebo zúfania. Vytvoriť si s pacientom a jeho rodinou vzťah, navodiť atmosféru dôvery, aby sa otvárali, a aby mohol označovať ich pocity, a tak im pomôcť rozlišovať medzi emóciami a realitou. Počas celého procesu práce má odborník pocity skôr potláčať, než podľa nich konať. Potlačenie dá dieťaťu nový objektový vzťah, ktorý bude od tých predošlých odlišný, odlišná skúsenosť sa v konečnom dôsledku časom zvnútorňuje. Vzťahový model zmeny je doplnený postupnými zmenami v myslení a zvládaní záťažových situácií neefektívneho správania dieťaťa. Podľa Adlera, chýbanie spoľahlivej a prijateľnej rodičovskej opory je príčinou toho, že deti zlyhávajú vo vytváraní “tíšiaceho-upokojujúceho” vnútorného objektu. Adler, ktorý bol výrazne ovplyvnený Kohútovov teóriou self psychológie odvodšuje, že deti hľadajú svoje funkcie vo vzoroch vonku, nakoľko im chýbajú vlastné životodárne introjekty. Vývojový rámec vo veku od 18 mesiacov je schopný vytvárať vnútorný obraz materského vzoru, dokonca aj keď tento vzor môže fyzicky absentovať u vlastných rodičov, nahrádzajú ho osoby, ktoré sa o dieťa starajú. Chýbanie tíšiaceho-upokojujúceho vnútorného objektu spôsobuje pocity vnútornej prázdnoty a depresie, s tendenciami k príľnavej závislosti, ktorú u nich tak často možno pozorovať. Majú nedostatočné vnútorné zdroje s tendencie k fragmentácii. Chronická orálna nenasýtenosť môže súvisieť tiež s absenciou osôb, ktoré by im poskytovali emočné

naplnenie v detstve, počas dlhodobej hospitalizácie, či pobyte v zariadení mimo rodinu.. **Prvým krokom** pri rodinných intervenciách by mala byť snaha označiť, akú úlohu hrajú rodinné interakcie v patogenéze a udržiavaní dieťaťa v symptomatológii. Starostliví, ale aj zanedbávajúci rodičia majú často problémy sami so sebou, a preto často zlyhávajú v starostlivosti o svoje deti, v ich vedení, určovaní *pravidiel* či štruktúry. Odborníci zariadenia môžu pomôcť rodičom v tom, ako majú poskytnúť konštruktívnu podporu svojim deťom, čo môže znamenať, aby sami pokračovali v kontakte, terapii či svojpomocnej skupine.

V rodinách by sa mali rešpektovať potreby všetkých členov rodinného systému. Rodičia sami často veľmi trpia, môžu sa cítiť ohrození pocitmi, že *strácajú* dieťa tým, že je v zariadení. V kontraste prístupu odborníkov k dieťaťu s rodičmi, ktorí nie sú dosť empatickí, alebo niektorí rodičia majú tendencie byť príliš zhovievaví, podporovali grandiozitu excesívnym zrkadlením. Takíto rodičia zahŕňajú svoje deti obdivom a potvrdzovaním, takže sa mohli cítiť skutočne výnimočné a nadané. Keď tieto deti vyrastú, zažívajú opakované otrasy, pretože iní ľudia na nich nereagujú tak, ako to robili ich rodičia. V iných prípadoch môže viesť ku narcistickému obrazu hypervigilantného typu matka - syn incest alebo varianty takéhoto vzťahu. Takíto rodičia majú grandióznu predstavu a domnievajú sa, že sú predurčení zastávať medzi ostatnými zvláštne postavenie, čo je kombinované s tendenciou anticipovať odplatu alebo opustenie za vnímané oidipálne prehrešky.

Vzájomná komunikácia a metódy práce môžu s úspechom zvoliť heuristický prístup, ktorý by mal byť úsilím, založeným na spolupráci, pri ktorej rodina a terapeut spoločne odhaľujú pôvod ťažkostí bez rigídnej snahy o to, aby prinášaný materiál bol v súlade s jednou či druhou stranou.

Spolupráca zabezpečuje najlepší záujem dieťaťa, poskytuje možnosť uspokojiť prania byť milovaný, žiadaný, sebestačný v určitých činnostiach prostredníctvom plánovania práce s klientom. Pre vytváranie individuálneho rozvojového plánu je potrebné získať všetky dostupné informácie o klientovi,

poznať jeho životnú situáciu, poznať jeho fyzické, psychické, sociálne a duchovné potreby, záujmy, túžby a zdroje, ktoré má k dispozícii. Je potrebné poznať jeho úroveň vedomostí a rozumových schopností, komunikáciu, hrubú aj jemnú motoriku, sociabilitu, sebaobsluhu, sociálne vzťahy, ťažkosti, zábrany, ktoré klient dennodenne prežíva pri dosahovaní (plnení) svojich bežných činností, sociálnej a spoločenskej účasti, pri realizácii svojich alebo určených cieľov a želaní. Všetky tieto informácie môžeme získať od klienta, jeho rodičov, rodinných príslušníkov, od lekárov a špecialistov, ktoré klient navštevuje, od špeciálneho pedagóga, od pracovníkov zariadenia, od kamarátov susedov a pod.

V procese vypracovania a realizácie individuálneho rozvojového plánu centrálnu rolu má klieň a jeho rodina. Edukácia klientov, učenie reálnych zručností potrebných k samostatnému životu, vyžaduje spoluprácu, klientov, personálu a rodičov, dôslednosť, trpezlivosť a čas. V niektorých prípadoch to trvá niekoľko týždňov, mesiacov ale aj rokov. Aby klienti napredovali je potrebné, zlepšiť spoluprácu medzi personálom, klientom a jeho rodinou, neprestajne pracovať na vytváraní vzájomného vzťahu rešpektovania a dôvery jeden v druhého, tolerancie a porozumenia pre potreby toho druhého.

Sexualita a svoju sexuálnu potenciu klienti v DSS prežívajú kvalitatívne odlišne od normálnej populácie v tom, že: - neinklinujú ku koitálnemu sexu, pokiaľ k tomu dochádza, tak iniciatívou disponuje partner vyššej mentálnej úrovne, - ich sexuálna potreba je sprevádzaná skôr potrebou nehy, prítulnosti, vzájomného dotýkania sa, - pokiaľ dochádza k správaniu, ktoré pripomína masturbáciu alebo onániu, tak je to iba kontakt so svojimi pohlavnými orgánmi, ktorý je sprevádzaný príjemným prežívaním, ale nie je to cieleňé a špecificky uvedomované správanie. Je podobné správaniu malých detí.

Manifestovaný sexuálny záujem sa dá vnímať objatím, objatie je potencované sexuálnym pudom, ale dieťa s týmto správaním, po objatí nepokračuje so sexuálnou aktivitou ďalej. Iní. častejšie verbalizujú vychovávateľom svoj sexuálny záujem poznámkami – “chcel by som s tebou spať dnes v noci”, ale v

takejto poznámke je skôr prejav dieťaťa ako dospievajúceho muža – v poznámke nebol signál skutočného sexuálneho záujmu. Sexuálne prejavy možno vnímať v rôznych rovinách, ako vo vzťahu k personálu zariadenia, tak aj vzájomne medzi sebou. Môžu byť zaľúbení do vychovávateľiek – aj tých, ktorí už dávno zo zariadenia odišli, ale v ich vedomí žili ďalej a často na nich spomínali s intenzívnym prežívaním. Prežívanie však je iba na citovej úrovni, aj keď v jeho pozadí bol sexuálny pud.

Sexuálne komponenty jedinca reprezentujú skomolený erotický prenos, ktorý nebol úplne rozvinutý alebo prežívaný. Erotický prenos sa u detí zvyčajne rozvíja stupňovito a s pochopiteľnou hanbou a rozpakmi. Často je prežívaný ako ego-dystónny a klient vie, že vyplnenie týchto túžob by bolo nevhodné. Skúsenosti s ich správaním upozorňujú tiež na to, že odporúčanie niektorých odborníkov, aby rodičia naučili dospievajúcich masturbovať a onanovať sa zdajú nefunkčné z toho dôvodu, že aj keď sa naučia tieto praktiky a používajú ich – nie sú pre nich uspokojujúce – skôr spôsobujú u nich zvláštny stres a nepokoj. Stres je spôsobený tým, že ich sexuálna potreba neašpiruje takýmto smerom, ale u tejto populácie v ich sexuálnom správaní je ešte zvýšená potreba nehy, láskavosti a prítulnosti. Táto potreba, sýtená sexuálnym pudom, je dominantnejšia ako napr. potreba ejakulovať u chlapcov. U tejto populácie je zvlášť dôležitým rozmerom nežný ľudský kontakt a kvalita vzťahu a nie mechanické sebaukájanie. Myslieť si, že výronom semena sa môžu psychicky ukláňať a ventilovať agresivitu alebo napätie sa vo výskumoch nepotvrďuje. Agresivita pramení z iných zdrojov, hlavne z nedostatku kvalitných sociálnych kontaktov, čo spôsobuje neuvolnená, potlačená sexuálna energia v ich psychike.

Sexualita je súčasťou nášho osobnostného vybavenia a pokiaľ nie je ventilovaná vhodným spôsobom, podpisuje sa na nevhodnom sociálnom správaní. V osobnostnom systéme detí v DSS – je spektrum kompenzačných kanálov veľmi obmedzený a aj schopnosti uspokojovať sexuálne potreby sú výrazne obmedzené. Práve z toho dôvodu oni svoju nahromadenú sexuálnu energiu si v prvom rade vôbec neuvedomujú a potom ju prežívajú ako napätie, ktoré sa pokúšajú ventilovať automaticky,

živelne s difúzne rozptýlenou podráždenosťou. Nahromadená sexuálna energia podmieňuje u nich rôzne neurotické a iné neprimerané sociálne správanie. / búchanie hlavou do steny, hryzenie vlastných rúk, neustávajúci smiech alebo naopak plač, stereotypné pohyby, vzájomná nevraživosť – zvlášť medzi pármí, ktoré sú dlhodobejšie spolu v jednom ústave – aj niekoľko rokov – niečo zo sexuálneho hľadiska medzi nimi sa odohráva ale tým, že oni nie sú si toho zreteľne vedomí, tak sa isté obdobie nenávidia, hašteria, potom sú zase k sebe milí a láskaví, ohľaduplní. Objavujú sa aj obsedantné formy správania, rýchle zmeny nálad, depresie, difúzna nespokojnosť, keď nie je zreteľná príčina nespokojnosti, trucovitosť, sexuálne symbolické náhrady, tiky a grimasy, neurotické slintanie, stereotypné krútenie sa, perseveračné opakovanie viet, nutkavé až rituálne kopanie do múrov, fetiše – napr. preferované obdivovanie siloniek, tajné navštevovanie šatní s cieľom dotýkania sa odložených siloniek a pod. Oblasť sexuality postihnutých je málo preskúmaná a nie sú dostatočne vypracované metódy odbornej práce, ktoré by sa priamo zaoberali ventiláciou sexuálnej energie, ako aj spôsobmi, ktoré by pomohli mentálne postihnutým jedincom primerane uspokojiť svoju reálne existujúcu sexuálnu potrebu. Je dôležité pomerne realisticky a pragmaticky riešiť tento problém tak aby ventilácia sexuálnej energie a celé uspokojenie ich sexuálnej potreby nebolo zúžené na mechanické ukojenie, v ktorom chýba ako humánny, tak aj jemnejší sociálny – erotický rozmer. Pri riešení treba brať do úvahy dve skupiny jedincov: **Prvú skupinu** tvoria jedinci, ktorých správanie je hyperaktívne. **Druhá skupina** je opačná. Ide o jedincov s apatickým prežívaním, s nízkou flexibilitou reagovania a výrazne zníženou dynamikou. **Pre prvú skupinu** sa osvedčili metódy, ktoré stimulovali ich dynamiku a umožnili im prostredníctvom ich dynamiky, ktorou disponovali, odventilovať množstvo psychickej energie. Najviac sa osvedčila psychoterapeutická metóda, ktorá využíva zvuky a rytmus afrických bubnov. Tieto bubny ich oslovujú na veľmi hľbokej až pudovej úrovni, aktivizujú ich vibráciami a automaticky ich dostávajú do tanečných pohybov, ktoré pripomínajú tanečný rytmus primitívnych kmeňov. Okrem týchto pohybov, ktoré v

nich boli automaticky aktivované, sa v nich prostredníctvom rytmu bubnov aktivoval aj krik, ktorý pripomínal prírodné zvuky a smiech. Touto aktivitou bola z nich uvoľňovaná nahromadená psychická energia a zvlášť psychická energia z potláčaného sexuálneho pudu. (Hyperaktívni jedinci dokázali rytmicky tancovať až do vyčerpania, alebo prestavali kontrolovať svoju silu). Psychogymnastické cvičenia, v ktorých sa imitujú prírodné javy, vietor, búrka, chodenie po vode, blate a pod. aktivizuje aj klientov mimoriadne sugestívnych, ľahko sa vžijú do imitovaného imaginárneho sveta a aktívnym správaním ventilujú množstvo psychickej energie.

Pre druhú skupinu klientov, ktorí majú spazmy, sú vhodné relaxačné cvičenia, zvlášť relaxácia svalových skupín. Overovala som si a modifikovala Jakobsonov relaxačný tréning, ktorého princíp spočíva v tom, že sa cielene pracuje so svalovými skupinami, napínajú sa a potom uvoľňujú, čo spôsobuje aj následné psychické uvoľnenie tým, že sa uvoľní najprv cielene napnutý sval. Klienti sú schopní napínať svaly na základe vhodne modifikovaných slovných inštrukcií. Takýmto spôsobom je možné prejsť postupným napínaním a uvoľňovaním mnohé svalové skupiny, napr. panvového dna, a tým ich aj psychicky veľmi hlboko uvoľniť. Na klientov vplýva aj hlas terapeuta, zafarbenie hlasu a všetko, čo s tým súvisí, vnímajú veľmi intenzívne teplo a energiu ľudského dotyku. Pokiaľ prvá skupina je viac disponovaná uvoľňovať psychickú energiu pohybom, krikom, smiechom, druhá skupina viac taktílnym kanálom. Pri oboch modifikovaných psychoterapeutických prístupoch nastáva u klientov psychická rovnováha, mizne napätie a nevhodné formy prejavov, ktoré spôsobuje neventilovaný sexuálny pud.

Hlavné metódy a formy práce s rodinou pri zvládaní agresivity a sexuality detí: rozhovory, besedy, tréning, nácvik rodičovských zručností, svojpomocné skupiny, - vhodné využitie tém na zvládanie záťažových situácií vo všetkých činnostiach, ktoré realizujú rodičia s deťmi aj zamestnanci a tak zabezpečiť jednotný prístup, práca na otvorených hodinách a v záujmových útvaroch mimo denného pobytu, práca s internetom a počítačovými programami, modelové situácie, organizovanie

zábavno-náučných a športových popoludní, nástenky, plagáty, výstavky, monitorovanie správania detí a konzultácia s rodičmi, nastaviť pravidlá v rodine a dosiahnuť pravidelnosť denného režimu, poskytovať informácie o možnostiach zavádzania pravidiel, odmeny a tresty a súčasť dosahovania pravidiel, cielene s dôslednosťou, požiadavku formulovať zrozumiteľne, stručne a dôsledne, s citom v hlase, nie rozkazom, nevyužívať agresívnu gestikuláciu s ukazovaním na klienta, smerovaným na neho, snažiť sa o dohodu s dieťaťom na pravidlách, spoločne ich vypracovať, vyžadovať ich dodržiavanie, snažiť sa o dosiahnutie stanovených vzorov správania rodičov, ktorí sú prirodzeným vzorom a modelom dieťaťa, rozpoznať vlastné hranice, uvedomiť si stúpajúcu agresivitu, vyhnúť sa emocionálnym reakciám, aby sa dalo primerane reagovať, vyhnúť sa dlhým diskusiám, komentárom a logickým odôvodneniam, vyhnúť sa bojom o moc, mať pravdu a dokazovať ju, konať namiesto sľúbiť, neodkladať sľúbené, splniť, nevyhrážať sa, (nepôjdeš von, nebudeš pozeráť televíziu), prehliadnuť radšej menšie prečiny, - viditeľná snaha a dobrá vôľa musia byť ocenené, pochválené, vyzdvihnuté, objaté, - vytvoriť bezpečné prostredie, ovzdušie spolupráce a súdržnosti, pomáhať viac pochvalou a povzbudením ako trestami, vytvárať podmienky pre upokojenie a relaxáciu, vlastný pokojný priestor, na ktorý sa môže utiahnuť každý z členov domácnosti, využívať formy terapií, relaxačných cvičení, hudby, snooleezen miestnosť a pod. Nevyhnutnosťou je budovanie vlastnej sebaúcty a vytváranie dobrých vzájomných vzťahov s inými, naučiť sa uvedomovať si seba samých, svoje telo, svoje pocity, to, čo sa nám na nás páči a čo chceme robiť so svojimi telami. Klienti majú zväčša buď veľmi matné alebo až absentujúce predstavy o vlastnom tele alebo sú ich predstavy veľmi negatívne. Často krát sa hanbia za svoje telo a osvojili si negatívne posolstvá o dotykoch. Niektorí nevedia rozpoznať rozdiely medzi mužom a ženou, či medzi dospelým a dieťaťom. Cvičenia v tejto časti sú zamerané na uvedomovanie si vlastného tela a zvyšovanie sebadôvery z neho. V neposlednom rade zohráva veľmi dôležitú úlohu v sexuálnej výchove hra, literatúra, televízia, film, preto by

rodičia nemali zanedbávať vyžívanie týchto prostriedkov, aby jedincom umožnili plnohodnotný sexuálny život.

Zoznam bibliografických odkazov

ASQUITH, S – CLARK, CH. – WATERHOUSE, L. 2005. *The Role of the Social Worker in the 21st Century*. 2005. Edinburgh: The DROTÁROVÁ, E. – DROTÁROVÁ, L. Relaxační metody. Praha : EPOCHA, 2003.

DRVOTA, S. Úzkost a strach. Praha : Avicenum, 1971.

GÁBOROVÁ, L. Sociálna psychológia. 4.vyd. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove; Fakulta humanitných a prírodných vied, 2003.

IRMIŠ, F. Nauč se zvládat stres. Praha : Alternativa, 1996.

KONČEKOVÁ, L. Poruchy psychického vývinu. 4.vyd. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove; FHPV, 2000.

KONČEKOVÁ, L. Patopsychológia. Prešov : LANA, 2004.

KONČEKOVÁ, L. Patopsychológia. 2. vyd. Prešov : LANA, 2005.

KONDÁŠ, O. Klinická psychológia. Martin : Osveta, 1977.

KONDÁŠ, O. Psychohygienu všedného dňa. Martin : Osveta, 1981.

KOŠČ, L. Všeobecná patopsychológia. Bratislava : UK, 1974.

KŘIVOHLAVÝ, J. Jak zvládat stres. Praha : Grada Avicenum, 1994.

KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. Vyd.1. Praha : Grada Publishing, 2002.

KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. Vyd.2. Praha : Portál, 2003.

KUBÁNI, V. KONČEKOVÁ, L. Všeobecná a vývinová psychológia. Košice : UPJŠ, 1991.

LANGMEIER, J. MATĚJČEK, Z. Psychická deprivace v dětství. Praha: SZdN, 1968.

LANGMEIER, J. MATĚJČEK, Z. Psychická deprivace v dětství. 3., dopln. vyd. Praha Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n.p., 1974.

MRKVIČKA, J. Člověk v akci. Praha : Avicenum, 1971.

NAKONEČNÝ, M. Lexikon psychologie. Praha : Vodnář, 1995.

PARDEL, T. Psychológia. Bratislava : Psychodiagnostické a didaktické testy n.p., 1982.

- PARDEL, T. – BOROŠ, J. Základy všeobecné psychologie. Bratislava : SPN, 1975.
- PRAŠKO, J. Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti. 1.vyd. Praha: GRADA Publishing, 2003.
- SELYE, H. Život a stres. Martin : Obzor, 1966.
- SCHAVEL, M., HUNYADIOVÁ,S.,KUZYŠIN,B. 2013. *Supervízia v sociálnej práci*. Bratislava. ISBN 978-80-971445-0-0
- SCHREIBER, V. Lidský stres. 2.uprav. vyd. Praha : Academia, 2000.
- ŠULC, J., DVOŘÁK, J., MORÁVEK, M. Člověk na pokraji svých sil. 2.vyd. Praha : Avicenum, 1984.
- ŠVANCARA, J. Diagnostika psychického vývoje. Praha : Avicenum, 1984.
- VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd.2. Praha: Portál, 2000
- ATKINSONOVÁ, R.L., ATKINSON, R.C., SMITH, E.E., BEM, D.J.: Psychologie. Praha Victoria publishing, 1995.
- ATKINSONOVÁ, R.L., ATKINSON, R.C., SMITH, E.E., BEM, D.J.: Psychologie. 2.aktuality. vyd. Praha : Portál, 2003.
- BALCAR, K. Úvod do studia psychologie osobnosti. Praha : SPN, 1983.
- BRATSKÁ, M. Vieme riešiť záťažové situácie? Bratislava : SPN, 1992.
- CUNGI, CH. Jak zvládat stres. Praha : portál, 2001.
- ČÁP, J., ČECHOVÁ, V., ROZSYPALOVÁ, M. Psychologie. 3.vyd. Praha : Nakladatelství H H, 1998.
- ČÁP, J. – DYTRYCH, Z. Utváření osobnosti v náročných životných situa
- ANTIER,E. Agresivita dětí. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-808-2
- BÁRTÍKOVÁ,G. Závislosti a my, 2002
- BAŠTECKÁ, B. Prevence sociálně patologických jevů. 5-6/2002, Roč.I
- ČERMÁK,I.,HŘEBÍČKOVÁ,M.,MACEK,P. Agrese, identita,osobnost. Tišnov: Sdružení SCAN,2003.ISBN 80-86620-06-9
- ERKERT,A. Hry pro usměrňování agresivity. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7178-938-0.
- GÁL,F. Násilí. Praha: EGEM, 1994. ISBN 80-85395-41-X

- GOLDMANOVÁ, J. Jak si nenechat ublížit. Praha: Portál, 1996, ISBN 80-7178-090-1.
- HELUS, Z. Dítě v osobnostním pojetí. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-888-0
- JEDLIČKA, R., KOŤA, J. Analýza a prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-555-8
- KASTOVÁ, V. Nebud'te obětí. Brno: ERA, 2003. ISBN 80-86517-61-6
- KLIMEŠ, L. Slovník cizích slov. Praha: SPN, 1983.
- KOLÁŘ, M. Bolest šikanování. Cesta k zastavení epidemie šikanování na školách. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-513-X.
- KOLÁŘ, M. Skrytý svět šikanování ve školách. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-123-1.
- KREJČÍŘOVÁ, O. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Praha: Eteria, 2002. ISBN 80-238-8729-7.
- MRÁZ, M. Etika. Základné a špeciálne problémy. Trnava, FH TU 2001. 143 s.
- NEMČEKOVÁ, M. a i.: Práva pacientov. Bratislava, Iris 2000. 234 s.
- VOSEN, H., KAULEN, F. Rudimenta linguae hebraicae. Herder, 1911.
- WOJTYŁA, K. Miłość i odpowiedzialność. Lublin, WTN KUL 1986, 255 s.
- WOLICKA, E.: Humanitas – zapomniana cnota humanistyki. In: Znak 1/2001, s. 24-39.
- WRIGHT, G. H. von: Humanizmus ako životný postoj. Bratislava, Kalligram 2001. 158 s. WUST, P.: Nejistota a odhodlaní. Praha, Vyšehrad 1970.
- FOBEL, P. 2000. Sociálno-humanistická a etická interpretácia riadenia. UMB FHV, Banská Bystrica. 2000. 109 s. ISBN-80-8055-403-X
- PORTNER, M.; 2009. Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči. 1.vyd. Praha: Portál. 176 s. ISBN 978-80-7367-528-0
- SLOWÍK, J. 2010. Komunikace s lidmi s postižením. 1.vyd. Praha: Portál. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9

<http://www.rodicovstvo.sk/konferencia/surabova.htm>
ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace. 2.vyd. Praha: Portál, 2003. 187 s. ISBN 80-7178-821-X.
PFEIFFER, J. Ergoterapie II. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1990. 169 s. ISBN 80-201-0004-0.
PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. Terapie ve speciálně pedagogické péči. 2.vyd. Brno: Paido, 2001. 165 s. ISBN 80-7315-010-7.
ŠICKOVÁ-FABRICI, J. Základy arteterapie. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. 167 s. ISBN 80-7178-616-0.
ŠIMANOVSKÝ, Z. Hry s hudbou a techniky muzikoterapie. 2.vyd. Praha: Portál, 2001. 246 s. ISBN 80-7178-557-1.

HUMANIZMUS AKO ZNAK OŠETROVATEĽSTVA

Jankechová Monika

Úvod

V modernom ošetrovateľstve 21. storočia sme konfrontovaní s realitou a víziami, kladieme si otázky „Ako ďalej rozvíjať ošetrovateľstvo?“ „Čo je príčinou disharmónie teórie a praxe ošetrovateľstva?“. Bezpochyby faktorov a činiteľov vyvolávajúcich súčasný stav je niekoľko. V predkladanom príspevku analyzujeme jeden z nich a to predovšetkým z dôvodu, že humanizmus a jeho problémy v ošetrovateľstve sú znovu aktuálne.

Cieľ práce

Príspevok teoretického charakteru vymedzuje humanizmus, poukazuje na súvisiace javy a podstatu pojmu, ktorá má prispieť k porozumeniu a zdôrazneniu humanizmu ako znaku ošetrovateľstva. Zámerom je poukázať na dôležitosť návratu ošetrovateľstva k hodnotám, ktoré humanizmus preferuje.

Jadro

Ošetrovateľstvo má byť založené na humanizme, ktorému sa tak ako vedomostiam, zručnostiam a vede treba učiť v procese pregraduálnej profesionálnej prípravy na povolanie sestry, ako aj celoživotne v ošetrovateľskej praxi. Zaradenie tém zaoberajúcich sa humanizmom do vzdelávania v študijnom odbore ošetrovateľstvo umožňuje vytvorenie humanistického zmysľania, empatického vzťahu k ľuďom, lásky k povolaniu, postojov ľudskosti, ako aj prispieva k vytváraniu komunikačných zručností a k osobnostnému rastu sestry. „Pojem humanizmus má oveľa širšiu platnosť, treba ho skúmať vo viacerých rovinách. Pod humanizmom môžeme rozumieť v teoretickej rovine spoločensko-politickú koncepciu, kultúrne a literárne hnutie, filozofickú teóriu človeka, či súhrn estetických, etických alebo psychologických názorov na človeka. Pojem humanizmus označuje mnohorozmerný, vnútorne zložito štruktúrovaný fenomén“ (Briška, 2000, s. 122).

Humanizmus je pojem, ktorý má dlhoročný filozofický status, s permanentným zastúpením v dejinách filozofie. Problematika

človeka a ľudskosti vystupuje do popredia v období zásadných spoločenských premien.

„Slová „*humanismus*“ a „*humanista*“ majú pôvod v latinčine, ale priame ekvivalenty by sme v nej márne hľadali. Cicero hovorí o *studia humanitatis*. Myslí nimi intelektuálne činnosti vhodné na rozvíjanie vlastností, ktoré pomenúva *humanitas*. Najskôr mu ide o čítanie starých diel filozofov, dejepiscov a básnikov. V talianskej renesancii sa *umanista* stalo označením človeka hľadajúceho poznanie a múdrosť u antických spisovateľov. Slovo *humanismus* pochádza zrejme z 19. storočia. Najskôr sa používalo na označenie renesančného znovuobjavenia svetského kultúrneho dedičstva z antiky, potom aj na označenie historických filozofických disciplín, zaoberajúcich sa uvedeným dedičstvom. Renesančný humanizmus, ktorý postuloval osobitnú hodnotu a možnosti človeka, razil takto cestu novej vede o prírode a reforme náboženstva. *Regnum hominis* čiže *kráľovstvom človeka*, ktoré predpovedali niektorí vtedajší humanisti, mala byť spoločnosť, v ktorej by človek žil slobodne, bez donútenia zo strany jemu nepriateľských prírodných síl i bez bázne pred nadprirodzenými mocnosťami. V triáde príroda – človek – nadprirodzené, mal človek byť určujúcim faktorom. Neskôr humanizmus začal označovať aj životný postoj, stal sa hodnotovým pojmom“ (Wright, 2001, s. 12, 17, 18).

„Renesanční humanisti zdôrazňovali dôstojnosť („*dignitas*“) človeka a jeho nezávislosť od etablovaných autorít v otázkach pravdy. Kľúčovým slovom novohumanizmu bolo vzdelávanie: iba výchovou človek dosiahne skutočnú slobodu. Podstatným jadrom humanizmu je obrana toho, čomu sa hovorí *blaho človeka*. Blaho človeka, dalo by sa povedať, je súhrn všetkého, *čo je pre človeka dobré a čo mu činí dobre*. Toto sú podmienky toho, aby bol človek spokojný a šťastný. Človek sa má dobre a „uskutočňuje“ svoje blaho vtedy, ak žije v harmónii so svojimi možnosťami šťastia v rámci danej historickej situácie“ (Wright, 2001, s. 25 - 26).

Termín *humanismus* vznikol z latinského *homo, humanus, humanitas* = človek, ľudský, ľudskosť. Týmito termínmi boli označované v latinskom jazyku atribúty týkajúce sa

človeka a zobrazovali iba jemu prináležiace osobitosti (Briška, 2000, s. 119). „Pojem ľudskosť používame v dvojakom zmysle:

1. ľudskosť označuje vlastnosť byť človekom ako určitým špecifickým prírodno-historickým druhom,
2. ľudskosť predstavuje určitú morálnu kategóriu, ktorá súvisí s túžbami a úsilím človeka po dobrom a harmonickom živote, po živote v súlade s ľudskosťou ako určitým mravným ideálom“ (Briška, 2000, s. 119).

Humanitné vedy sa zaoberajú človekom ako kultúrnou bytosťou. Existuje istá súvislosť medzi humanizmom ako postojom a vedou. Humanistický postoj je výrazne intelektuálny. Opiera sa o kritický a rozumový vzťah ku skutočnosti. Jeho psychologické základy sú preto v podstate totožné so základmi vedeckého postoja. V čom spočíva humanistický životný postoj? Wright (2001) píše, že humanizmus je obranou človeka, zdôraznením jeho ľudskej hodnoty a dôstojnosti.

„Pojem humanizmus zahŕňa niekoľko základných dimenzií:

1. humanizmus ako praktický prejav a dôsledok ľudskej činnosti, ktorej výsledkom je poľudšťovanie okolitého sveta v súvislosti so spradmetňovaním ľudských bytostných síl,
2. humanizmus ako vedomé úsilie o rozvoj človeka v zmysle rozvoja a kultivácie jeho ľudských potencií a schopností,
3. humanizmus ako cieľavedomé úsilie o vytváranie a presadzovanie takých podmienok pre život človeka, ktoré sú v súlade s ideálom ľudskosti ako morálnou kategóriou“ (Briška, 2000, s. 125). Autor Briška (2000, s. 120) vymedzuje tézu, že človek ako racionálna a hodnotiaci bytosť neponecháva rozvoj ľudskosti živelnosti a náhode, ale tento proces robí predmetom svojho poznávania, vedome ho projektuje a anticipuje. Človek sa vedome usiluje o emancipáciu a umocňovanie pozitívnych ľudských kvalít v konkrétnych životných situáciách. Napriek rôznorodosti humanistických ideí v ľudských dejinách môžeme obsah a zmysel humanizmu charakterizovať ako: 1. požiadavku rozvoja ľudského „Ja“, bytostných síl človeka, 2. požiadavku lepších vzťahov medzi ľuďmi navzájom, rozvoja „Ja a Ty“.

Prvý rozmer zdôrazňuje „rozvoj človeka“, „hlbku ľudskej dôstojnosti“, požaduje vzdelanie a kultúrnosť, bojuje

o skvalitnenie života individua. Druhý rozmer „*Ja a Ty*“ zdôrazňuje „poľudštenie vzťahov medzi ľuďmi“, ľudskosť konania a prístupu človeka k človeku (humánnosť, humanitu, filantropiu), preto sa viac zaoberá morálkou, ale i politikou (Briška, 2000, s. 120).

Humanizmus je spoločný záujem o človeka, jeho práva, slobodu a dôstojnosť. „Humanita je výrazom vnútornej dobroty a dobrej vôle, lásky k blížnemu, k človeku, radosti z krásna, z mravnej sily a slobody“ (Briška, 2000, s. 121).

Uvedené atribúty by mali byť neodmysliteľnou črtou osobnosti sestry, sú jej vrozenými schopnosťami, alebo získanými v procese výchovy a socializácie, alebo ich sestra nadobudne procesom učenia sa a životnými, ako aj pracovnými skúsenosťami. Humanizmus vyjadruje ľudskú podstatu úsilia, sprostredkúva nové životné ideály, estetické a morálne hodnoty. Ak by sme analyzovali bohatú literárnu tvorbu renesančného obdobia mohli by sme dedukovať kategórie, ktoré humanizmus charakterizujú. Za základnú kategóriu označujeme ľudskú dôstojnosť; k ďalším radíme čnosť; oddanosť; rozumnosť, ale tiež je v službe cti; láskavosť; vľúdnosť; úprimnosť voči priateľom; nepodliehať dobe. Myslíme si, že uvedené spôsobilosti predstavujú tzv. „chrbtovú kosť“ aj v súčasnom období, najmä ak diskutujeme o humanizácii ošetrovateľskej profesie.

Autori Brnula, Kusin (2013, s. 14) vymedzujú humanizmus ako „produkt ľudskej súčinnosti, sociálnej kooperácie, vytvárajúcej priestor pre solidaritu a vzájomnú pomoc; sociálna kooperácia je však – v zásade – racionálna, cieľavedomá, preto má aj svoje racionálne určenie, vychádza z človeka pre človeka. Antropometrická racionalita v oblasti humanity je vyjadrením miery sebareflexie človeka, miery subjektívnej zrelosti, od ktorej sa odvíjajú aj morálne kvality – nezištnosť, solidarita, potreba pomoci s dominujúcou absenciou reciprocitý atď.“. Na inom mieste Brnula (2012, s. 13) uvádza, že „humanistický prístup - pomáhanie nie je možné obmedziť len na pudy, pretože ide o činnosť jedinečnú, humánnu a etickú. Základom pre pomáhanie medzi ľuďmi je tzv. „kultúrny princíp“, ktorý pretvoril biologické základy človeka. U ľudí hovoríme

o tzv. altruizme - ako nesebeckom spôsobe myslenia, cítenia a nezištného konania v prospech iných, ako mravnom princípe. V podstate ide o ochotu pomáhať bez očakávania nejakej odmeny“.

V ošetrovatelstve vnímame ako inšpirujúce pre proces vzdelávania a humanizácie povolania sestry využitie humanistických ošetrovatel'ských modelov a teórií.

Pavlíková (2006, s. 9) vymedzuje „humanizmus ako filozofický smer akceptujúci hodnotu človeka ako osobnosti, jeho právo na slobodu a šťastie, na rozvoj jeho síl a schopností. Zdôrazňuje význam schopností človeka. Proti poznaniu Boha stavia poznanie človeka a prírody. Považuje zásady rovnosti, spravodlivosti a ľudskosti za normy vzťahov medzi ľuďmi. Zaoberá sa ľudskými atribútmi a charakteristikami, ktoré sú za ľudské považované“.

Humanistické ošetrovatel'ské modely a teórie vychádzajú z princípov humanizmu, rešpektovania ľudských práv pacientov. Ich charakteristickými rysmi je empatia, súcit, úcta k človeku, akceptácia autonómie a slobody jednotlivca. K humanistickým modelom a teóriám v ošetrovatelstve zaraďujeme modely autoriek Florence Nightingale, Virginia Henderson, Faye Abdallah, Lýdie Hall, Dorothea Orem, Evelyn Adam, Nancy Roper – Winifred Logan – Alison Tierney, Jean Watson, Madeleine Leininger, Rosemarie Parse Rizzo, Patricia Benner. Autorka ošetrovatel'ského modelu humanistickej starostlivosti Margareta Jean Harman Watsonová chápe starostlivosť ako medziľudský vzťah medzi sestrou a jedincom, cieľom ktorého je ochrana ľudskej dôstojnosti. „Profesionálne ošetrovatel'stvo by sa malo podľa autorky vyvíjať v kombinácii so štúdiom vedy o ľudskosti. Podľa Watsonovej je cieľom ošetrovatel'stva uľahčiť jedincovi dosiahnuť vyšší stupeň harmónie mysle, tela a duše, ktorá vychádza z poznania seba samého, z úcty k sebe, vedie k uzdravovaniu a procesu starostlivosti o seba. Watsonová považuje za umenie vytvoriť uvoľnené prostredie pre holistickú starostlivosť o jedinca. Verí, že štúdiom humanity sa rozširuje myslenie, zlepšujú sa pochody mysle a osobný rast“ (Farkašová a kol., 2005, s. 150).

Teória humanistickej starostlivosti je založená na 10 základných faktoroch zameraných na uspokojovanie ľudských potrieb:

1. Formulácia humanisticko-altruistických hodnôt – dobrý pocit zo seba samého, z vytvárania vzájomného pochopenia a ústretovosti.
2. Vytváranie optimizmu, dôvery a nádeje.
3. Pestovanie citlivého postoja voči sebe a iným.
4. Vytvorenie vzťahu pomoci a dôvery. Tento faktor zahŕňa účinnú komunikáciu, vcítenie sa do duševných stavov iných, nezištnú srdečnosť a rozvíja aj schopnosť vyjadrovať pozitívne a negatívne city.
5. Akceptovanie a podpora pozitívnych, ale aj negatívnych prejavov vo vzájomnej interakcii, rozlíšenie emocionálneho a intelektuálneho porozumenia situácie.
6. Používanie zmysluplného a tvorivého prístupu v ošetrovateľskej starostlivosti.
7. Zlepšovanie vzájomného učenia sa. Faktor presúva zodpovednosť za zdravie na jedinca.
8. Zabezpečenie podporujúceho, ochraňujúceho a pozitívneho duševného, telesného a kultúrno-sociálneho prostredia.
9. Napomáhanie uspokojovania ľudských potrieb.
10. Pochopenie seba samého a iných s citlivosťou k existenčným fenomologickým spirituálnym silám.

Fenomológia opisuje údaje o bezprostrednej situácii, ktoré pomáhajú ľuďom pochopiť dané fenomény (javy). (Farkašová a kol., 2005, s. 151; In Kozierová – Erbová – Olivieriová, 1995; s. 72 – 73; 1979, s. 10 – 208; 1988, s. 75) „Watsonová posúva model humanistickej starostlivosti viac k holistickému, humanistickému, otvorenému systému harmónie, interpretácii a k nadhľadu na nové smery, ktoré odrážajú epistemologické smerovanie. Vyzdvihuje význam starostlivosti ako základnú doménu ošetrovateľstva, verí, že model pomôže sestram rozvinúť zmysluplnú morálnu a filozofickú bázu pre ošetrovateľskú prax. Charakteristikou sestry je, že je zodpovedná za poskytovanie starostlivosti niekomu ako neopakovateľnej

bytosti, vníma pocity iného a pozerá na ľudské bytosti ako výnimočné individuality“ (Farkašová a kol., 2005, s. 153).

Sestra s humanistickým prístupom berie do úvahy všetky známe fakty o klientovi/pacientovi: myšlienky, pocity, hodnoty, skúsenosti, náklonnosti, túžby, správanie a telo (In Kozierová – Erbová – Olivieriová, 1995; s. 71: La Monica, 1985, s. 2). Pochopenie si vyžaduje schopnosť načúvať iným a vnímať pocity iných. Čin si vyžaduje schopnosť odpovedať (reagovať) otvorene a srdečne s cieľom vyvolať pocit optimálneho blaha (In Kozierová – Erbová – Olivieriová, 1995; s. 71: Slevin a Harter, 1987, s. 24).

Záver

Uplatnenie humanizmu je vždy ťažkou úlohou, s ktorou musí po novom zápasit' takmer každá generácia. To však neznamená, že sa máme vzdať upevňovania a hľadania dimenzií ľudskosti (humanity) a ich vedomého formulovania a presadzovania (humanizmu) (Briška, 2000, s. 131). Humanizmus, ktorý do centra kladie blaho človeka, musí dnes silnejšie akcentovať solidaritu medzi ľuďmi než sebarealizáciu jednotlivých indivíduí.

Myslíme si, že ak prijímame tézu, že humanizmus je črtou ošetrovatel'stva, tak láska k blížnemu je chápaná ako základ pomoci. Košč (2008) dopĺňa, že láska k blížnemu sa uskutočňuje v srdci človeka a prejavuje sa v medziľudských vzťahoch aj v sociálnych interakciách človeka k človeku, pričom pri samotných prejavoch lásky treba dať druhému nielen čosi, ale aj čosi zo seba samotného. Láska k blížnemu znamená teda nielen prijatie iného, ale aj samotný základ ľudskej spoločnosti – ľudskej koexistencie (Ludewig, 2007, s. 43).

Zoznam bibliografických odkazov

- Antológia z dielov filozofov. 2006. *Humanizmus a renesancia*. Bratislava: IRIS, 2006. 543 s. ISBN 978-80-89238-10-1.
- BRIŠKA, F. 2000. *Problém človeka a humanizmu v politickej filozofii*. Bratislava: IRIS, 2000. 144 s. ISBN 80-88778-97-2.

- BRNULA, P. 2012. *Sociálna práca. Dejiny, teórie a modely*. Bratislava: IRIS, 2012. 257 s. ISBN 978-80-89256-91-4.
- BRNULA, P. – KUSIN, V. 2013. *Fenomén pomoci v sociálnom myslení*. Bratislava: IRIS, 2013. 151 s. ISBN 978-80-89238-81-1.
- CARROLL, J. 1996. *Humanizmus. Zánik západní kultury*. Brno: Tisk Arch, 1996. 198 s. ISBN 80-85959-13-5.
- FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2005. *Ošetrovatel'stvo – teória*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4.
- HANZLÍKOVÁ, A. 2011. *Profesionálne ošetrovatel'stvo a jeho regulácia*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2011. 154 s. ISBN 978-80-8063-360-8.
- KOŠČ, S. a kol. 2008. *Výkladový slovník katolíckej sociálnej náuky*. 1. vyd. Ružomberok: PdF KU v Ružomberku, 2008. 151 s. ISBN 978-80-8084-338-0.
- KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovatel'stvo 1, 2*. 1. slovenské vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
- LUDEWIG, K. 2007. *Systematická terapie. Základy klinické teórie a praxe*. 2.vyd. Praha: Institut pro systematickou zkušenost, 2007. 108 s. Interný materiál inštitútu.
- PAVLÍKOVÁ, S. 2006. *Modely ošetrovatel'ství v kocke*. Praha: GRADA Publishing, 2006. 149 s. ISBN 80-247-1211-3.
- WRIGHT, G. H. 2001. *Humanizmus ako životný postoj*. Translation: Milan Žitný. Söderström: Co. Publishers, 2001. 159 s. ISBN 80-7149-363-5.

ROZHODOVANIE V ROLY SESTRY MANAŽÉRKY

Dreisigová Ingrid, Kilíková Mária

Úvod

Rozhodovanie môžeme považovať za najvýznamnejšiu súčasť každodenných riadiacich činností sestry manažérky. Od sestry manažérky sa očakáva, že bude prijímať správne rozhodnutia, podložené relevantnými informáciami a doplnené jej správnym úsudkom. Ide vždy o správnu voľbu medzi dvoma či viacerými variantmi. Výber správnej varianty však musí byť zodpovedný, lebo môže závažne ovplyvniť kvalitu práce zamestnancov, ako aj kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach. Úspešní manažéri majú vysoký podiel dobrých rozhodnutí, ale cesta k ich dosiahnutiu nie je vôbec jednoduchá. Jankelová a Szabo (2012, s.5) poukazujú, že história i súčasná prax ukazuje na mnoho nesprávnych volieb, ktoré viedli k negatívnym výsledkom. „Nič nie je dôležitejšie ako vedieť, ako sa správne rozhodnúť“. Rozhodovanie je jednou z najvýznamnejších aktivít manažérov ako uvádza Szabo a Jankelová (2010, s. 9) „ a preto sa často považuje za jadro manažmentu“. Teoretici definujú rozhodovanie ako proces, v ktorom sa z niekoľkých možných variantov riešení určitého problému vyberá jeden variant– alternatíva riešenia (Kilíková, Jakušová, 2008, s.110). K základným prvkom rozhodovacieho procesu ako uvádza Szabo a Jankelová (2010, s.12) patria:

Cieľ rozhodovania predstavuje budúci, želaný stav napríklad zlepšenie kvality poskytovaných služieb, zníženie nákladov na lieky a pod.

Kritéria rozhodovania predstavujú určité hľadiská, požiadavky, podľa ktorých rozhodovateľ posudzuje jednotlivé varianty riešenia a mieru splnenia cieľa.

Problém rozhodovania je daný odchýlkou, poruchou, nedostatkom alebo inou disfunkciou objektu rozhodovania. Vo všeobecnosti ho možno charakterizovať ako určitý rozdiel medzi

skutočným stavom daného systému a jeho cieľovým stavom. Problémy rozhodovania vznikajú ako dôsledok medzi želaným – cieľovým stavom nejakého systému a jeho stavom skutočným. V takomto prípade sa nesúlad medzi želaným a skutočným stavom rieši formulovaním problému rozhodovania.

Subjekt rozhodovania je osoba teda v našom prípade sestra manažérka.

Objekt rozhodovania je problém, ktorého sa rozhodovanie týka.

Variety rozhodovania predstavujú možné spôsoby (alternatívy) riešenia rozhodovacieho problému, ktoré vedú k splneniu stanoveného cieľa.

Dôsledky rozhodovania s variantmi rozhodovania sú úzko späté ich dôsledky, ktoré predpokladajú dosahy, resp. účinky realizácie jednotlivých variantov.

Stavy sveta (stavy okolia) sú to scenáre, podmienky rozhodovania predstavujú súbor faktorov, ktoré vplyvajú na rozhodovanie a dôsledky jednotlivých variantov. Tieto faktory môžu byť vnútorné ale aj vonkajšie. Z hľadiska možností ich možností ovplyvnenia rozhodovateľom rozlišujeme objektívne a subjektívne faktory rozhodovania.

Metódy rozhodovania chápeme ako postupy a spôsoby, ktorými chceme dosiahnuť správne rozhodnutie.

Fázy rozhodovacieho procesu tvoria samostatnú časť rozhodovacieho procesu, ktorá logicky zoskupuje príbuzné čiastkové činnosti. Postupnosť jednotlivých po sebe nasledujúcich fáz vytvára štruktúru rozhodovacieho procesu. Kilíková a Jakušová (2008,s.110) charakterizuje rozhodovací proces aj ako „*boj motívov*“. Autorky ďalej uvádzajú, že v manažmente ošetrovateľstva je dôležité ohodnotenie významnosti predmetu rozhodovania a uvedenie si dosahu a rozsahu dôsledkov rozhodnutia. Kým Bělohávek udáva 7 fáz rozhodovacieho procesu, Kilíková a Jakušová (Plevová, 2012,s.8) vymedzujú 5 vzájomne sa prelínajúcich fáz a to: -Ujasnenie si problému a určenie cieľa. -Zhodnotenie situácie a podmienok rozhodovania. -Hľadanie alternatív riešenia problému. -Posúdenie alternatív a rozhodnutie. -Oznámenie výsledku rozhodnutia.

Mika (2006,s.45) sa podrobne venuje analýze problému, odporúča hľadať odpovede na otázky: -Aký problém treba riešiť? Čo sa zmenilo na situácii z obdobia pred vznikom problému? Čo táto zmena môže ohroziť? - Čo je jeho podstatou? Ako táto zmena ovplyvnila fungovanie a ciele riadeného systému? -Prečo je treba tento problém riešiť? -Prečo vznikol? Čo je jeho príčinou? -Čo prispelo k jeho vzniku? Ako bolo možné mu zabrániť?

Kilíková a Jakušová (2008,s.111) odporúča pri stanovení kritérií hodnotenia riešenia rozhodnutia, aby sestra manažérka si zodpovedala na tieto otázky: - Poznáme všetky konkrétnosti na prijatie rozhodnutia? -Nebude navrhované riešenie nevýhodné s ohľadom na faktor času? - Čo sa stane, keď nevykonáme nič z toho čo navrhujeme? -Je riešenie legálne? -Je riešenie etické? - Ako ovplyvní naše rozhodnutie ekonomickú stabilitu organizácie? -Ako bude vnímať verejnosť naše rozhodnutie? - Existujú proti tomu rozhodnutiu podporné alebo protichodné argumenty? Plevová (2012,s.115) odporúča v rozhodovacom procese zvážiť tieto záležitosti: -Čo sa má urobiť? -Čo môže naše aktivity ohroziť alebo čo môžu tieto aktivity spôsobiť? -Kto má splniť naše rozhodnutie? -Kedy sa má príslušná činnosť urobiť? - Aké prostriedky sú nutné, aby bolo možné rozhodnutie splniť? - Kto prevedie kontrolu plnenia a akým spôsobom? Rozhodovací proces nie je jednoduchou záležitosťou - výsledkom je rozhodnutie, za ktoré sestra manažérka nesie plnú zodpovednosť.

Metódy rozhodovania môžeme podľa Sedláka (2001) rozdeliť do nasledovných hlavných skupín na: **-empirické; -matematicko-štatistické a ostatné**, ktorých základom sú **heuristické metódy**.

Mika (2006,s.43-44) poukazuje na členenie rozhodovacích metód podľa rôznych hľadísk a to: na **empirické metódy, exaktné metódy, heuristické metódy**, prípadne ich rôzne kombinácie. Velichová (2008,s.17) uvádza, že „výber metódy závisí od charakteru rozhodovacieho procesu, od množstva a kvality získaných informácií a od podmienok za akých sa rozhodovanie uskutočňuje“. Autorka podľa toho, koľko je pri rozhodovaní zastúpených skúseností (empírie) a koľko teórie,

člení tiež rozhodovacie metódy na **empirické metódy, exaktné metódy, heuristické metódy**:

Empirické (tradičné metódy) sa najčastejšie využívajú pri riešení jednoduchých problémov rozhodovania. Opierajú sa o odborné vedomosti, praktické skúsenosti, logické úsudky a intuíciu rozhodovateľov. Empirické metódy sú metódami založenými na skúsenostiach. Podľa Velichovej (2008) kvalita rozhodovania závisí od kvalifikácie a dispozície rozhodovateľa. Szabo (2004) člení empirické metódy na: **empiricko-intuitívne, empiricko-analytické a expertné**.

Empiricko-intuitívne metódy rozhodovania využívajú predovšetkým ako uvádza Magdolenová (2007) na uplatňovanie vlastných skúseností a intuície (poznanie nesprostredkované logickým uvažovaním) manažéra – rozhodovateľa. Kombináciu praktických skúseností a intuície môže sestra manažérka využívať pri rozhodnutiach operatívneho charakteru. V rozhodnutiach málo významných, z pohľadu zdravotníckeho zariadenia ako celku. Použitie intuície ako metódy na podporu rozhodovania má opodstatnenie napríklad v prípadoch, keď: - sestra manažérka má dostatok skúseností s riešením podobného, resp. identického problému z minulosti, - pre riešenie momentálneho problému neexistuje dostatok relevantných informácií, resp. ich overiteľnosť je náročná alebo nemožná, - neexistuje dostatočný časový priestor na zber a analýzu informácií, napriek tomu je nutné prijať rozhodnutie.

Empiricko-intuitívne metódy využíva sestra manažérka vo svojej praxi každodenne. Čím dlhšie vykonáva manažérsku prax, tým viac sa tieto empiricko-intuitívne metódy stávajú súčasťou jej rozhodovacieho procesu.

Empiricko-analytické metódy rozhodovania využívajú rovnako poznatky a skúsenosti manažérov, avšak na rozdiel od empiricko-intuitívnych metód cieľavedomejšie spracúvajú získané informácie, ktoré analyzujú a vyhodnocujú. Empiricko-analytické metódy rozhodovania patria ako uvádza Magdolenová (2007) k najčastejšie používaným v praxi manažérov. Využívajú sa pri rozhodnutiach operatívneho, čiastočne aj taktického charakteru nižšieho stupňa. Ide o prípady, keď sestra manažérka

má dostatok informácií o riešenom probléme z rôznych zdrojov (vnútorných i vonkajších), nie sú však ešte overené a potrebuje všetky informácie ešte dôkladne spracovať a analyzovať. V praxi sestry manažérky ide o prijatie rozhodnutia napr. výber dodávateľa zdravotníckeho materiálu, odmeňovanie pracovníkov, či riešenie personálnych otázok. Na konečnú formuláciu rozhodnutia využije popri analýze v konečnom dôsledku aj vlastné praktické skúsenosti a intuíciu.

Expertné metódy ako uvádza Magdolenová (2007) využívajú kvalifikované názory, hodnotenia, návrhy, odporúčania jednotlivcov - prvotriednych odborníkov, expertov, ktorí sa vyjadrujú k riešenému problému. Sú to metódy využívané predovšetkým pri riešení koncepčných problémov zásadného, strategického významu. K týmto metódam patria: - Metóda Delphi; - Brainstorming; - Brainwriting; - Metóda Synectics; - Metóda scenárov.

Sedlák (2001) konštatuje, že expertné metódy je možné rozdeliť do dvoch skupín a to: **-expertné metódy založené na princípe zisťovania** – anketa, delfská metóda a pod. **-expertné metódy založené na princípe kolektívneho vybavovania myšlienok** – brainstorming, metóda synectics.

Metóda Delphi, alebo delfská metóda ako uvádza Sedlák (2001) je prognostická metóda, ktorá sa zakladá na opakovanom písomnom opytovaní expertov na určité problémy budúceho vývoja, ale najmä na budúce inovácie. Jej cieľom je určiť, ktoré inovácie, kedy a pri akých podmienkach sú pravdepodobné. Pri opakovanom písomnom opytovaní a písomných odpovediach sa zabezpečuje anonymita účastníkov. Tým sa eliminuje pôsobenie autority a kolektívnej sugescie, prípadne psychologického vplyvu argumentov ostatných účastníkov, ako aj nechota ustúpiť od predchádzajúceho názoru. Dôležitou súčasťou je štatistické vyhodnocovanie jednotlivých odpovedí (nie je prekážkou ak sa prejavuje názorový rozptyl).

Brainstorming je metódou tvorivého hľadania riešenia. Na manažérsku techniku ako uvádza Plamínek (2008,s.85) bol zavedený koncom tridsiatich rokov minulého storočia autor tejto techniky je Alex Osborne. Ide o techniku, ktorá umožňuje získať

od skupiny ľudí v pomerne krátkom čase značné množstvo nápadov rôznej kvality. Základné princípy brainstormingu: – voľnosť nápadov (oddelenie fázy vzniku tvorivej myšlienky od fázy jej hodnotenia), - uprednostnenie kvantity pred kvalitou, - strata autorského práva nápadu, - zákaz kritiky.

Metodický postup použitia brainstormingu – vytvorenie vhodnej atmosféry pre voľný tok myšlienok, nápadov, organizácie priebehu, objasnenie, informovanie. Brainstorming zaraďujeme do empirických metód, ale proces generovania nápadov obsahuje aj heuristiku (náhle objavovanie).

Sedlák (2001) uvádza že brainstorming je metódou založenou na tvorivom myslení diskutujúcich osôb s cieľom vyvolať množstvo námetov a nápadov k riešenému problému. Hovorí sa jej preto aj „burza nápadov“. Diskusia prebieha za účasti 5 až 12 účastníkov v uvoľnenej, tvorivej atmosfére riešiteľskej skupiny, v ktorej platia tieto pravidlá: - je vítaný každý nápad, - každá myšlienka musí byť prezentovaná celej skupine, - žiadna myšlienka nesmie byť podrobená kritike, - vítané sú kombinácie a vylepšenia vlastných aj cudzích nápadov, - diskusia je koordinovaná moderátorom, ktorý nápady zapisuje, sám však žiadne nenavrhuje. Brainstorming má rôzne modifikácie, napr.:

-brainstorming didaktický, keď širšie formulovaný problém postupne spresňujeme a konkretizujeme,

-brainstorming deštruktívne konštrukčný, v ktorom najprv definujeme slabiny východiskového objektu a postupne hľadáme možnosti ich odstránenia,

-brainstorming integračný, kedy každý člen skupiny pripraví svoj návrh riešenia, potom sa skupina snaží integrovať prvé dva nápady do jedného s využitím predností oboch nápadov, potom sa priradí tretí námet atď.

Brainwriting je metóda založená na rovnakom princípe ako brainstorming, s tým rozdielom, že v tomto prípade sa nápady zapisujú na papier. Každý člen skupiny dostane čistý hárok papiera, na ktorý napíše v stanovenom čase určitý stanovený počet námetov - tri. Potom podá svoj papier susedovi po ľavej strane a zoberie si papier od suseda po pravici. Naň pripíše ďalšie

tri námety, ktoré môžu byť celkom nové, alebo sa môže inšpirovať už napísanými. Tak koluje každý hárok papiera, až obide všetkých účastníkov skupiny. Nakoniec sa vyhodnotia všetky nápady.

Metóda Synectics alebo synektika je účinnou metódou originálneho riešenia nových strategických výziev ako uvádza Magdolenová (2007) a rozvíja spoluprácu, ktorá je založená na konštruktívnej komunikácii a dôvere v strategickom tíme. Rovnako ako predchádzajúce expertné metódy, je to kolektívna metóda rozhodovania. Jej podstatou je, že niekoľko účastníkov pracovnej skupiny voľne diskutuje o téme (riešenom probléme) v neformálnom prostredí. Vládne dobrá pohoda a každý sa vyjadruje k rôznym okolnostiam a hľadiskám riešeného problému, nesnaží sa však za každú cenu vysloviť návrh riešenia. Všetci sa pokúšajú vniesť do problému nové svetlo, neobvyklý pohľad, čím sa narúša rutinný, tradičný náhľad a prekonáva sa bariéra návykov. Originalita myslenia sa prejavuje napríklad v hľadaní analógií a v metaforickom vyjadrovaní.

Metóda scenárov túto metódu popisuje Magdolenová (2007) podľa Šarmíra ako rozhodovaciu metódu spočívajúcu v konzistentnom usporiadaní rôznorodých informácií o možnom vývoji sledovanej skutočnosti, nastoleného problému do alternatívnych vízií budúceho možného vývoja. Takéto vízie majú zvyčajne základné elementy: - popis východiskovej základne, v ktorej sa prezentuje súčasná realita a dynamika skúmaného javu, - možné alternatívy budúceho vývojového postupu, pričom sa vezmú do úvahy možné komplikácie, ktoré možno predpokladať v budúcich rokoch a pre riešenie ktorých je potrebné formulovať viaceré hypotézy na ich prekonanie, - finálne vízie, načrtnutie konečnej podoby očakávanej reality, ktoré vzniknú v dôsledku presadenia sa vývojových alternatív spomínaných v predchádzajúcom bode.

Matematicko-štatistické metódy. Hlavným rozdielom ako uvádza Sedlák (2001) exaktného rozhodovania v porovnaní s empirickým je formalizácia rozhodovacieho procesu v podobe modelu skúmaného systému s kvantitatívnym vyjadrením

vzťahov jeho prvkov. Exaktné metódy pri rozhodovaní podľa Sedláka (2001) môžeme rozdeliť do troch skupín:

Metódy matematickej štatistiky patrí sem teória pravdepodobnosti, korelačná analýza a analýza časových radov, ktoré sa pri rozhodovaní najviac používajú.

Metódy matematickej analýzy a lineárnej algebry je to predovšetkým diferenciálny počet z matematickej analýzy.

Metódy operačnej analýzy - patrí k nej súbor nie celkom rovnakých teórií a metód, ktorých poslaním je optimálne riešenie ekonomických problémov.

Heuristické metódy rozhodovania ako uvádza Velichová (2008,s.18) spájajú výhody empirických a exaktných metód. K základným heuristickým metódam v teórii rozhodovania patrí ako uvádza autorka „*analógia, abstrakcia, stanovenie priorít, metóda rozhodovacích tabuliek, metóda rozhodovacieho stromu, a metóda rozhodovacej analýzy*“.

Mika (2006,s.10) nazýva heuristické metódy – ako „objaviteľské“ - ide o metódy, ktoré využívajú skúseností i tvorivé schopnosti manažéra, často sú kombináciou viacerých metód.

Metóda rozhodovacích tabuliek bola ako uvádza Straková (1985) vyvinutá koncom 50. rokov v USA. Rozhodovacie tabuľky umožňujú veľmi priehľadne vyjadriť aj najzložitejšie logické väzby a vzťahy. V práci sestry manažérky dochádza často k zložitým situáciám kedy sa musí sestra manažérka rýchlo orientovať a rýchlo sa rozhodnúť. Označiť sestram presnou formou zložitý pracovný postup, vyjadriť sa čo najjednoduchšie, tak aby tomu všetci rozumeli. V týchto situáciách je vhodné využiť metódu rozhodovacích tabuliek. Rozhodovacia tabuľka má určitú presnú štruktúru a sa skladá zo štyroch kvadrantov.

1. Kvadrant obsahuje formuláciu podmienok. 2. Kvadrant obsahuje formuláciu výsledných činností (rozhodnutí), na základe splnenia či nesplnenia podmienok z I. kvadrantu. 3. a 4. kvadrant tvoria kombinácie podmienok a z nich vyplývajúcich činností.

Tabuľka 1 Rozhodovacia tabuľka

Záhlavie rozhodovacej tabuľky	Záhlavie pravidiel
1. Podmienky - (aké sú rozhodovacie podmienky riešenia problému?)	3. Voľba podmienok (aké kombinácie podmienok sa môžu vyskytnúť v praxi?)
2. Činnosti – (aké činnosti treba urobiť na vyriešenie problému)	4. Voľba činností (ktoré činnosti treba urobiť pri jednotlivých kombináciách podmienok?)

Metóda rozhodovacieho stromu ako uvádza Fotr (2010,s.300) patrí medzi grafické nástroje podpory rozhodovania, ktorý využíva pojmový aparát teórie grafov, pričom zobrazuje možné varianty, rizikové faktory, vývoj týchto rizikových faktorov a dopady rizikových variant.

Metóda rozhodovacej analýzy – je najprepracovanejšia metóda. Pozostáva z viacerých kritérií, podľa ktorých sa hodnotí alternatíva. Straková (1985) uvádza, že rozhodovacia analýza vychádza zo systémovej analýzy. Vymedzuje prvky riešeného problému a skúma vzťahy medzi nimi, aby bolo možné hodnotiť stanovené varianty a vybrať variant optimálny. Autorka ďalej uvádza, že táto metóda je založená na odborných znalostiach, schopnostiach a logickom myslení. Používa sa predovšetkým k riešeniu zložitých neopakovaných rozhodovacích problémov, prípadne pri riešení jedinečných operatívnych rozhodnutí.

Medzi najčastejšie používané rozhodovacie metódy patrí metóda **SWOT analýzy** problému. Najčastejšie je SWOT analýza používaná ako situačná analýza v rámci strategického riadenia. Autorom SWOT analýzy je Albert Humphrey, ktorý ju navrhol v šesťdesiatych rokoch 20. storočia. SWOT analýza (Papula,1993) je skratkou z anglických slov: **S**trengths - silné stránky, **W**eakness- slabé stránky, **O**pportunities – príležitosti, **T**hreats - hrozby. SWOT analýza ako uvádza Sákál (2007) kompletizuje a zoraďuje vnútorné silné a slabé stránky podniku a jeho vonkajšie príležitosti a hrozby podľa dôležitosti. Je to ľahko použiteľný

nástroj pre rýchle spracovanie prehľadu o strategickej situácii podniku. SWOT analýza predstavuje základný bod, v ktorom úlohou stratégie je vytvoriť tesný súlad medzi internými schopnosťami podniku (jeho silami a slabosťami) a jeho vonkajším prostredím (jeho príležitosťami a hrozbami). Vzhľadom k tomu, že metóda SWOT analýzy je veľmi univerzálna, preto je aj jednou z najpoužívanejších analytických techník. Jej využitie v praxi je veľmi široké. Je možné ju použiť pre organizáciu ako celok alebo pre jednotlivé oblasti, produkty alebo iné zámery. Je tiež súčasťou riadenia rizík, pretože postihuje kľúčové zdroje rizík (hrozby), pomáha si ich uvedomiť a prípadne nastaviť protiopatrenia. Pre vonkajšie faktory platí, že je potrebné vopred jasne stanoviť, čo sa za nich, vzhľadom na analyzovaný problém alebo subjekt, považuje. Môže to byť okolie organizácie, alebo okolia jednej organizačnej jednotky. V praxi existuje celý rad rôznych metodík, výkladov a spôsobov vytvárania **SWOT analýzy**.

Tabuľka 2 SWOT analýza

	POMOCNÉ (k dosiahnutiu cieľa)	ŠKODLIVÉ (k dosiahnutiu cieľa)
Vnútorne (atribúty organizácie)	STRENGTHS (silné stránky) •	WEAKNESSES (slabé stránky) •
Vonkajšie (atribúty prostredia)	OPPORTUNITIES (príležitosti) •	THREATS (hrozby) •

Bariéry a chyby v rozhodovaní. Priebeh a výsledky rozhodovacieho procesu ovplyvňuje rad faktorov ako uvádza Mika (2006,s.47) a je možné ich rozdeliť na faktory organizácie (vnútorné) a na faktory prostredia (vonkajšie).

Vnútorne: osobnosť sestry manažérky jej skúsenosti, hodnotový systém – charakter, temperament, vek, interpersonálne vzťahy, názory spolupracovníkov, úroveň podriadených, možnosti a zdroje.

Vonkajšie: informácie o stave okolia, predpokladané dôsledky ,novosť úlohy, disponibilný čas, externé hodnotenie, organizácie, povest', postavenie na trhu, očakávanie sociálneho okolia a pod.

Kilíková (2006, s.178) konštatuje, že vlastnosti osobnosti sestry, spôsob myslenia ako aj jej štýl riadenia podstatne ovplyvňujú ňou riadený rozhodovací proces. Autorka ďalej uvádza, že náchylnosť na pochybovanie je dobrá, ak je v primeranej miere a je súčasťou každého manažérskeho myslenia. Pochybovanie je aj spôsob, ktorý môže viesť k tvorbe nových nápadov, dôkazov a argumentov. Každá sestra manažérka sa v rozhodovacom procese stretáva s mierou rizika, ktorá je závislá od informovanosti sestry manažérky. V procese riešenia strategických problémov je vhodné pre sestru manažérku využiť výhody skupinového rozhodovania. Medzi najčastejšie bariéry efektívneho riešenia problémov ako uvádza Mika (2006) patria najmä: - **nedostatky** v množstve, obsahu, významu a dostupnosti informácií (väčšinou ich je málo, nekompletné, neskoro získané, rýchlo zastarávajúce), - **chyby v percepcii** (vo vnímaní reality, obsahu informácií, vo vnímaní problému) – prejav negatívnych vplyvov osobnostných charakteristík manažéra, nedostatok skúseností, osobné preferencie, postoje, predsudky, - **nedostatky v myslení** – obmedzená pamäť, pomalé spracovávanie informácií, neschopnosť ich komplexne posudzovať (aj vplyv únavy), vzťah k vlastným rozhodnutiam (preceňovanie alebo naopak ich spochybňovanie, obavy z rizika, - **negatívne skupinové vplyvy** - skupinové myslenie, konformnosť, - **organizačné vplyvy** - zasahovanie nadriadených, prispôbenie sa vplyvom (záujmom) niektorých pracovníkov, vplyv rôznych pracovných operácií, vplyv systému odmeňovania (podpora tvorivosti, alebo podpora

dôsledného rešpektovania pravidiel a noriem, - **nedostatok času**, - **stres** – spôsobený časovou tiesňou, množstvom úloh, nedostatkom informácií.

Nollke (Mika,2006,s.50) uvádza najčastejšie vyskytujúce sa chyby v rozhodovaní a to: **Zaobranie sa jednoduchými problémami** – sú relatívne ľahko riešiteľné, výsledok je ľahko sledovateľný, na druhej strane podstatné problémy ostávajú neriešené, čo plodí nasledujúcu chybu.

Odd'aľovanie rozhodnutia je to výraz vzťahu k zodpovednosti za výsledok, ale aj strachu pustiť sa do riešenia zložitého problému, spojený často s presvedčením, že problém sa nejako vyrieši sám.

Unáhlené rozhodnutie je opakom predchádzajúcej chyby, vyplýva väčšinou z preceňovania svojich schopností, úsudkov a záverov, niekedy aj z neschopnosti posúdiť problém za účasti viacerých kompetentných, alebo z obavy z oslabenia vlastnej pozície („som dobrý, lebo sa viem rýchlo rozhodnúť“).

Preceňovanie vlastnej intuície, pocitov, emócií - vychádza z predpokladu, že naše pocity a intuícia (v prípade skúseného manažéra) majú v niektorých prípadoch prevahu nad nedostatkami racionálneho úsudku. Ten by však nemal chýbať v žiadnom rozhodovaní, lebo dôležité je svoje rozhodnutie vedieť racionálne zdôvodniť.

Neschopnosť rozoznať podstatu zložitejšieho problému – ide vlastne o neschopnosť oddeliť nepodstatné, nevýznamné od podstatného, dôležitého. To môže viesť k strate prehľadu, k voľbe neadekvátnych kritérií a tým i nevhodným variantom riešenia.

Venovanie príliš veľa úsilia menej dôležitým problémom – neadekvátne využívanie

času ako aj iných zdrojov. Dôsledkom je, že na podstatné problémy ostáva menej času, riešenie drobných problémov je potom neprimerane nákladné. Prílišné spoliehanie sa na odporúčania odborníkov – vyplýva z vlastnej neistoty. Manažér rozhoduje na základe odporúčania rôznych komisií, či expertov, ktorí však môžu mať iné preferencie, iné skúsenosti, iné kritériá a zväčša poukazujú iba na niektoré aspekty riešenia problému. To

je samozrejme veľmi prínosné, ale zodpovednosť je koniec koncov na manažérovi.

Hekelová (2012,s.53) tvrdí, že pokiaľ manažér nebude vedieť riadiť a motivovať sám seba, nebude môcť byť dlhodobo úspešný pri riadení ostatných. Preto poukazuje, že pre sestru manažérku je nutné vychádzať z týchto štyroch bodov:

- **Manažérskeho kvocienta- MQ**
- **Manažér verzus leader**
- **Orientácia na ľudí alebo výkon**
- **Osobnostná typológia v manažérskej praxi**

Manažérsky kvocient – Owen (Hekelová,2012,s.53) rozdeľuje osobnosť manažéra na tri základné oblasti, ktoré spolu vytvárajú komplexnú osobnosť manažéra vyjadrenú manažérsky kvocientom MQ a to:

- **IQ** (inteligentný kvocient - rozumové riadenie), ktoré zodpovedá schopnosti orientovať sa v rozličných situáciách, myslieť v logických súvislostiach, odborná erudovanosť a teoretická znalosť zásad správneho manažmentu.

- **EQ** (emocionálny kvocient, sociálne riadenie) schopnosť komunikovať, jednať s ľuďmi, motivovať, prakticky riadiť ostatných.

- **PQ** (politický kvocient, mocenské riadenie) schopnosť účelne zachádzať s ľuďmi, ktorá bola manažérovi zverená spolu s jeho funkciou.

Manažér verzus leader spočíva vo využívaní metódy mentoringu - odovzdávania profesijných skúseností a zručností.

Orientácia na ľudí alebo výkon. Ide o vyváženosť používania oboch orientácií.

Osobnostná typológia v manažérskej praxi spočíva v uvedení si svojho osobnostného typu; pochopenie osobnostných typov svojich podriadených; aktívne využívanie typológie pri riadení (Henkelová, 2012,s.64). Sestry manažérky by mali poznať a v zdravotníckej praxi realizovať požiadavky, ktoré vyplývajú z analýzy **4 E** ako to uvádzajú Lednický a Bláha (Jakušová, 2010, s.37):

1. effectiveness – účelnosť, robiť veci správne,

2. **efficiency- účinnosť**, robiť veci správnym spôsobom,
3. **economy – hospodárnosť**, robiť veci s minimálnymi nákladmi,
4. **equity – spravodlivosť, poctivosť**, robiť veci spravodlivo a podľa práva.

Zodpovednosť sestry manažérky pri rozhodovaní. Sestra manažérka v rámci rozhodovania nesie veľkú zodpovednosť v prvom rade voči sebe, či jej rozhodnutie je v súlade s jej morálnym presvedčením a ošetrovateľskou etikou. V rámci rozhodovania ako uvádza Kilíková (2009,s.28) popri morálnej zodpovednosti vyplývajúcej zo stavovskej hrdosti voči spolupracovníkom a vôli dobre riadiť, je sestra manažérka vystavovaná zodpovednosti voči zdravotníckej organizácii, právnej zodpovednosti, ktorá môže mať podobu majetkovoprávnej, trestnoprávnej a pracovnoprávnej zodpovednosti. Rozhodnutia sestry manažérky musia byť v súlade s platnou legislatívou, sestra manažérka musí predvídať neočakávané skutočnosti a dodržiavať právne normy. Jej rozhodnutia majú chrániť a udržiavať zdravie pacientov, zabezpečovať kvalitné a bezpečné pracovné prostredie pre svojich spolupracovníkov, zvyšovať kvalitu a úroveň poskytovaných služieb v nemocnici.

Cieľom práce bola analýza rozhodovacieho procesu u sestier manažérok. Na základe analýzy rozhodovacieho procesu u sestier manažérok na strednom stupni riadenia sme si stanovili ciele prieskumu a to: Zmapovať metódy, ktoré sestry manažérky používajú v rozhodovacom procese na strednom stupni riadenia. Určiť problémovú fázu rozhodovania. Zistiť, ktoré faktory vytvárajú bariéry v rozhodovacom procese u sestier manažérok. Vypracovať schému rozhodovacieho modelu pre sestry manažérky. Na základe cieľov prieskumu sme si stanovili následne prieskumné otázky: Aké metódy a techniky používajú sestry manažérky v rozhodovacom procese? V ktorej fáze rozhodovacieho procesu signalizujú sestry manažérky problém? Ktoré kauzálne faktory vytvárajú bariéry v rozhodovacom procese?

Súbor. Prieskumnú vzorku tvorilo 82 vedúcich sestier zdravotníckych zariadení na Slovensku. Výber respondentov bol zámerný – sestry manažérky na strednom stupni riadenia. Na realizáciu predmetného prieskumu bol potrebný súhlas od Etických komisií zdravotníckych zariadení Fakultná nemocnica J.A. Reimana Prešov, Univerzitná nemocnica L. Pasteura v Košiciach, Východoslovenský onkologický ústav, a.s. Košice.

Metodika

Na získanie údajov sme použili empirickú metódu zberu informácií – dotazník. Dotazník bol rozdelený do troch častí. Dotazník obsahoval spolu 24 písomne formulovaných položiek. Z ktorých boli 23 položky štruktúrované a uzatvorené, jedna položka – demografická vyžadovala doplnenie a to počet rokov manažérskej praxe. V prvej časti dotazníka v položkách 1-17 sme sa zamerali na sebahodnotenie sestier manažérok. Druhá časť dotazníka v položkách 18-21 bola zameraná na bariéry v rozhodovaní a posledná tretia časť dotazníka obsahovala demografické položky 22-24, kde boli uvedené identifikačné údaje zamerané na pozíciu sestier manažérok ako aj dĺžku manažérskej praxe a absolvovanie špecializačného štúdia v manažmente. Vyplnenie dotazníka bolo dobrovoľné a anonymné. Poskytli sme 100 dotazníkov, pričom sa nám vrátilo 86 a vyradili sme 4 dotazníky.

Tabuľka 3 Prehľad štruktúry dotazníka

	Položky na	číslo
A	Sebahodnotenie sestier manažérok	1-17
B	Bariéry v rozhodovaní	18-21
C	Identifikačné údaje	22-24

Metodika spracovania údajov

Na spracovanie výsledkov sme použili počítačový program Microsoft Excel a Word 2007. Vzhľadom na prehľadnejšie a kvantitatívne vymedzenie údajov, percentuálne výpočty zaokrúhľujeme na celé číslo. V prehľadovej tabuľke uvádzame absolútnu a relatívnu početnosť odpovedí

respondentov. Spracované výsledky uvádzame - ilustrujeme v koláčových grafoch.

Výsledky

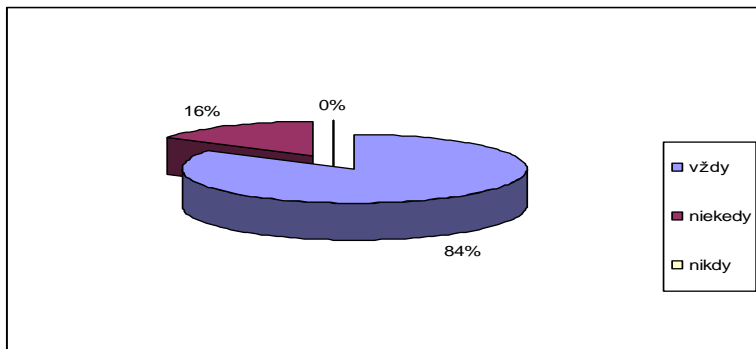
Prieskumu sa zúčastnilo 86 respondentov, 4 respondenti boli vyradený z prieskumu lebo boli manažérky denných zmien. Náš prieskum bol zameraný na sestry manažérky so stredným stupňom riadenia. Priemerný počet rokov **manažérskej praxe** bol **10,5** roka. Pričom najkratšia manažérska prax bola uvedená 0,5 roka a najdlhšia 36 rokov. Špecializačné štúdium v manažmente absolvovalo 51 % respondentov, 49 % uviedlo, že nemá špecializačné štúdium v manažmente, čo je dost' vysoký percentuálny počet a na pozíciu sestry manažérky je absolvovanie tohto štúdia aj podmienené Nariadením vlády Slovenskej republiky 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.

Tabuľka 4 Relatívna a absolútna, početnosť odpovedí respondentov

odpovede na dotazníkové otázky	vždy		niekedy		nikdy	
	n	%	n	%	n	%
1.Jasnosť o probléme pred prijatím rozhodnutia	72	88	10	12	0	0
2.Určenie cieľa pred prijatím rozhodnutia	73	89	9	11	0	0
3.Zhodnotenie podmienok rozhodovania	71	87	11	13	0	0
4.Hľadanie alternatív riešenia problému	75	92	7	8	0	0
5.Posúdenie všetkých možných spôsobov riešenia problému	72	88	10	12	0	0
6.Využitie skúsenosti pri výbere alternatívy riešenia problému	69	84	13	16	0	0
7.Používanie intuície pri výbere alternatívy riešenia problému	15	18	66	80	2	2

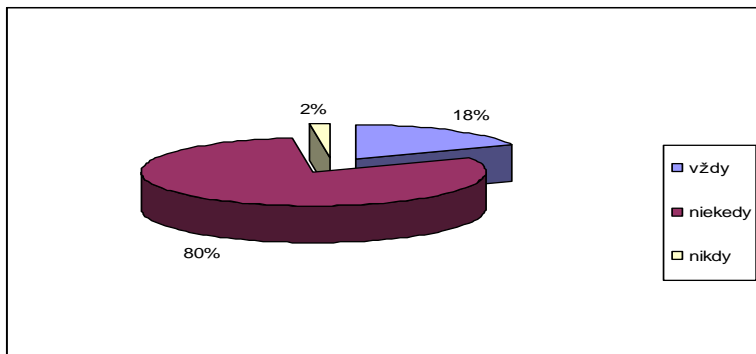
8.Využívanie experimentu pri výbere alternatívny riešenia problému	2	3	30	37	50	60
9.Využívanie poznatkov z vedy a výskumu pri výbere alternatívny riešenie problému	9	12	46	56	27	32
10.Využívanie možností samostatného rozhodovania	27	33	54	66	1	1
11.Využívanie možností kolektívneho rozhodovania	2	3	66	80	14	17
12.Využívanie metódy SWOT analýzy pred prijatím rozhodnutia	15	18	32	39	35	43
13.Využívanie empiricko-analytických metód pred prijatím rozhodnutia	32	39	38	46	12	15
14.Využívanie empiricko-intuitívnych metód pred prijatím rozhodnutia	25	30	55	67	2	3
15.Využívanie metódy brainstormingu pred prijatím rozhodnutia	3	3	39	48	40	49
16.Využívanie ekonomicko-štatistických metód pred prijatím rozhodnutia	6	7	41	50	35	43
17.Istota pred oznámením rozhodnutia	69	84	13	16	0	0
18.Považovanie nedostatku informácií o probléme za bariéru pri rozhodovaní	59	72	23	28	0	0
19.Považovanie zasahovania nadriadených za bariéru pri rozhodovaní	56	69	23	28	3	3
20.Považovanie citovej prepojenosti s problémom za bariéru pri rozhodovaní	24	29	37	45	21	26

21.Považovanie stresu za bariéru pri rozhodovaní	50	61	22	27	10	12
---	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------



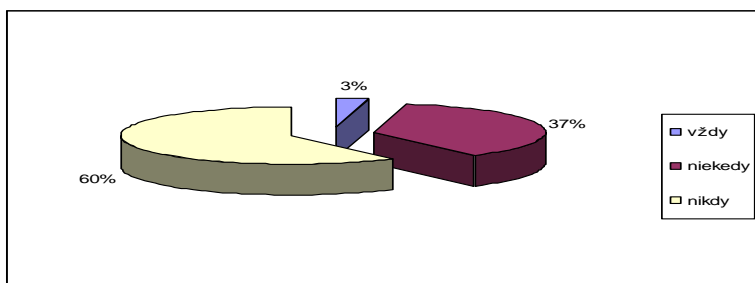
Graf 2 Využitie skúsenosti pri výbere alternatívy riešenia problému

84 % respondentov uviedla, že využíva skúsenosti pri výbere alternatívy riešenia problému, vždy, len 16 % respondentov uviedla, že niekedy a 0 % respondentov nám na uvedenú otázku odpovedalo, že nikdy. Využitie skúsenosti pri výbere alternatív riešenia problému nám potvrdzujú aj výsledky prieskumu, kde priemerná manažérska prax sestier bola 10,5 roka z čoho nám vyplýva, že sestry manažérky už majú dostatočné skúsenosti v manažérskej oblasti.



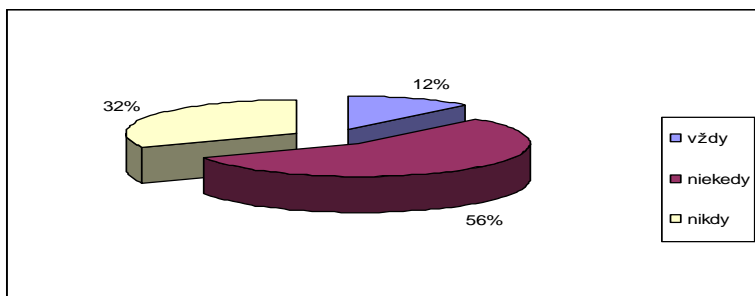
Graf 3 Využívanie intuície pri výbere alternatívy riešenia problému

Intuícia môže byť podmienená skúsenosťou a hrá významnú úlohu pre rýchle rozhodovanie pod časovým tlakom ako aj v každodennej tvorivej činnosti sestier manažérok. Pri výbere alternatívy riešenia problému využíva v našom prieskume intuíciu 80 % respondentov vždy. 18 % respondentov uviedla, že niekedy a 2 % respondentov, že nikdy nevyužívajú intuíciu pri výbere alternatívy riešenia problému.



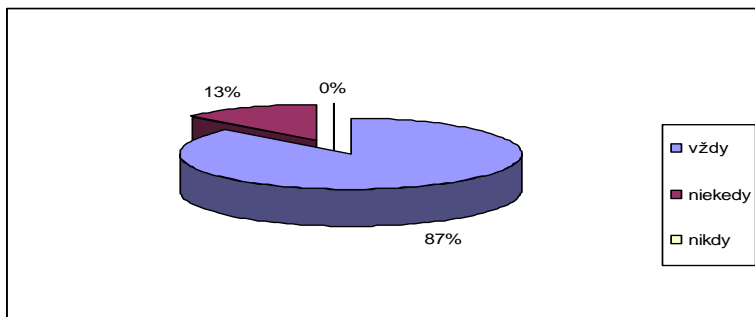
Graf 4 Využívanie experimentu pri výbere alternatívy riešenia problému

V našom prieskume využíva experiment pri výbere alternatívy riešenia problému vždy len 3 % respondentov. Niekedy využíva 37 % respondentov a nikdy nevyužíva experiment 60 % respondentov. Pri rozhodovaní medzi alternatívami je možné niektorú z nich určitým spôsobom vyskúšať a sledovať, čo sa stane. Z uvedených údajov môžeme konštatovať, že experimentálne techniky patria pravdepodobne medzi časovo najnáročnejšie a najnákladnejšie techniky, a to najmä vtedy, ak si vyžadujú veľké kapitálové a osobné výdaje a nie je časový priestor na ich realizáciu. Preto býva táto technika málo využívaná v manažérskej praxi sestier.



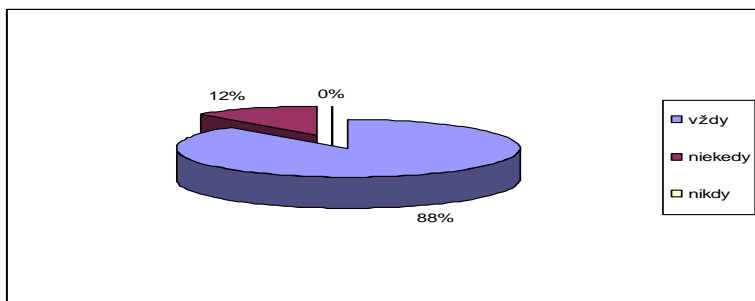
Graf 5 Využívanie poznatkov z vedy a výskumu pri výbere alternatívny riešenie problému

Poznatky z vedy a výskumu využíva vždy len 12 % respondentov, niekedy 56 % respondentov, a nikdy nevyužíva poznatky z vedy a prieskumu 32 % respondentov. Konštatujeme, že manažment v ošetrovatelstve nemá ešte dlhú históriu a využívanie poznatkov z vedy a výskumu sa ešte nedostalo dostatočne do podvedomia sestier manažérok.



Graf 6 Zhodnotenie podmienok rozhodovania

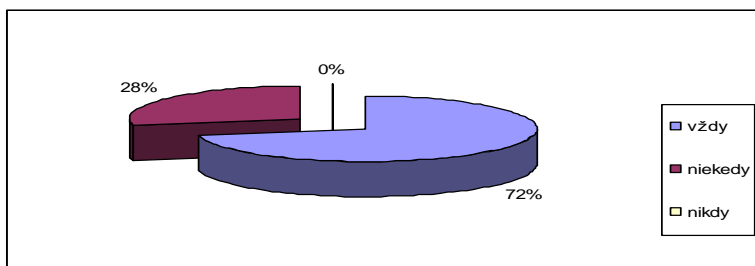
Pred prijatím rozhodnutia je nutné stanovenie podmienok riešenia problému za podmienok určitosti, rizika alebo neurčitosti. Z odpovedí našich respondentov vyplýva, že 87 % respondentov zhodnotí podmienky rozhodovania vždy. 13 % respondentov niekedy zhodnotí a 0 % respondentov uviedla že nikdy.



Graf 7 Jasnosť o probléme pred prijatím rozhodnutia

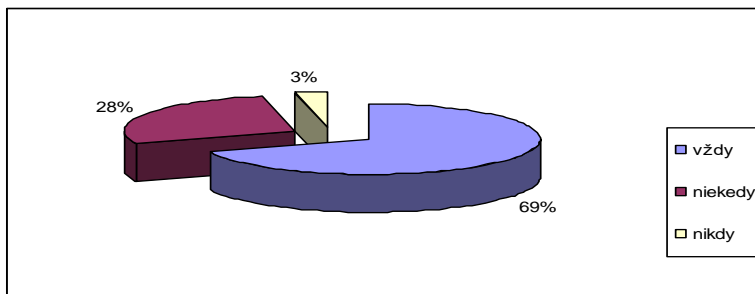
Pred prijatím rozhodnutia má až 88 % respondentov jasno v predmete rozhodnutia, len 12 % respondentov uviedlo, že má v problematike predmetu rozhodnutia niekedy jasno a 0 % odpovedí sme zaznamenali v odpovedi nikdy. Správna definícia problému, teda jasnosť o probléme rozhodnutia je dôležitým začiatkom rozhodovacieho procesu, výsledkom ktorého je prijatie adekvátneho a správneho rozhodnutia.

Bariéry v rozhodovaní. V rámci položiek dotazníka 18 a 21 sme sa zamerali na identifikáciu kauzálnych faktorov, ktoré vytvárajú bariéry v rozhodovacom procese u sestier manažérok. Na základe prieskumnej otázky č.3 - Ktoré kauzálne faktory vytvárajú bariéry v rozhodovacom procese? Identifikovali sme kauzálne faktory bariér v rozhodovacom procese.



Graf 8 Považovanie nedostatku informácií o probléme za bariéru pri rozhodovaní

Až 72 % respondentov označilo, že vždy považuje nedostatok informácií o probléme za bariéru pri rozhodovaní, 28 % niekedy to považuje za bariéru a 0 % označilo v odpovedi, že nikdy. Z teoretických poznatkov, ktoré sme uvádzali v podkapitole bariéry v rozhodovaní je zrejmé, čo nám aj potvrdili výsledky prieskumu, že nedostatky v množstve, obsahu, významu a dostupnosti informácií, ktorých je málo, sú nekompletné, neskoro získané, rýchlo zastarávajúce sú z jednou hlavných bariér pri rozhodovaní sestier manažérok.



Graf 9 Považovanie zasahovania nadriadených za bariéru pri rozhodovaní

69 % respondentov uviedla, že považuje vždy zasahovanie nadriadených pri rozhodovaní za bariéru, že je to niekedy označilo 28 % respondentov. 3 % respondentov to nepovažuje za bariéru pri rozhodovaní. Ak nadriadení zasahujú do rozhodovania sestier, ovplyvňujú tým rozhodnutia sestier manažérok. Sestry manažérky sa nerozhodujú podľa vlastného uváženia, ale na pokyn svojich nadriadených, ktorí im jasne stanovujú kritériá rozhodovania.

Diskusia

Naším prvým čiastkovým cieľom bolo zmapovať metódy, ktoré sestry manažérky používajú v rozhodovacom procese na strednom stupni riadenia. V dotazníkových otázkach číslo 10 až 16 nám sestry manažérky uviedli najčastejšie používané metódy ako empiricko-analytické, ktoré vždy využíva 32 (39 %) sestier manažérok, niekedy ich využíva 38 (46 %) sestier manažérok, empiricko-intuitívne metódy vždy využíva 25 (30 %) sestier

manažérok a niekedy ich využíva 55 (67 %) sestier manažérok, ekonomicko-štatistické metódy vždy využíva 6 (7 %) sestier manažérok, niekedy ich využíva 41 (50 %) sestier manažérok, metódu SWOT analýzy vždy využíva 15 (18 %) sestier manažérok, niekedy ich využíva 32 (39 %) sestier manažérok, metódu brainstormingu vždy využíva 3 (3 %) sestier manažérok, niekedy 39 (48 %) sestier manažérok. Metódu samostatného rozhodovania využíva vždy 27 (33 %) sestier manažérok, niekedy 54 (66 %) sestier manažérok. Metódu kolektívneho rozhodovania vždy využíva 3 (3 %) sestier manažérok, niekedy 66 (80 %) sestier manažérok. Pre porovnanie uvádzame, že Udodik (2007) uskutočnil vlastný výskum na vzorke 57 vrcholových manažérov pracujúcich v podnikoch SR, bol zameraný na skúmanie intenzity využívania vybraných rozhodovacích metód a skúmanie rozdielov vo využívaní vybraných metód manažérmi. Zistil, že v praxi sú najpoužívanejšími ekonomicko-štatistické metódy.

Bolo to dané aj tým, že väčšina manažérov v skúmaných priemyselných podnikoch mala formálne vzdelanie technického smeru, na základe čoho inklinovali k využívaniu práve tejto skupiny metód. Touto skutočnosťou možno vysvetliť aj sklon k nevyužívaniu, resp. až nepoznaniu klasických manažérskych nástrojov, ako analýzy SWOT. Pochopiteľne, možno za tým hľadať aj iné dôvody, napríklad ich praktickú nevyužitelnosť na určitých úsekoch riadenia. Mika (2006) udáva, že v súčasnej manažérskej praxi sa využíva množstvo metód a techník, mnohé z nich patria ku klasike manažérskej teórie a praxe, iné sú výsledkom hľadania vhodnejších metód a postupov. Je možné súhlasiť s autorom, avšak pre potrebu manažmentu ošetrovateľstva by bolo vhodné zostaviť špecifický kurz metód a techník pre sestry manažérky. Taiš (2012) uvádza s čím súhlasíme, že metódy rozhodovania sú nástrojmi poznania a riešenia problémov. Sumarizujú osobitné pravidlá, ktorými sa treba riadiť pri poznávaní a riešení problémov, aby sa získali požadované výsledky. Pomáhajú subjektu rozhodovania, teda v našom ponímaní sestram manažérkam prijať čo najlepšie rozhodnutie. Tie najjednoduchšie metódy sa opierajú o osobné skúsenosti a tie najzložitejšie sú založené na vedeckých

poznatkoch. Voľba metódy závisí od charakteru rozhodovacieho procesu (problému), od charakteru situácie a najmä od cieľov, od hlavného smerovania organizácie, od dostupnosti a kvality informácií a ďalších faktorov.

Naším druhým čiastkovým cieľom bolo určiť problémovú fázu rozhodovania. V dotazníkových otázkach 1 až 9 a v otázke č.17 sme zistili, že v prvej fáze rozhodovacieho procesu – ujasnenie si problému 72 (88 %) sestier manažérok má vždy jasno v probléme, ktorý je predmetom jej rozhodnutia, niekedy jasno má 10 (12 %) sestier manažérok. Pred prijatím rozhodnutia si určí cieľ vždy 73 (89 %) sestier manažérok a niekedy si určí cieľ 9 (11 %) sestier manažérok. Môžeme konštatovať, že v tejto prvej fáze rozhodovacieho procesu podľa výsledku prieskumu sestry nemajú problém. V druhej fáze rozhodovacieho procesu zhodnotenie situácie a podmienok rozhodovania sme zistili, že 71 (87 %) sestier manažérok vždy zhodnotí podmienky rozhodovanie, niekedy zhodnotí 11 (13 %) sestier manažérok. Tu môžeme konštatovať, že 11 (13 %) sestier má problém, lebo pri rozhodovaní musí sestra manažérka jednoznačne zhodnotiť situáciu a podmienky rozhodovania. Podmienky rozhodovania predstavujú súbor faktorov, ktoré ovplyvňujú rozhodnutie, ktoré môže byť v podmienkach istoty, v podmienkach rizika a v podmienkach neurčitosti. V tretej fáze rozhodovacieho procesu hľadanie alternatív riešenia problému pred prijatím rozhodnutia sme zistili, že 75 (92 %) sestier manažérok vždy hľadá alternatívu riešenia problému a niekedy hľadá 7 (8 %) sestier manažérok. Môžeme z uvedeného konštatovať, že v tejto fáze rozhodovacieho procesu sestry manažérky nemajú problém. V štvrtej fáze rozhodovacieho procesu posúdenie alternatív riešenia problému sme z prieskumu zistili, že 72 (88 %) sestier manažérok pred prijatím rozhodnutia vždy posúdi všetky možné spôsoby riešenia problému a niekedy posúdi 10 (12 %) sestier manažérok. Aj v tejto fáze sa nám nejaví, že by sestry manažérky mali problém.

V piatej fáze – oznámenie výsledku rozhodnutia a istota s prijatím rozhodnutím sme zistili, že 69 (84 %) sestier manažérok je si vždy istá svojim rozhodnutím a niekedy isté sú

13 (16 %) sestier manažérok. Môžeme konštatovať, že 13 sestier teda (16 %) sestier manažérok signalizujú problém, vzhľadom k tomu sme si zistili aj dĺžku manažérskej praxe týchto 13 sestier ktorá bola priemerne 2 roky z uvedeného nám vyplýva že, táto neistota je vplyvom nedostatku skúsenosti a krátkodobým pôsobením na manažérskej pozícii.

Tretí čiastkový cieľ bol zistiť, ktoré faktory vytvárajú bariéry v rozhodovacom procese u sestier manažérok. V dotazníkových otázkach č.18 až 21 sme zistili, že nedostatok informácií považuje vždy 59 (72 %) sestier manažérok za bariéru pri rozhodovaní, niekedy to považuje za bariéru 23 (28 %) sestier manažérok a ani jedna (0 %) neuviedla v odpovedi nikdy, že to považuje za bariéru. Z uvedeného môžeme konštatovať, že nedostatok informácií môžeme považovať za bariéru. Nedostatok informácií, hlbšie poznanie problému a uvedenie si jeho príčiny vyzdvihuje aj Blažek (2011) s čím súhlasíme, odporúča aby v prvej fáze rozhodovacieho procesu bolo zaistené efektívne získavanie informácií, aby bol určený ich vhodný rozsah a aby bola urobená správna a dôkladná interpretácia získaných informácií. Zasahovanie nadriadených do rozhodnutí sestier manažérok považuje za bariéru vždy 56 (69 %) sestier manažérok, niekedy to považuje za bariéru 23 (28 %) sestier manažérok a len 3 (3 %) sestier manažérok to nepovažuje za bariéru.

Jednoznačne môžeme konštatovať, že zasahovanie nadriadených do rozhodnutí sestier manažérok považujeme za bariéru v rozhodovaní. Na porovnanie uvádzame, že Mika (2006) zaraďuje za najčastejšie bariéry efektívneho riešenia problémov organizačné vplyvy - zasahovanie nadriadených s čím súhlasíme. Sestra manažérka ak má vopred stanovené kritéria výberu alternatív riešenia problému svojimi nadriadenými, má obmedzené kompetencie, hrá len úlohu sprostredkovateľa a nie rozhodovateľa. Citovú prepojenosť s problémom považuje za bariéru pri rozhodovaní vždy 24 (29 %) sestier manažérok, niekedy to považuje za bariéru 37 (45 %) sestier manažérok a nikdy 21 (26 %) sestier manažérok. Väčšina sestier manažérok považuje citovú prepojenosť za bariéru pri rozhodovaní. Mika

(2006) považuje preceňovanie vlastných pocitov a emócií za chyby v rozhodovaní, pričom doporučuje, aby prevaha emócií a pocitov u manažérov nemala prevahu nad racionálnym úsudkom. Z uvedeného vyplýva pre sestry manažérky, aby sa riadili tým, že racionálny úsudok nemá chýbať v žiadnom rozhodovaní a svoje rozhodnutie by mali vedieť aj racionálne zdôvodniť. Stres za bariéru pri rozhodovaní považuje vždy 50 (61 %) sestier manažérok, niekedy to považuje za bariéru 22 (27 %) sestier manažérok a nikdy to považuje za bariéru 10 (12 %) sestier manažérok. Z uvedených výsledkov prieskumu môžeme u sestier manažérok považovať stres za bariéru pri rozhodovaní. Hančovská (2009) uvádza, že určitá úroveň stresu u manažérov je nevyhnutná pre rast ich psychickej a telesnej výkonnosti a môže pozitívne ovplyvňovať aj mieru odolnosti. To sa však dá dokázať len vtedy, keď si manažér vie ustrážiť psychickú záťaž. Ďalej autorka uvádza, s čím súhlasíme, že psychická záťaž a stres môžu byť faktorom pozitívne alebo negatívne ovplyvňujúcim motiváciu a výkonnosť manažéra. To, kedy psychická záťaž a stres pôsobia pozitívne alebo negatívne, vyplýva predovšetkým z momentálnych subjektívnych dispozícií manažéra ako: celkový momentálny psychický stav, temperament, asertívne a autoasertívne schopnosti pracovníka. Z nášho prieskumu u sestier manažérok môžeme konštatovať, že 10 (12%) sestier manažérok zvláda stres a nepovažujú stres za bariéru pri rozhodovaní. Z uvedeného nám vyplýva, že sú tieto sestry manažérky psychicky odolné a majú schopnosť zvládať pracovnú záťaž.

Na základe cieľov prieskumu sme zistili:

- že sestry manažérky využívajú tieto metódy a techniky: empiricko-intuitívne, empiricko-analytické, ekonomicko-štatistické, metódu SWOT analýzu, brainstorming, metódy experimentu, metódy individuálne, metódy skupinové.
- sestry manažérky signalizujú problémovú druhú fázu rozhodovacieho procesu- zhodnotenie situácie a podmienok rozhodovania a problém majú aj v piatej fáze rozhodovacieho procesu – oznámenie rozhodnutia a istota s prijatým rozhodnutím.
- že sestry manažérky medzi kauzálne faktory, ktoré vytvárajú bariéry v rozhodovaní považujú: nedostatok informácií,

zasahovanie nadriadených do ich rozhodnutí, citová prepojenosť s problémom – prevaha emócií, stres.

Na základe čiastkového cieľa sme sa rozhodli vypracovať schému rozhodovacieho modelu pre sestry manažérky.

Záver

Na základe výsledkov z prieskumu a teoretického prehľadu problematiky rozhodovania, ktorým sme sa venovali v predkladanej práci sme sa rozhodli odporučiť sestram manažérkam na strednom stupni riadenia pre skvalitnenie ich práce a udržanie si tejto náročnej pozície v zdravotníckom zariadení dôkladne si osvojiť teoretické poznatky z rozhodovacieho procesu a aplikovať ich do manažérskej praxe. Postupovať podľa systematicky usporiadanej metodológie rozhodovania. Používať nami pripravenú schému rozhodovacieho modelu. Dôkladne definovať podstatu problému - ujasniť si problém a stanoviť si cieľ. Zhodnotiť celkovú situáciu a podmienky rozhodovania pred prijatím rozhodnutia. Hľadať minimálne dve alternatívy riešenia problému. Výber alternatívy riešenia problému hľadať pomocou skúsenosti, experimentu alebo poznatkov z vedy a výskumu. Dôkladne posúdiť alternatívy riešenia problému. Pre vrcholových manažérov zdravotníckych zariadení odporúčame zabezpečiť pre sestry manažérky – manažérske kurzy a manažérske vzdelávania, otivovať sestry manažérky finančne ako aj pochvalou, nezasahovať a nestanoviť kritéria pre rozhodovanie.

Rozhodovanie je každodennou činnosťou života jednotlivca. V zdravotníckom zariadení rozhodovací proces nie je jednoduchou záležitosťou - výsledkom je rozhodnutie, za ktoré sestra manažérka nesie plnú zodpovednosť. Sestra manažérka sa rozhoduje niekedy o riešení drobných nepodstatných, inokedy veľmi závažných problémov. Jej rozhodnutie vyžaduje náležitú pozornosť a dostatok zodpovednosti, lebo môže v konečnom dôsledku ovplyvniť kvalitu ošetrovateľských služieb a aj perspektívu zdravotníckeho zariadenia. Prínosom práce je, že

poskytuje sestram manažérkam teoretický prehľad o problematike rozhodovacieho procesu v povolani sestra manažérka na strednom stupni riadenia s urcenim faktorov, ktoré vytvárajú bariéry v rozhodovacom procese. Na základe uvedených výsledkov prieskumu sestry jednoznačne identifikovali kauzálne faktory, ktoré vyvolávajú bariéry v rozhodovaní. Niektoré faktory vedia ovplyvniť a odstrániť sami, ale napríklad zasahovanie nadriadených do ich rozhodnutí, to už je na zvážení každého zdravotníckeho zariadenia aké rozhodovacie kompetencie ponechajú sestram manažérkam. Myslíme si, že sestry manažérky sa vyrovnajú vo svojich schopnostiach a zručnostiach aj skúseným manažérom v iných rezortoch ako je ošetrovatelstvo. Určite sa ešte potrebujú zdokonaľiť a najmä ovládať a využívať rozhodovacie techniky a metódy aj v praxi. A preto by bolo vhodné keby vrcholový manažéri zdravotníckych zariadení investovali do manažérskeho vzdelávania sestier manažérok a umožnili im absolvovať manažérske kurzy. ako aj špecializačné manažérske štúdium. Iba vzdelaná sestra manažérka, ktorá je dostatočne motivovaná, odborne kvalifikovaná a finančne ohodnotená bude predpokladom prosperity zdravotníckeho zariadenia a kvality poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti.

Zoznam bibliografických odkazov

BLAŽEK, L. 2011.*Management. Organizování, rozhodování, ovlivňování.* Praha: Grada

Publishing, 2011. 200 s. ISBN 978-80-247-3275-6.

DRUCKER, P.F. , MACIARIELLO, J.A. 2006. *Drucker na každý den. 366 zamyšlení a podnětů, jak dělat správné věci.* 1.vyd. Praha: Management Press 2006.431s. ISBN 80-7261-140-2.

DRUCKER, P. F. 2004. *To nejdůležitější z Druckera v jednom svazku.* 1.vyd.Praha: Management Press, 2002. 300s.ISBN 80-7261-066-X.

FOTR, J., ŠVECOVÁ, L. 2010.*Manažerské rozhodování: postupy, metody a nástroje.* 2. d

vyd. Praha: Ekopress, 2010, 474 s. ISBN 978-80-86929-59-0.

HANČOVSKÁ, E. 2009. *Osobnost' manažéra a zvládanie náročných*

situácií v manažmente. [online] Prešov: Prešovská univerzita v Prešove. Fakulta manažmentu.[cit.2014-03-01] Dostupné na internete:

http://sapa.ff.upjs.sk/images/files/83_1316592368_43_Hancovska.pdf

HEKELOVÁ,Z.2012.*Manažérske znalosti a dovednosti pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada,2012.124s. ISBN 978-80-247-4032-4.

JAKUŠOVÁ,V. 2010. *Základy zdravotníckeho manažmentu*. Vysokoškolská učebnica. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2010. 142 s. ISBN 978-80-8063-347-9.

JANKELOVÁ,N., SZABO,Ľ. 2012. *Vybrané aspekty manažérskeho rozhodovania a ich uplatňovanie v podnikoch SR*. 1. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo Ekonóm,2012.160s. ISBN 978-80-225-3393-5.

JAROŠOVÁ, D.2006. *Základy managementu v ošetrovatelstvi*. [online] Ostrava: Ostravská univerzita.2006.34s. [cit.2013-20-10] Dostupné na internete: <http://projekty.osu.cz/mentor/II-management%20v%20ošetřovatelství.pdf>

KILIKOVÁ,M.2006. *Základy manažmentu v ošetrovatelstve I*. 1.vyd. Bratislava: Sapia, 2006. 68s. ISBN 80-89271-01-04.

KILIKOVÁ,M., JAKUŠOVÁ,V.2008. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatelstve*. 1.vyd.Martin: Osveta, 2008. 148s. ISBN 978-80-8063-290-8.

MAGDOLENOVÁ,J 2007. *Empirické metódy rozhodovania v manažmente*. [online] Žilinská univerzita v Žiline, Katedra manažérskych teórií, Detašované pracovisko Prievidza. [cit.2014-02-01] Dostupné na internete: <http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/32318/1/CL662.pdf>

MIKA,V.T.2006.*Základy manažmentu*. [online] Žilina: Virtuálne skriptá.2006. 133s. ISBN 978-80-88829-78-2.[cit.2013-02-11] Dostupné na internete: http://fsi.uniza.sk/kkm/files/publikacie/mika_ma.html

MIKA,V.T.2006.*Manažérske metódy a techniky*. [online] Žilina: Virtuálne skriptá.2006.66s. ISBN 978-80-88829-79-2. [cit.2013-03-11] Dostupné na internete: <http://fsi.uniza.sk/kkm/files/publikacie/mmk.pdf>

- PLAMÍNEK, J. 2008. *Řešení problému rozhodování. Jak přinutit problémy, aby pracovali ve váš prospěch*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 144s. ISBN 978-80-247-2437-9.
- PLEVOVÁ, I. a kol. 2012. *Management v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2012. 304s. ISBN 978-80-247-3871-0.
- REMIŠOVÁ, A. 2004. *Etika a ekonomika*. 2.vyd. Bratislava: Ekonóm 2004. 238 s. ISBN 80-225-18720-4.
- SÁKAL, P. a kol. 2007. *Strategický manažment v praxi manažéra*. Trnava : SP SYNERGIA, 2007. ISBN 978-80-89291-04-5.
- SEDLÁK, M. 2001. *Manažment*. Jura Edition spol. s r. o. Bratislava 2001, ISBN 80-89047-18-1
- SLOBODOVÁ, E. a kol. 2013. *Výber manažérov prostredníctvom kompetencií*. [online] [cit.2013-03-11] Dostupné na internete: http://www.jeneweingroup.com/dokumenty/others/vyber_manazerov.pdf
- STRAKOVÁ, Ľ. a kol. 1986. *Rozhodovacie procesy - kontrola rozhodovacích procesov*. 1.vyd. Bratislava: VŠE-Bratislava. 1985. 231s.
- SZABO, Ľ. 2004. *Podnikateľské rozhodovanie*. 1.vyd. Bratislava: Vydavateľstvo Ekonóm, 2004. 145 s. ISBN 80-225-1837-9
- SZABO, Ľ., JANKELOVÁ, Ľ. 2010. *Podnikateľské rozhodovanie*. 1.vyd. Bratislava: Vydavateľstvo Ekonóm, 2010. 168s. ISBN 978-80-225-2953-2.
- TAIŠ, P. 2012. *Rozhodovacie procesy- nevyhnutná súčasť v riadení organizácie*. In: *Manažment v teórii a praxi*. [online]. VIII.roč. č.3/2012. [cit.2014-08-01].s.22-23. Dostupné na internete: <http://casopisy.euke.sk/mtp/clanky/3-2012/mtp3-2012.pdf> ISSN 1336-7137
- UDODIK, V. 2007. *Racionalita v strategickom rozhodovaní*. In: *Manažment v teórii a praxi*. [online]. III.roč. č.3/2007. [cit.2014-03-01]. s.20-21. Dostupné na internete: <http://casopisy.euke.sk/mtp/clanky/3-2007/3.%20udodik.pdf> ISSN 1336-7137
- VELICHOVÁ, Ľ. 2008. *Rozhodovacie procesy v cvičnej firme*. 1 vyd. Bratislava: Vydavateľstvo Ekonóm, 2008. 132 s. ISBN 978-80-225-2531-2

ĽUDSKÉ PRÁVA AKO JEDEN Z FENOMÉNOV GARANCIE KVALITY ŽIVOTA SENIOROV

Kubičková Darina

Medzinárodné zmluvy sú zdrojom práva štátu, pretože sa zaoberajú problematikou podstatných otázok ochrany základných ľudských a občianskych práv. Z pozície Ústavy SR, vyhlásené medzinárodné zmluvy, ktorým predchádzal proces ratifikácie so súhlasom parlamentu, sú súčasťou slovenského právneho poriadku. Obsah je transformovaný do vnútroštátneho právneho predpisu, čo znamená, že sa stávajú záväznými a vymožitelnými. Medzinárodné zmluvy majú dokonca aplikačnú prednosť pred zákonom. Zákony a podzákonné predpisy musia byť jednoznačne v súlade s medzinárodnými zmluvami, pretože Slovenská republika je viazaná. Preto aj práva občanov na ich ochranu a dodržiavanie majú svoje korene v ustanoveniach transformovaných medzinárodných tzv. ľudskoprávných zmlúv.

Z dejín vývoja ľudskej civilizácie, v období po 2. svetovej vojne, zohrala v rovine ľudských práv, významnú úlohu OSN. Možno zdôrazniť význam medzinárodných paktov zo 60-tych rokov 20. storočia. Medzinárodný pakt o občianskych a politických právach vo všeobecnosti chráni právo na život a ochranu súkromia. Oblasť zdravotníctva sa dotýka zákazom podrobenia sa lekárskej alebo vedeckej pokusom bez daného slobodného súhlasu. Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach zas zdôrazňuje právo na dosiahnutie najvyššej možnej úrovne ochrany toho najcennejšieho a tým je pre človeka zdravie. Oveľa podrobnejšie a presnejšie sú prepracované dohovory o ľudských právach, t.j. tie, ktoré boli prijaté na fóre Rady Európy. Ich základom je Dohovor o ochrane ľudských práv a základných slobôd, ktorý je platný a akceptovaný od roku 1953. „Význam paktov z dnešného pohľadu treba vidieť predovšetkým v tom, že v čase, keď sa koncipovali, prejavovali sa už v plnom rozsahu rozdielne postoje a názory jednotlivých štátov a skupín štátov, ktoré si uvedomovali ich závažnosť a

vplyv na systém medzinárodného práva a charakter noriem dotýkajúcich sa problematiky ľudských práv.

O to cennejšie je konštatovanie, že na dlhoročnej príprave týchto dôležitých medzinárodných normatívnych dokumentov sa zúčastňovali postupne všetky členské štáty Organizácie Spojených národov. Ich počet sa takmer zdvojnásobil práve v období pripomienkovania paktov. Pozitívne hodnotenie paktov vyplýva z toho, že potvrdili univerzálny charakter ľudských práv a základných slobôd vo forme medzinárodných dohovorov, ktoré okrem precíznejšieho formulovania ľudských práv, obsahujú aj určité procesnoprávne garancie ich ochrany. Ak pripustíme, že ľudské práva v Pakte o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach mali viac – menej programový charakter, už ich systematické zahrnutie v medzinárodnoprávnom dokumente prijatom Valným zhromaždením Organizácie Spojených národov znamenalo pokrok v presadzovaní modernej koncepcie ľudských práv“ (Strážnická, 1994).

Rada Európy však prispela svojim iniciovaním ku vzniku Európskeho súdu pre ľudské práva so sídlom v Štrasburgu. Jeho fungovanie spočíva v ochrane základných práv obyvateľov zmluvných strán Dohovoru, cez vybavovanie ich sťažností. Interpretácie rozhodnutí Súdu sú obrovským prínosom, aj napriek tomu, že sú vo svojich vyjadreniach často zdržanlivé, najmä v záležitostiach, ktoré sú v členských štátoch rozdielne upravené. Ako príklad je možné uviesť nasledovné. V rámci svojej právomoci vyjadril názor, že ustanovenia o ochrane života nemožno chápať ako zákaz interrupcie, ale ani ho pretransformovať na právo zomrieť teda na právo na legálnu eutanáziu. (Európska sociálna charta č. 035 CETS).

Článok 11 zdôrazňuje právo na ochranu zdravia, povinnosť zmluvných strán odstraňovať príčiny choroby, zaisťovať poradenstvo a vzdelávanie a prevenciu ochorení.

Článok 13 hovorí o dostupnosti lekárskej starostlivosti aj osobám bez prostriedkov, pričom požaduje rovné postavenie občanov iných zmluvných štátov pobývajúcich legálne na území zmluvnej strany. V poradí prvá medzinárodná zmluva, ktorá hovorí o základných právach pre zdravotníctvo je, Dohovor o ochrane

ľudských práv a dôstojnosti ľudskej bytosti v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny (164 CETS). Dohovor zdôrazňuje prednosť blaha človeka pred záujmami vedy a spoločnosti. Žiada dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre všetkých na princípe rovnosti, pričom ju majú poskytovať len vysoko kvalifikovaní zdravotníci. Ďalej požaduje informovaný súhlas klienta, t.j. právo na informácie a ich ochranu zároveň. Je v ňom obsiahnutý, ako niečo nové, zákaz diskriminácie na základe genetickej výbavy človeka, ako aj obmedzenie génovej manipulácie na preventívne, diagnostické a terapeutické účely. Pevnou súčasťou dohovoru je Dodatokový protokol o zákaze klonovania ľudskej bytosti a tiež Dodatokový protokol o transplantáciách orgánov a tkanív ľudskeho pôvodu, tento však ešte nevstúpil do platnosti. Na medzinárodnej scéne, čo sa týka medicínskeho práva, nemožno nespomenúť nezastupiteľnú úlohu Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO). Už od počiatku, t.j. od svojho vzniku v roku 1948, podporuje medzinárodnú technickú spoluprácu v oblasti zdravotníctva, podieľa sa na realizácii programov na potieranie a úplné odstránenie niektorých chorôb a usiluje sa o celkové zlepšenie kvality života človeka. Má presne vytyčené hlavné ciele, ktorými sú podpora zdravia a ľudských práv v rámci WHO a jej členských štátov, podpora vlád k integrácii ľudských práv súvisiacich so zdravím do ich zdravotných politík a rozvoj informovanosti o zdraví ako základnom ľudskom práve a o ďalších právach, ktoré súvisia so zdravím.

„Poskytovanie zdravotnej starostlivosti patrí medzi najdôležitejšie a najnáročnejšie činnosti v ľudskej spoločnosti. Vyžaduje preto veľmi dobré pripravených, kvalifikovaných pracovníkov, ktorých teoretické vzdelanie a osvojenie si praktických zručností musí zodpovedať činnosti, ktorú vykonávajú" (Vatehová, 2014).

„Ľudské práva a mechanizmy ich ochrany boli zakotvené vo viacerých zmluvných normách, čím sa jednotlivci stali nositeľmi práv na medzinárodnej úrovni a tým v obmedzenom rozsahu aj subjektmi medzinárodného práva. Vedené zmluvné normy mali často harmonizujúci charakter a boli ratifikované

prevažnou väčšinou štátov medzinárodného spoločenstva. Ľudskoprávne úpravy sa takto stali súčasťou právnych poriadkov veľkého množstva štátov, vrátane tých, ktoré radíme k najvyspelejším. Priaznivá a naštartovaná cesta potom viedla k vytvoreniu materiálnych predpokladov na stabilizáciu obyčajových pravidiel medzinárodného práva v tejto oblasti kogentného charakteru vyjadrovaných princípom ochrany života človeka a jeho integrity“ (Jankuv, 2006).

Ľudské práva sa dotýkajú aj ľudského prežitia starnutia a staroby každého jedinca. Výraz „ľudské práva“ sa používa už niekoľko desaťročí a tvorí jeden z ústredných prvkov súčasného práva, neexistuje zhoda v tom, čo presne ľudské práva sú. Vcelku jednotne sa však zdôrazňuje niekoľko základných črt, plynúcich predovšetkým z princípu univerzality. Toto poňatie obvykle zahŕňa (Svák, 2006): všeľudskú platnosť založenú na rovnosti všetkých ľudí; objektivnosť; nadštátnosť (internacionálny aspekt); právny aspekt. Staroba už viac nie je (vďaka pokroku medicíny) krátkou epizódkou na konci života jednotlivca. Staroba sa stáva z hľadiska trvania takmer rovnocennou etapou života ako etapy predošlé (detstvo, dospelosť) a ktorej naplnenie a hľadanie jej zmyslu je jedným z cieľov dnešných seniorov a odborníkov, ktorí sa venujú otázkam staroby. Staroba je konečnou etapou procesu starnutia. Preto sa na ňu ľudia prirodzene netešia a majú z nej strach, prejavujú rešpekt. Napokon, staroba je úspešne zakrývaná ideálom večnej mladosti, sily a produktivity. Tento moderný trend zákonite ovplyvňuje zmýšľanie starnúcich a seniorov, pre ktorých staroba znamená veľkú traumu. Sú to často seniori, ktorí si uvedomujú svoju starobu tým, že prechádzajú od pasívnej rezignácie až k zúfalému odmietaniu skutočnosti, že starnú. „Uzatvárajú sa do seba, a tým upevňujú proces fyzického a psychického upadania“ a ďalej, že „asi dve tretiny starších pracovníkov vyslovujú obavy z dôchodku, predovšetkým z radikálnej zmeny životného štýlu, hroziacej prerušiť vytvárané sociálne putá a kontakty a ohroziť materiálny štandard“ (Alan 1989).

Pre Slovenskú republiku sa stáva čoraz naliehavejšou výzvou osvojiť si koncept aktívneho starnutia a lepšie uplatňovať

potenciál seniorov. Naša populácia totiž zaznamenáva proces starnutia.

„Riešenie konkrétnej situácie vyžaduje vždy aplikovať adekvátne princípy, ktoré najlepšie zodpovedajú vzniknutej situácii" (Bočáková, 2014).

Dnes máme možnosť vo viacerých publikáciách zaregistrovať snahy o hľadanie pozitívnych stránok staroby – ako sú skúsenosti, ustálený hodnotový systém, múdrosť, atď. Takisto je badateľná snaha o priradenie dôstojnosti starobe, o tolerantnejšie a ústretovejšie nazeranie na seniorov. Dokonca aj samotné označenie „starý človek“ sa dnes nahradzuje pojmom senior, ako prijateľnejšie označenie tejto komunity ľudí. Prejavuje sa snaha napraviť negatívny obraz staroby, pomocou kultúrnych a vzdelávacích opatrení a programov. Ľudia v produktívnom veku majú pomáhať staršej generácii, hlavne nájsť zmysel ich životného obdobia, oceniť ich potenciál a pomôcť im prekonať postoje uzatvárania sa do seba, rezignácie, pocitu zbytočnosti a niekedy až zúfalstva, Kalanin hovorí: „... „každý z nás má zodpovednosť za budúce generácie: mali by sme im pripraviť prostredie, v ktorom budú schopní sa spoločensky a duchovne realizovať a dôstojne prežívať svoju starobu“ (Kalanin 2003). Pokiaľ ide o vyzdvihovanie životných skúseností seniorov, ktoré boli v minulosti skutočne cenené a hodnotné (či už vo forme rozhodovania starejších alebo žiadostí o radu od starších ľudí), treba dnes s prínosom týchto skúseností narábať opatrne.

Giddens (2001) tvrdí, že „v modernej spoločnosti sa už nahromadené vedomosti starších ľudí nejavia tým mladším ako cenná zásobáreň múdrosti, ale ako niečo zastaralé”

(Giddens, 2001). Alan (1989) konštatuje, že „nielen v mladosti, ale i v starobe sa ľudia dostávajú do roly „pionierov“ svojej doby, i keď s určitým posunom - zatiaľ čo mladí vstupujú do života vybavení novými mapami, ktoré im poskytli iní – mapami zčasti nepoužiteľnými, starí sa ocitajú v novom svete vybavení vlastnými, ale zastaralými mapami“ (Alan, 1989).

Sociálna izolácia seniorov súvisí s ich odchodom do dôchodku a zanechaním produktívneho spôsobu života, ale rovnako súvisí s pretŕhaním sociálnych sietí a väzieb, postupným

strácaním rovesníkov, stratou orientácie v modernom svete. Ako poznamenáva Kalanin (2003), „tento nový jav (pozn. odstrkovanie, izolácia seniorov), našiel uplatnenie v spoločnosti, ktorá si zakladá len na produktivite a na vízii večne mladého a úspešného človeka, a tak vyraduje z „vplyvných kruhov“ tých, ktorí nespĺňajú spomínané kritériá.“

V súčasnosti dochádza k diskriminácii seniorov v spoločnosti. Ak sa pozrieme do faktov vzťahu spoločnosti k seniorom v dejinách niektorých civilizácií, tak sa nám naskytne obraz neľudskosti voči starobe. „V starom Mongolsku nechávali starých ľudí napospas zveri, aby neuberali potravu mladším. Luther nazval starca ako „selpuchrum vivum“ – žijúci hrob. Shakespeare vo svojej hre „Ako sa Vám páči“ píše o siedmich obdobiach života, kde tvrdí, že prichádza druhé detstvo - staroba, bez zubov, bez chuti, bez všetkého" (Krajčík, 2000).

„Tento fenomén nazývame ageizmus a chápeme pod ním postoj, ktorý vyjadruje presvedčenie o nízkej hodnote a nekompetentnosti staroby a odráža sa v podceňovaní a odpore k starším ľuďom. Ageizmus dovoľuje mladším generáciám vidieť starých ľudí ako odlišných od nich samých a to im bráni, aby sa so staršími identifikovali ako s ľudskými bytosťami" (Vidovičová, 2008).

Termín ageizmus, sa používa na vykreslenie škodlivých negatívnych tendencií zameraným proti starším ľuďom. Tento postoj sa môže odvíjať v dvoch rovinách. Prvou je subjektívne vnímanie vzťahu okolia ako diskrimináciu seniorov v porovnaní s inou časťou populácie. Druhou príčinou je pretrvávajúce mýtov o starobe a smrti, čo nie je nič iné ako praktizovanie ageizmu. Ageizmus sa odohráva vo všetkých oblastiach spoločenského aj súkromného života. Na úrovni inštitúcie, teda mezoúrovni, možno pozorovať ageizmus na úradoch, ktorý má podobu nedostatočného zabezpečenia bezbariérového prístupu na verejné miesta a úrady, ale tiež sa odráža v netrpezlivom prístupe štátnych úradníkov voči seniorom. Na mikroúrovni sa jedná o zlé zaobchádzanie v domovoch sociálnych služieb, ale aj v rodine. Za obzvlášť zlé je považované zneužívanie seniorov ich rodinnými príslušníkmi. Vyústením ageizmu je často agresia. Vek môže byť

často spoločnosťou i seniormi samými vnímaní ako stigma v goffmanovskom ponímaní, teda ako handicap, škrvna, odchýlka od normálu a ideálu. I takéto vnímanie môžeme pokladať za prejav diskriminácie smerom k seniorovi.

„Diskriminácia všeobecne znamená rozlišovanie, obmedzovanie alebo odňatie práv určitej kategórii osôb pre spoločenské alebo ekonomické a iné kritériá. Znamená tiež zámerné znevýhodňovanie určitých subjektov vytváraním nerovných podmienok. Zahŕňa každý spôsob zaobchádzania, ako aj odmietnutie takého zaobchádzania s osobou, ktoré je pre túto osobu menej priaznivé ako pre iné osoby so zreteľom na rasu, etnickú príslušnosť, sexuálnu orientáciu a iné ústavne ustanovené charakteristiky. Ochrana jednotlivcov pred násilím, porušovaním ich práv a základných slobôd, vytváranie podmienok pre ich rešpektovanie, ochrana pred ľubovoľným použitím sily, zvýhodneného postavenia na ich zneužívanie je záväzkom národných vlád na vytvorenie legislatívneho prostredia, ktoré pomôže práva zraniteľných a znevýhodnených dodržiavať. Zvlášť je potrebné upraviť podmienky pre rizikovejšie skupiny jednotlivcov, ktorí sú exponovanejší voči možným rizikám“ (Bodnárová, 2005, s.12).

Podľa Encyclopædie Britannica (1997, zv. 6) ľudské práva sú „práva, ktoré jednotlivcovi patria ako následok toho, že je človekom“.

Vedúcou autoritou v oblasti ľudských práv bola od začiatkov ich medzinárodnej kodifikácie Organizácia spojených národov. Preto je medzinárodná koncepcia ľudských práv zahrnutá predovšetkým v dokumentoch vzniknutých pod jej garanciou. Základné ľudské práva a slobody delíme podľa medzinárodného štandardu do niekoľkých skupín (Koganová, 1996). Tieto skupiny sú označené ako generácie ľudských práv:

Práva prvej generácie: a) občianske práva, b) politické práva. Táto prvá generácia ľudských práv vzišla na základe Americkej deklarácie nezávislosti a Deklarácie práv človeka a občana. Ide tu predovšetkým o osobnostné práva jednotlivca – občana a človeka. K týmto právam patrí právo na život, právo na ochranu ľudskej dôstojnosti, právo na osobnú slobodu, právo na

rovnosť pred zákonom, právo na nedotknuteľnosť obydlia, právo na ochranu listového tajomstva, osobnej cti, dobrej povesti a mena, sloboda myslenia, svedomia a náboženského zmýšľania. Politické práva sú dané právom slobody prejavu, právom na informácie, právom zhromažďovania a združovania sa, právom na referendum, petičným právom, volebným právom. Práva druhej generácie sú tvorené: a) hospodárskymi právami, b) kultúrnymi právami, c) sociálnymi právami. Hospodárske práva sú dané predovšetkým jedincom slobodou vlastníctva, slobodou povolania a slobodou podnikania. V Deklarácii práv človeka a občana je vlastnícke právo označované za „neporušiteľné a neodňateľné.“

Kultúrne práva v sebe zahŕňajú právo na vzdelanie, právo zúčastňovať sa na kultúrnom živote spoločnosti, na slobode vedeckého bádania, práve na ochranu životného prostredia a kultúrneho dedičstva. Sociálne práva súvisia s realizáciou sociálnych úloh štátu a patria sem právo na primerané hmotné zabezpečenie v starobe a pri nespôsobilosti na prácu, ako aj pri strate živiteľa, právo na ochranu zdravia, právo na osobitnú ochranu manželstva, rodičovstva a rodiny. Tretia generácia ľudských práv vznikla a vychádzala z Africkej charty ľudských práv a práv ľudí. Tieto práva sú označované ako práva „solidárne“, čiže práva vzájomnej podpory a súdržnosti. Zahŕňajú v sebe: právo na mier, právo na ochranu životného prostredia, právo na prírodné zdroje, právo národov na sebaurčenie, ochranu národnostných menšín. Ak sa zameriame na krajiny EÚ, tak môžeme povedať, že ľudské práva sa nachádzajú vo forme nezáväzného katalógu, ktorý je známy pod názvom Charta základných práv Európskej únie. Ľudské práva sú spoločné a prináležia všetkým ľudským bytostiam civilizácii. Pri ich nedodržiavaní absentuje dôstojnosť človeka. Ľudia sú rôzni, ale ich základné životné potreby sú rovnaké. V tejto súvislosti spomínané ľudské a občianske práva sú gesciou kvality života každého z nás bez rozdielu.

„Je šťastím spoznať v mladosti prednosti staroby, v starobe si udržať prednosti mladosti“

Zoznam bibliografických odkazov

ALAN, J. 1989. *Etapy života očami sociologie*. Praha : Panorama, 1989. s. 135- 439.

ISBN 80-7038-044-6.

BOČÁKOVÁ, O., LINCÉNYI, M. 2014. Nezamestnanosť v kontexte európskej sociálnej politiky. In Bočáková, O. 2014. *Európska kohézia v kontexte európskej sociálnej politiky*. Brno :. Tribun EU s. r. o., 2014. s. 9. ISBN 978- 80-263-0709-9.

BODNÁROVÁ, B. 2005. *Sociálna a právna ochrana zraniteľných jednotlivcov a skupín v dospelom veku*. Bratislava: Stredisko pre štúdium práce a rodiny. 2005. s. 12. ISBN 978-80-247-8470-0.

Dohovor o ochrane ľudských práv a základných slobôd

Encyclopaedia Britannica Book of the Year. s. 137. ISBN 978-0852296554

Európska sociálna charta č. 035 CETS

GIDDENS, A. 2001. *Sociologie*. 1. vyd. Praha : Argo. 2001. s. 595. ISBN 80-7203-124-4.

Charta základných práv Európskej únie.

JANKUV, J. 2006. *Medzinárodné a Európske mechanizmy ochrany ľudských práv*. IURA EDITION 2006. s. 29. ISBN 80-8078-096-X.

KALANIN, P. 2003. *Starý človek medzi nami*. Ružomberok : Katolícka Univerzita v Ružomberku - Pedagogická fakulta, 2003. s. 148. ISBN: 80-89039-31-6.

KOGANOVÁ, V. a kol. 1996. *Demokracia a ochrana ľudských práv*. Slovenské združenie pre politické vedy. Ekonomická univerzita. Bratislava, 1996. s. 238. ISBN 80-967655-0-7.

KRAJČÍK, Š. 2000. *Geriatría*. Bratislava : Slovak Academic Press. 2000. s. 62. ISBN 80-88908-68-X.

Medzinárodný pakt o občianskych a politických právach

Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach

SVÁK, J. 2006. *Ochrana ľudských práv (z pohľadu judikatúry a doktríny štrasburských*

orgánov ochrany práv). Bratislava Žilina : Poradca podnikateľa, 2006. s. 16. ISBN 978-80-7201-676-1.

STRÁŽNICKÁ, V., ŠEBESTA, 1994. *Človek a jeho práva*. Medzinárodná úprava ochrany ľudských práv 1994. s. 31. ISBN 80-85506-30-0.

VATEHOVÁ, D. 2014. Celoživotné vzdelávanie sestier. In Bočáková, O., Kubičková, D. 2014. *Celoživotné vzdelávanie ako súčasť sociálnej politiky*. Brno : Tribun EU s. r. o., 2014. s. 149. ISBN 978- 80-263-0746-4.

VIDOVIČOVÁ, L. 2008. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. Brno: Mezinárodní politologický ústav MU. 2008. s.111. ISBN 978-80-210-4627-6.

Všeobecná deklarácia ľudských práv z roku 1948.
Ústava Slovenskej republiky

MEDZI TEÓRIOU A PRAXOU, ALEBO AKTIVIZUJÚCE METÓDY V PROCESE VZDELÁVANIA SOCIÁLNYCH PRACOVNÍKOV

Kuzyšin Bohuslav

Potreba praktického vyučovania vo sfére terciárneho vzdelávania je v súčasnej dobe aktívne diskutovanou oblasťou. Absolventi vstupujú do praxe s rozsiahlou platformou teoretických vedomostí, ktoré nevedia aplikovať. Nevidia zmysel v nadobudnutých poznatkoch a rezignujú na ďalšie vzdelávanie. Tieto skutočnosti ex post facto spôsobujú demotiváciu k aktívnym akademickým výkonom už u samotných študentov pomáhajúcich profesií. K optimistickejšiemu naladeniu neprispieva ani kritika vysokoškolského vzdelávania, ktorá neustále prízvukuje odtrhnutie procesu a obsahu univerzitného vzdelávania od potrieb zamestnávateľov a tým aj od potrieb praxe. Súhlasíme, že existuje množstvo povolání, ktoré nie je možné vykonávať bez predošlej praktickej prípravy, ale rovnako zdôrazňujeme, že teória nie je opozitum praxe. Práve naopak. Vychádza z nej, reaguje na ňu, zovšeobecňuje a systematizuje ju. Je produktom výskumu a logicky konzistentných konštrukcií, ktoré sú v danej etape poznania platné. Túto skutočnosť výstižne opisuje Perhács (1995, s. 23), „každý učiteľ vo vyučovaní vystupuje ako jedinečné individuum, ktoré má množstvo skúseností, vlastné postrehy, túžby a želania. Preto je nevyhnutné, aby pri vyučovaní dospelých lektor rešpektoval zásadu prepojenia teórie s praxou. Pri riešení praktických príkladov by mal poukázať na význam teoretických poznatkov a rešpektovať psychologické aj sociologické aspekty výchovy a vzdelávania dospelých.“

Na druhej strane faktom ostáva, že súčasný spôsob vysokoškolského vzdelávania je v mnohých prípadoch strnulý, nútiaci k prehnanému memorovaniu, alebo písaniu nezmyselných seminárnych prác. Vzdelávanie v sociálnej práci musí byť konštruované tak, aby zlepšovalo schopnosť absolventov adekvátne reagovať na potreby užívateľov služieb. Rovnako

potrebná je oblasť identifikácie vlastných nedostatkov (Janoušková – Kvasnička, 2008).

K tomu, aby mohol sociálny pracovník čo najefektívnejšie riešiť sociálne problémy, prispieva a neustále musí prispievať najmä oblasť dobre rozpracovaného vysokoškolského – univerzitného vzdelávania na všetkých jeho troch stupňoch (Schavel, 2007). Akademické vzdelávanie nesmie bezprizorne pokračovať v tendencii vzdaľovať sa od potrieb praxe. Prakticky nadobudnuté poznatky študent efektívnejšie prenáša do vzdelávacieho procesu. Dokáže ich reflektovať v širšom kontexte a teória pre neho nadobúda pragmatickejší rozmer. Preto považujeme za potrebné zdôrazniť rolu aktivizujúcich metód v procese terciárneho vzdelávania sociálneho pracovníka, ako významného prvku „pred praktickej“ prípravy, rozvíjajúcej jeho profesionálne kompetencie.

Aktivizujúce metódy - teoretický rozbor

Aj vo vzdelávaní dospelých je potrebné stavať predovšetkým na zásade individuálneho prístupu a brať ohľad na schopnosti a záujmy každého študenta. V tomto období prevažuje vo vzdelávacom procese faktor vnútornej motivácie, na ktorom je potrebné stavať. Súhlasíme so Slavíkom (2012, s. 19), ktorý konštatuje, že na „prvom mieste to sú individuálne predpoklady študenta, predovšetkým jeho schopnosti a zručnosti. Zo strednej školy si mladí ľudia prinášajú odlišne kvalitné študijné návyky a postupy, napríklad ako pracovať s textom (efektívne čítanie, písanie textu), ako vyhľadávať a spracovávať informácie, ako efektívne komunikovať, alebo riešiť problémy. Prechod na vysokú školu prináša mnoho rizík, ktoré súvisia so schopnosťou sebaorganizácie. Zatiaľ čo učenie a štúdium na strednej škole bolo realizované viac s využitím vonkajšieho riadenia, vysoká škola podporuje samostatnosť, ponúka viacero možností voľby.“ Aktivizujúce metódy ponúkajú študentom nižších ročníkov vysokej školy možnosť neinváznej adaptácie na samostatnú prácu a študentom vyšších ročníkov účinný most medzi teóriou a praxou. Termín aktivizujúca metóda je samozrejme termínom pedagogickým. Jedná sa o špecifickú aktivitu subjektu a objektu vyučovania zameranú na rozvíjanie profilu študenta. Aktivizujúce

metódy pomocou interaktivity, zameraných činností a komunikácie rozvíjajú zručnosti a poznatky dospelého jedinca (Manniová, 2004). Už so samotného názvu vyplýva, že aktivizujúce metódy sa zameriavajú hlavne na aktivitu a samostatnú činnosť. Pri aktivizujúcich metódach nie je priestor na pasívny transfer informácií. Samotný študent je tvorcom poznatku. Stáva sa viac-menej aktívnym realizátorom vlastného vzdelávania, pričom lektor pôsobí ako zručný a pozorný facilitátor. Aktivizujúce metódy (aspekt interaktívny) rozdeľujú Tóthová (In Fulková, 2006) a Kips (2005) na:

a) diskusné metódy, b) kooperatívne vyučovanie, c) prípadové metódy (vrátane situačnej metódy),
d) hranie rolí (dramatizácia, inscenačné metódy), e) simulačné metódy, f) projektové metódy, g) metóda objavovania a riadeného objavovania, h) výskumné metódy, i) didaktické hry.

Diskusné metódy. Medzi diskusné metódy, ktoré sú vo vzdelávacom procese najrozšírenejšie, patria rozhovor, dialóg a diskusia. Rozhovor zjednodušene definujeme ako komunikáciu medzi subjektom a objektom výchovno-vzdelávacieho procesu. Rozoznávame rozhovor systematizujúci a upevňujúci novo získané poznatky a rozhovor priebežne kontrolujúci stupeň osvojenia si nových poznatkov. Dialóg považujeme za vyššiu metódu rozhovoru, pri ktorom dochádza k vzájomne na seba naväzujúcim replikám, pričom smeruje k objasňovaniu a riešeniu nejakej situácie alebo problému. Veľmi dôležité je pre učiteľa poznať rozloženie otázok, ktoré môže klásť na vyučovaní a požadovať tak od dospelého zvládnutie rôznych úrovní kognitívneho poznania (Kips, 2005, s. 84-85). Dôležitou aktivačnou metódou vo vzdelávaní dospelých je diskusia. Počas diskusie prichádza „k rozhovoru, ku komunikácii, dialógu medzi dvomi alebo viacerými osobami, ktoré svojimi názormi, správaním a konaním na seba vzájomne pôsobia. Prichádza tak k vzájomnej interakcii medzi jednotlivými členmi skupiny, ktorí sa vyjadrujú k téme alebo problému“ (Kips, 2005, s. 87).

Jednou z najvýznamnejších diskusných metód je aj metóda zameraná na podporu a rozvoj kritického myslenia, ktorá sa nazýva sokratovská metóda alebo sokratovský rozhovor. Ide o

„rozhovor učiteľa a študentov, pri ktorom učiteľ kladie študentom otázky, na ktoré spoločne hľadajú odpovede“ (Turek, 2004, s. 118). Sokratovský rozhovor sa začína nastolením problému, najčastejšie formou otázky. Dospelí navrhujú svoje spôsoby riešenia problému, ktoré učiteľ na úvod čiastočne akceptuje, ale ku ktorým kladie sériu otázok zameraných na správnosť tvrdení študujúcich. Tieto otázky sú zamerané na predpoklady, z ktorých riešenie problému vychádza. Dôležitá je snaha o spochybenie tohto riešenia, nedôslednosť formulácie riešenia problému, jej protirečenia, nedostatky, dôsledky, limity platnosti alebo hranice používania. „Hľadanie odpovedí na tieto otázky núti dospelých stále hlbšie sa nad problémom zamýšľať, hľadať argumenty, dôkazy pre svoje stanoviská, prihliadať na názory iných, pozerat' sa na problém z rôznych strán, vyvodzovať závery, domýšľať si dôsledky, teda kriticky myslieť“ (Turek 2004, s. 118). Podľa Kalnického (1994, s. 44) sú dôležité „také typy organizovania diskusií, ktoré majú charakter riešenia problému a predstavujú vzhľadom na cieľ určitú metódu tvorivej aktivity, diskusie, kde ide o výmenu názorov, aby sa dosiahla určitá zhoda pri dopracovaní sa k novým poznatkom.“

Kooperatívne vyučovanie je podľa Kipsa (2005, s. 91) „metódou skupinového vyučovania, pri ktorom je výrazne posilnený prvok kladnej vzájomnej závislosti a spolupráce členov skupiny.“ Dospelí sú počas vyučovania rozdelení do skupín z hľadiska ich schopností, zručností, poznatkov. Takéto vzdelávacie skupiny síce skrývajú v sebe riziko, že slabší jedinci sa môžu spoľahnúť na to, že ostatní kolegovia za nich urobia všetko. Význam metódy napriek tomu spočíva v spolupráci skupiny ako celku. Študenti pri plnení úlohy buď uspejú alebo neuspejú, pretože každý člen skupiny je zodpovedný za výsledky učenia ostatných. Okrem toho tímy, ktoré dosiahnu lepšie priemerné výsledky, než je hranica určená vyučujúcim, dostanú zvláštne uznanie alebo odmenu (Kips, 2005, s. 91).

Prípadové metódy (vrátane situačnej metódy). Tento typ aktivizujúcich metód je pre sociálnu prácu dôležitý aj z hľadiska povahy študovaného odboru. Je nesmierne dôležité, aby študenti videli praktické prepojenie zobrazovanej teórie s priamou prácou

s klientom. Prípadové metódy je možné pri výučbe využiť vtedy, „ak vyučujúci chce zamerať pozornosť na prax a povzbudiť u študujúcich schopnosť riešiť konkrétne problémy“ (Kips, 2005, s. 92). Kips (2005) uvádza rôzne varianty prípadových metód:

1. opis prípadu (kazuistika), v rámci ktorej účastníci sú oboznámení s podstatnými podmienkami situácie a vplyvmi, ktoré na ňu pôsobia,
2. prediskutovanie prípadu, t.j. diskusia umožňuje účastníkom empaticky sa vcítiť do situácie, na základe faktov si osvojiť prípad, definovať a prípadne aj riešiť problém,
3. rozbor a vyhodnotenie prípadu poukazujú na význam analýzy problému. Študenti sa učia hľadať súvislosti medzi jednotlivými faktormi, na základe ktorých situácia vznikla.

Podstata aplikácie prípadových metód vo vyučovacom procese spočíva vo výmene informácií. Prípadové metódy umožňujú okrem interakcie „účastník – účastníci“ i interakciu „účastník – lektor“, v rámci ktorej často popri tradičných cieľoch plnia i heuristické a prognostické ciele. Predpokladom uplatnenia tejto metódy vo výučbe je existencia vhodného problému, ktorý by mal zodpovedať cieľom, ale i úrovni a možnostiam dospelých, ich kvalifikácií, funkčnému zaradeniu, životným skúsenostiam a podobne (Kalnický, 1994).

Hranie rolí (dramatizácia, inscenačné metódy) je výchovno-vzdelávacia metóda, ktorá vedie k plneniu osobnostne rozvojových aj vecne vzdelávacích cieľov prostredníctvom navodenia a prípravy, rozohrania a reflexie, fiktívnej situácie s výchovne hodnotným obsahom. Podstata metódy spočíva v osvojení si správania sa a to prostredníctvom predvedenia riešenia situácie, modelov, určitých spôsobov ľudského správania sa, ktoré zodpovedá scenáru (Kalnický, 1994). Pre sociálnu prácu má špecifický význam inscenačná metóda, ktorej podstata spočíva v simulácii určitej situácie. Študenti sa potom sa v rámci diskusie, alebo samotnej realizácie úlohy pokúsia nájsť východisko zo situácie, resp. riešenie problému. Ide teda o nácvik situácií alebo procesov, ktoré sa stali alebo sa môžu prihodiť v skutočnosti. Výhodou tejto aktivizujúcej metódy, okrem jej dynamickosti, je hlavne emocionálne zaangažovanie sa a osobné prežívanie

situácie. Tieto skutočnosti umožňujú dospelým rozvoj empatie, sociálneho cítenia, schopnosti prekonávať reálne problémové situácie – dohodnúť sa na cieľoch, hľadať alternatívne riešenie problémov, príčiny vzniku problémovej situácie, ako aj stanovovať anamnézu, prognózu, či komplexnú diagnózu (Turek, 2004).

Simulačné metódy. Simulácia je na rozdiel od hrania rolí komplexnejšia činnosť, ktorej sa zúčastňuje veľký počet jedincov, t.j. celá skupina alebo viacero skupín, ktorí v rôznych roliach na vlastnej koži „prežívajú“ zjednodušený model reality. Simulácia môže prebiehať aj v rámci dlhšej doby. Študenti môžu byť zapojení do rôznych simulačných projektov, napr. vedenie fiktívnej firmy alebo činnosť mestského úradu, prípadne domácnosti, pri ktorých každý zo študujúcich prevezme určitú funkciu, sociálnu pozíciu a rolu (Kips, 2005, s. 93).

Projektové metódy. Vzdelávanie prostredníctvom výchovno-vzdelávacích projektov dáva „možnosť hľadať a nachádzať dôležité väzby a súvislosti, ktoré sú podmienkou správneho a zodpovedného riešenia problémov“ (Kips, 2005, s. 94). Počas vyučovania prichádza k aktívnemu procesu hľadania, prežívania, vlastného skúšania a tvorenia, a následne aj ku komplexnému formovaniu osobnosti dospelého človeka.

Predtým, ako sa študenti začnú učiť pomocou projektovej metódy, najprv sa podľa Kipsa (2005, s. 94) musia oboznámiť s jednotlivými fázami riešenia projektu, podľa ktorých majú postupovať. Tieto fázy projektu sú: 1. získanie a porovnávanie informácií, 2. triedenie informácií, 3. formulácia problému, 4. návrhy riešení, 5. realizácia vybraného riešenia.

Metóda objavovania a riadeného objavovania. Podstata metódy objavovania a riadeného objavovania spočíva podľa Kipsa (2005, s. 95) v tom, že „jedinec sa snaží začleniť (integrvať) nové poznatky do kontextu svojich predchádzajúcich poznatkov. Ak sa mu to podarí, je veľký predpoklad, že bude vedieť tieto nové poznatky používať v praxi, teda aplikovať ich pre podobné prípady. V rámci metódy objavovania, dospelí používajú svoje predchádzajúce vedomosti a zručnosti k tomu, aby sami objavili a pochopili podstatu nového učiva.“

Výskumné metódy. Podstatou tejto metódy je objav novej informácie, alebo vlastné overenie nadobúdaných poznatkov. Podľa Kipsa (2005, s. 95-96) dospelí „ako výskumníci riešia nejaký problém, na ktorý učiteľ a ani nikto iný nepozná odpoveď“. Úlohou učiteľa je poskytnúť dospelým pomoc pri hľadaní skutočných otázok, teda také otázky, na ktoré dopredu nie je známa odpoveď a pre ktoré je k dispozícii dostatočné množstvo informácií, aby bolo možné s nimi vedecky pracovať.“

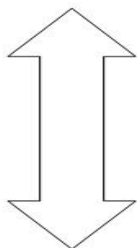
Didaktické hry sú podľa Pedagogického slovníka (1995) analógiou činností detí, ktorá sleduje didaktické ciele. Môže sa odohrávať v učebni, telocvični, na ihrisku, v prírode. Má svoje pravidlá, vyžaduje priebežné riadenie, záverečné vyhodnotenie. Je určená jednotlivcom, ale aj skupinám žiakov, pričom rola pedagóga má široké rozpätie od hlavného organizátora po pozorovateľa. Jej prednosťou je stimulačný náboj, podnecuje tvorivosť žiakov, spontánnosť, spoluprácu i súťaživosť, vyžaduje, aby vyžívali rôzne poznatky a zručnosti, zapájali životné skúsenosti. Didaktická hra má mať svoj cieľ a presné pravidlá, ktorými sa riadi. Didaktické hry možno využívať pri vysvetľovaní, overovaní, upevňovaní učiva, ale aj na spestrenie vyučovania a motiváciu študentov. Prostredníctvom herných situácií sa dajú priblížiť i zložité úlohy a problémy (Kalhous a kol., 2002).

Kontinuum vyučovacích metód podľa Rogersa a Freiberga Zdroj: MAŇÁK, J. – ŠVEC, V. 2003. *Výukové metódy*. Brno : Paido, s. 20. ISBN 80-7315-039-5.

Aktivizujúce metódy - praktické ukážky

Ako je z predošlého textu zrejmé, aktivizujúce metódy musia byť prispôsobené endogénnym ako aj exogénnym faktorom vzdelávanej skupiny. Je nesmierne dôležité, aby boli bezprostredne zviazané s preberanou teóriou a smerovali k

Učenie riadené učiteľom



výklad učiva
kladenie otázok
cvičenie a príklady
ukážky
diskusie
kooperatívne skupiny
riadené objavovanie
dohody učiteľa so študentmi
hranie rolí
projekty
výskumné aktivity
sebahodnotenie študentov

Učenie riadené študentom

príprave na praktické vzdelávanie.

Aktivizujúce metódy v procese vzdelávania dospelého človeka môžu mať hlboký axiologický, emocionálny a taktiež sebareflexívny rozmer. Ich realizácia si vyžaduje skúseného facilitátora, ktorý nebagatelizuje priebeh uskutočňovanej metódy, stráži hranice a vedie študentov k uvedomeniu si zodpovednosti, ktorú sociálny pracovník má v dennodennej starostlivosti o klienta. Cieľom nasledujúcej state je preto zobrazit' niektoré praktické príklady aktivizujúcich metód, s ktorými má autor príspevku pozitívne skúsenosti pri práci so študentmi sociálnej práce.

I. Ukážka nácviku dohody o cieľoch

Pracovný názov: Prípad pomaranč

Metóda: hranie rolí, inscenačná metóda

Čas potrebný na realizáciu: 45-60 min.

Realizácia: Študenti sú rozdelení do skupín po štyroch. Každý si vyberie jednu z nasledujúcich rolí: predávajúci, kupujúci č. 1,

kupujúci č. 2 a inšpektor. Predávajúci, kupujúci č. 1, kupujúci č. 2 majú dohodnúť predaj a kúpu veľmi vzácného a ojedinelého pomaranča. Inšpektor je v pasívnej polohe, priebeh vyjednávania sleduje a v závere vyhodnocuje. Každý zo zúčastnených dostane špecifické inštrukcie, ktoré nesmie prezradiť, a ktoré mu stanovujú mantinely vyjednávania.

1. Predávajúci: Ste obchodník so vzácnym tovarom. Druhý rok po sebe sa Vám podarilo vypestovať mimoriadne vzácny pomaranč, ktorý je ojedinelý svojho druhu. Dužina tohto pomaranča je mimoriadne chutná, výživná a plná vitamínov. Jeho šupka má zázračné liečivé účinky a jeho kôstky vedú zaplniť ovocné sady už v priebehu jedného roka. Minulý rok Ste tento pomaranč predali za 100 000 Eur. Tento rok prejavili záujem dvaja zákazníci. Vašou úlohou je predat' tento pomaranč čo najdrahšie, resp. uzavrieť taký obchod, ktorý by bol pre Vás čo najvýhodnejší. Máte na to 35 minút.

2. Kupujúci č. 1: Ste rodič dvoch detí a máte záujem o kúpu mimoriadne vzácného pomaranča, ktorý je ojedinelý svojho druhu. Dužina tohto pomaranča je mimoriadne chutná, výživná a plná vitamínov. Jeho šupka má zázračné liečivé účinky a jeho kôstky vedú zaplniť ovocné sady už v priebehu jedného roka. Máte choré jedno dieťa a viete, že šupka z tohto pomaranča by ho zachránila. Môžete ale minúť najviac 150 000 Eur, čo sú všetky Vaše úspory. Peniaze by sa Vám hodili aj na iné veci. Vašou úlohou je uzavrieť pre Vás čo najvýhodnejší obchod, získať čo potrebujete a minúť čo najmenej. Obchodník nevie, koľko si môžete dovoliť minúť, ale o pomaranč prejavil záujem aj ďalší kupujúci. Máte na to 35 minút.

3. Kupujúci č. 2: Ste významný podnikateľ, ktorý stále dostane všetko čo chce a máte záujem o kúpu mimoriadne vzácného pomaranča, ktorý je ojedinelý svojho druhu. Dužina tohto pomaranča je mimoriadne chutná, výživná a plná vitamínov. Jeho šupka má zázračné liečivé účinky a jeho kôstky vedú zaplniť ovocné sady už v priebehu jedného roka. Ste taktiež majiteľom

stáda veľmi vzácných koní a dužina z tohto pomaranča by mu zabezpečila plnohodnotnú stravu na celý rok. Kone by boli vo vynikajúcej forme a mohli vyhrať mnohé súťaže. Váš podnikateľský duch Vám navyiac hovorí, že pomaranč by Ste vedeli využiť rôznymi inými spôsobmi. Môžete ale minúť najviac 150 000 Eur. Ostatné peniaze Ste momentálne investovali. Viete sa ale zaručiť, či dokonca zmluvne zaviazat', že tento pomaranč budete od predávajúceho odoberat' nasledujúcich 5 rokov za sumu, na ktorej sa dnes dohodnete. Vašou úlohou je uzavrieť pre Vás čo najvýhodnejší obchod, získať čo potrebujete, minúť čo najmenej a prijať čo najnižší záväzok. Obchodník nevie, koľko si môžete dovoliť minúť, a čo všetko mu môžete ponúknuť, ale o pomaranč prejavil záujem aj ďalší kupujúci. Máte na to 35 minút.

4. Inšpektor: Ste obchodný inšpektor, ktorého úlohou je dohliadať na obchodné transakcie. Zameriavate sa na etiku predaja, spôsoby vyjednávania a hodnotenie efektívnosti. Dostali Ste úlohu dohliadať na predaj mimoriadne vzácného pomaranča, ktorý je ojedinelý svojho druhu. Dužina tohto pomaranča je mimoriadne chutná, výživná a plná vitamínov. Jeho šupka ma zázračné liečivé účinky a jeho kôstky vedia zaplniť ovocné sady už v priebehu jedného roka. Vašou úlohou je čo najlepšie opísať priebeh vyjednávania medzi predávajúcim, kupujúcim č. 1 a kupujúcim č. 2. Do vyjednávania nijako nezasahujte! Po tom ako sa ukončí, opíšete jeho priebeh vlastnými slovami. Zodpovedajte na nasledujúce otázky: 1. Ako sa dohodli? Ako vyjednanie skončilo? 2. Existovalo podľa Vás aj efektívnejšie a pre všetkých výhodnejšie riešenie? Aké? Ako k nemu mohli dôjsť? 3. Ako sa vyjednanie začalo? Kto ho zahájil a akými slovami? 4. Ako rýchlo kupujúci odkryli možnosti, ktoré mali k dispozícii? Odkryli ich úplne, alebo podľa Vás majú ešte nejaké rezervy? Zdôvodnite svoj názor. 5. Ako by Ste opísali vzťah medzi jednotlivými účastníkmi? Bol niekto dominantný, arogantný, alebo kompromisný, či dokonca pasívny? Ako sa to prejavovalo? 6. Ktorá rola Vám bola najviac sympatická a prečo?

Reflexia: Pozorný poslucháč si v priebehu vyjednávania všimne, že každý z aktívne zúčastnených môže získať to, po čo prišiel a to bez relatívneho kompromisu. Ak sa kupujúci navzájom dohodnú, tak predávajúci môže pomaranč predať až za 300 000 Eur, pričom kupujúci získajú tú časť pomaranča, po ktorú si primárne prišli. Vyžaduje si to ale dohodu, ktorá sa v úvode vyjednávania mohla zdať neprimeraná. Dohodu, ktorá musela nastať medzi kupujúcimi, ktorí vzájomne vyjednávať neprišli. Participanti navyše získavajú efektívnu sebareflexívnu sondu. Boli pasívnymi, agresívnymi, nekompromisnými, všímavými, či dokonca manipulatívnymi? To sú otázky, na ktoré môžu účastníci získať odpovede a s týmito odpoveďami počas štúdia ďalej pracovať. Táto inscenačná metóda je modifikovanou technikou nácviku manažérskych komunikačných kompetencií. V kontexte sociálnej práce je vhodná na seminárne cvičenia zo sociálneho poradenstva, supervízie a komunikácie.

II. Ukážka nácviku neverbálnej stimulácie

Pracovný názov: Tichý počúvajúci

Metóda: didaktická hra

Čas potrebný na realizáciu: 30-40 min.

Realizácia: Študenti vytvoria páry. Jeden je označený písmenom A, druhý písmenom B. Každý študent dostane pokyn zamyslieť sa nad témou alebo príbehom, o ktorom dokáže rozprávať tri minúty bez prerušenia. V prvej fáze začína rozprávať študent označený písmenom A. Rozpráva presne tri minúty. Študent označený písmenom B nesmie nijako verbálne, ani neverbálne reagovať. Po troch minútach sa rozprávajúci a počúvajúci vymenia. Po ukončení prvej fázy sa vymenia páry. Študent označený písmenom A si vyberá iného študenta označeného písmenom B. Opätovne začína rozprávať študent označený písmenom A. Rozpráva tri minúty, ale študent označený písmenom B môže neverbálne reagovať. Študenti sa opätovne vymenia. Po ukončení dialogických fáz nastáva tretia fáza, v ktorej študenti spisujú informácie, ktoré považujú za fakty z oboch počutých príbehov. Prvú a druhú fázu je možné vzájomne vymeniť.

Reflexia: Uvedená metóda sleduje viacero didaktických cieľov. Dokazuje význam metakomunikácie v poradenskom procese. Cieľom prvej fázy je umožniť študentom vyskúšať si kontrolu nad neverbálnymi signálmi. Zle vyslaný neverbálny signál môže jatrogenizovať klienta a vážne narušiť proces riešenia problémov. Druhá fáza poukazuje na rozdiel v pasívnom a aktívnom počúvaní. Je potrebné pýtať sa študentov na pocity, ktoré mali keď boli počúvajúcí aj hovoriaci v oboch fázach. Rozoberať ich, generalizovať a aktualizovať v kontexte preberanej teórie. Dôležité je sústrediť sa aj na moment spisovania faktov v tretej fáze. Študenti by mali spracovať viac faktov z fázy, pri ktorej mohli neverbálne reagovať. Ak to tak nebolo je potrebné zabezpečiť dodatočnú spätnú väzbu – schopnosť sústrediť sa dlhšiu dobu, počúvať sympatickejšieho kolegu, resp. nepočúvať hovoriaceho, ku ktorému prechováme určitý typ antipatie, zaujímame sa o príbehy, ktoré sa nás dotýkajú, bavia nás a pod. V kontexte sociálnej práce je vhodná na seminárne cvičenia zo sociálneho poradenstva, supervízie a komunikácie.

III. Ukážka nácviku projektového plánovania

Pracovný názov: Sociálny projekt

Metóda: projektová metóda, simulačná metóda

Čas potrebný na realizáciu: 12-24 vyučovacích hodín

Realizácia: Samotné projektovanie je procesom, ktorý má vo výučbe sociálnej práce svoj samostatný priestor. Na tomto krátkom mieste preto nemôžeme v plnosti opísať techniky, ktoré študentov dovedú ku komplexnej predstave o prvej fáze projektového cyklu, ktorou je plánovanie. Tieto informácie sú verejne dostupné a opísané vo viacerých odborných publikáciách, ako napríklad vo vysokoškolskej učebnici Základy projektovania pre charitatívnu a sociálnu službu (Kuzyšín, 2011). Výcvikovým modulom je v tomto kontexte doplnená PCM (Project Cycle Management) metodika zavedená v roku 1992 Európskou komisiou, ako súbor vybraných techník projektovej prípravy a manažmentu. Postupnosť krokov budeme diferencovať do fáz.

Ich časová náročnosť závisí od veľkosti a schopností vzdelávanej skupiny.

1. Fáza – konštrukcia žiadateľa: vytvorenie skupín, stanovenie hierarchie v skupine (voľba hlavného projektového manažéra, hovorcu a pod.), definovanie žiadateľa (právna subjektivita, názov a povaha činnosti, vytvorenie stanov), stanovenie primárnej témy, hľadanie možných donorov.

2. Fáza – analýza zainteresovaných aktérov: identifikácia primárne, sekundárne a terciárne zainteresovaných aktérov, stanovenie zdrojov, záujmov, ohrození a pod.

3. Fáza – SWOT analýza: podrobenie primárnej myšlienky projektového návrhu SWOT analýze, identifikácia silných a slabých stránok, príležitostí a ohrození.

4. Fáza – analýza problémov a cieľov: vytvorenie diagramu problémov a následne cieľov, stanovenie kauzálnych súvislostí.

5. Fáza – matica logického rámca: vytvorenie matice logického rámca s definovaním vertikálnej aj horizontálnej logiky.

6. Fáza – harmonogram: stanovenie harmonogramu pomocou metódy PERT a Ganttovho diagramu.

Reflexia: Uvedená metóda učí študentov sociálnej práce systematicky myslieť, analyzovať, predpokladať, plánovať a pracovať v tíme. Tieto skutočné manažérske techniky ponúkajú neoceniteľnú praktickú skúsenosť a sú súčasťou vzdelávania sociálnych pracovníkov v celom modernom svete. V kontexte sociálnej práce odporúčame jej realizáciu v priebehu seminárnych cvičení z projektovania v sociálnej práci, alebo manažmentu (riadenia) sociálnej práce.

IV. Ukážka nácviku morálneho usudzovania

Pracovný názov: Etické dilemy

Metóda: diskusné metódy

Čas potrebný na realizáciu: 30 min.

Realizácia: Študenti diskutujú na témy s vysokým nábojom morálnych dilem. Zdôvodňujú svoje postoje, argumentujú, ale

snažia sa pochopiť aj opačné stanovisko. Úlohou facilitátora je udržiavať diskusiu, podporovať emočný náboj, ale dialóg smerovať k racionálnym záverom.

Priklady možných otázok:

- 1. Obetovali by ste 5 rokov života výmenou za výnimočnú fyzickú krásu?*
- 2. Čo by ste robili, keby ste vedeli, že o týždeň bude atómová vojna?*
- 3. Boli by ste schopní zabiť nevinného človeka, ak by to ukončilo hladomor vo svete?*
- 4. Dali by ste si chirurgicky odstrániť prst, ak by vám to zaručilo imunitu pred všetkými vážnymi chorobami?*
- 5. Ak by ste zistili, že vaša krásna 2-ročná dcéra nie je vaša, pretože v nemocnici došlo k zámene, vymenili by ste ju za svoju pravú, biologickú?*

Reflexia: Cieľom uvedenej diskusie zameranej na morálne dilemy je poukázať na vážnosť rozhodovacieho procesu, zodpovednosť voči sebe a klientovi. Facilitátor diskusiu smeruje k uvedomeniu si, že profesionál pracujúci v pomáhajúcom procese je často krát vystavený situáciám, v ktorých jeho rozhodnutie vážne ovplyvňuje iné životy.

V kontexte sociálnej práce odporúčame jej realizáciu v priebehu seminárnych cvičení z Etiky, Etiky v sociálnej práci, Filozofie a pod..

V. Ukážka nácviku diagnostických kompetencií

Pracovný názov: Rodinná mapa

Metóda: prípadová metóda

Čas potrebný na realizáciu: 45 min.

Realizácia: Študentom sú vysvetlené pravidlá tvorby rodinnej mapy (vyznačenie hierarchie, sympatie a antipatie, pohlavia, veku a pod.). Študenti vytvoria páry. Jeden je označený písmenom A, druhý písmenom B. Začína rozprávať študent A. Hovorí o svojej rodine, alebo o rodine, ktorú dobré pozná (je potrebné rešpektovať právo na súkromie). Študent B počúva a v prípade

potreby kladie doplňujúce otázky. Po 5 až 10 minútach sa študenti vymenia. Po výmene študenti vytvárajú rodinné mapy, podľa informácií, ktoré získali od svojich spolužiakov. Je dôležité, aby mapy kreslili v súkromí a nevyznačovali žiadne mená, alebo iné identifikačné údaje. Mapy sa potom rozložia, aby boli viditeľné pre všetkých študentov. V nasledujúcom kroku si študenti vyberajú mapu, ktorá podľa nich zobrazuje rodinu, o ktorej rozprávali. V prípade neúspešného výberu sa rozoberá, prečo došlo ku chybnej identifikácii.

Reflexia: Rodinná anamnéza je jedným zo základných krokov sociálnej diagnostiky. Je dôležitou súčasťou kauzistickej analýzy. Uvedená metóda cvičí študentov v diagnostickom rozhovore, stanovení kľúčových rodinných väzieb a zobrazovaní získaných informácií. V kontexte sociálnej práce odporúčame jej realizáciu v priebehu seminárnych cvičení zo Sociálnej diagnostiky, Kazuistiky v sociálnej práci, Sociálneho poradenstva, Komunikácie, Sociálnej práce s rodinou a pod.

VI. Ukážka nácviku výskumnej metodiky

Pracovný názov: Spoznaj svoje okolie

Metóda: výskumné metódy

Čas potrebný na realizáciu: individuálna práca, prezentácia 20 min.

Realizácia: Študenti dostávajú pokyn, aby zistili vo svojom okolí intenzitu potreby sociálneho pracovníka.

Musia splniť nasledujúce podmienky:

- 1. Exaktne definovať pojem „svoje okolie“ a opísať základný súbor.*
- 2. Definovať ciele a hypotézy.*
- 3. Definovať, vytvoriť a verifikovať výskumný nástroj (v úvodných cvičeniach odporúčame dotazník).*
- 4. Opísať spôsob výberu respondentov, definovať výberový súbor a zdôvodniť jeho reprezentatívnosť.*
- 5. Spracovať výsledky skúmania (odporúčame vrátane štatistických analýz).*

6. *Prezentovať a obhájiť vlastné skúmanie, vrátane použitej metodiky.*

Reflexia: Uvedenú metódu odporúčame ako prvý kontakt s vlastným skúmaním. Je dôležité, aby k spracovaniu dochádzalo až po tom, čo študenti majú istý teoretický základ z výskumnej metodológie sociálnych a behaviorálnych vied. Uvedené cvičenie odporúčame realizovať na metodologicky orientovaných seminárnych cvičeniach.

VII. Ukážka nácviku aplikácie teoretických poznatkov

Pracovný názov: Tvorba hry

Metóda: metóda objavovania a riadeného objavovania

Čas potrebný na realizáciu: individuálna práca, prezentácia 20-40 min.

Realizácia: Študenti dostávajú pokyn, aby vytvorili kreatívnu (je možné aj doskovú) hru, ktorá bude mať výrazný výchovno-vzdelávací cieľ a to buď v rovine kognitívnej, afektívnej alebo psychomotorickej.

Musia splniť nasledujúce podmienky:

- 1. Hra musí mať výchovno-vzdelávací cieľ, ktorý je definovaný, zdôvodnený a prezentovaný.*
- 2. Hra musí byť kolektívna (minimálne pre troch hrajúcich). Predvedenie funkčnosti je súčasťou prezentácie.*
- 3. Hra musí mať stanovené jasné, logické a pochopiteľné pravidlá.*
- 4. Hra je vytvorená pre deti v rozmedzí od 4 do 15 rokov.*
- 5. Pri hre sa musia používať študentom vlastnoručne vyrobené pomôcky.*
- 6. Hra sa musí dať vyrobiť z pomôcok, ktoré nachádzame v bežne vybavenej kancelárii, pričom náklady na jej výrobu nepresiahnu 5 Eur.*

Reflexia: Uvedená metóda je mimoriadne efektívna v kontexte pochopenia detskej hry a jej vplyvu na rozvoj osobnosti. Uvedené

cvičenie odporúčame realizovať na seminárnych cvičeniach z pedagogických a psychologických vied.

Namiesto záveru

Ako uvádza Harausová (2011), učenie pomocou aktivizujúcich metód patrí medzi najatraktívnejšie spôsoby vyučovania v súčasnosti. Možno povedať, že pre svoj relaxačný a zábavno-poučný charakter sú najlepšou formou aktívneho oddychu a dokonale dopĺňajú vyučovací proces. Študenti sa týmto aktivitám venujú spontánne. Vhodne zvolená technika ich dokáže aktivizovať, dlho udržať ich záujem a prinútiť ich k vyššiemu výkonu. Aktivizujúce metódy spájajú individuality v celok, ale ponúkajú aj možnosť vyniknúť, prebúdajú a rozvíjajú sociálne cítenie a učia nezištnej spolupráci. Aj z týchto dôvodov odporúčame aktivizujúce metódy realizovať predovšetkým v skupine. Metóda skupinového vyučovania predpokladá, že za osvojenie si učiva je zodpovedný študent. Existuje veľa experimentálnych údajov, ktoré hovoria o efektívnosti skupinového vyučovania. Výskumy ukazujú, že pravidelné využívanie týchto metód v skupine poskytuje lepší kognitívny efekt ako tradičné metódy výučby a zlepšuje vzťahy medzi študentmi. Kritici skupinového vyučovania poukazujú na tri problémy: prvý problém súvisí so skupinovým povzbudzovaním.

Výborní študenti nemusia získať dobrú známku, keďže slabší študenti nedokázali splniť svoje úlohy. Druhý problém je, že študenti sa učia navzájom, ale ani jeden z nich neovláda učivo podrobne. Oponenti tvrdia, že v prípade novej látky informácie a poznatky môže poskytnúť len učiteľ, ktorý ovláda predmet. Tretí problém je v tom, že málokto učiteľ striktné dodržiava pravidlá skupinového vyučovania. Veľa učiteľov chápe skupinové vyučovanie len ako prácu v skupine, čo je na osvojenie si danej látky nepostačujúce. Preto sú pre študentov nevyhnutné doplnujúce pokyny učiteľa, ktorý musí starostlivo a zrozumiteľne sformulovať zadanie, preveriť si, či ho študenti pochopili, určiť časové ohraničenie vypracovania úlohy, poskytnúť im spätnú väzbu a na záver uskutočniť diskusiu (analyzovať vypracovanú úlohu a urobiť vyhodnotenie a kompletizáciu).

Aktivizujúce vyučovacie metódy vnášajú do vyučovacieho procesu racionalizáciu a efektívnosť. Ako sme vyššie naznačili tieto skutočnosti boli viackrát empiricky overené. Velichová (2006, s. 10-12) vykonala experiment, pri ktorom porovnávala v kontrolných i experimentálnych podmienkach efektívnosť tradičnej a aktivizujúcej vyučovacej metódy v konkrétnom vyučovacom procese. Výsledky experimentu potvrdili výrazný vplyv aktivizujúcej vyučovacej metódy na dosiahnuté výsledky. Pri využití aktivizujúcich metód sa potvrdilo zlepšenie výsledkov a vyšší prírastok vedomostí. Podobný výskum realizovala aj Kašpárková (1998). Porovnávala dve skupiny, kde v jednej boli aplikované aktivizujúce metódy a v druhej klasické. Pri finálnom hodnotení pomocou didaktického testu bola úspešnejšia skupina, v ktorej boli využívané predovšetkým aktivizujúce metódy. Bolo taktiež zistené, že pri aplikácii aktivizujúcich metód sa rozvíja logická pamäť.

Medzi ďalších autorov, ktorí sa zaoberali aktivizujúcimi metódami zaraďujeme Taylora, Dawsona a Frasera (1995). Analyzovali účinnosť kooperatívneho vyučovania. Výsledky ich výskumu dokazujú, že aplikácia kooperatívneho vyučovania podporuje rozhodovanie, efektívnosť riešenia problémových úloh ale taktiež aplikáciu získaných poznatkov z vyučovacieho procesu do reálneho života.

Grecmanová a Urbanovská (2007) sa zaoberali vplyvom vyučovacích metód na klímu vo vzdelávacej skupine. Zistili, že inovatívne metódy vyučovania môžu prispieť k celkovej zmene školy. V týchto súvislostiach odporúčajú uplatňovať tie metódy, ktoré podporujú samostatnosť, tvorivosť, zodpovednosť, kooperáciu a kritické myslenie.

Ďalšie výskumy potvrdzujú vplyv aktivizujúcich vyučovacích metód, vyučovacích štýlov a tiež správania sa učiteľa na výsledky študentov z akéhokoľvek predmetu (Aitkin – Zuzovsky 1994; Wentzel 2002). Opendakker a Van Damme (2006) sa napríklad zaoberali vplyvom vymedzených charakteristík učiteľov (pohlavie, vzdelanie ich spokojnosť s prácou, vyučovací štýl a pod.) na efektívny priebeh vyučovacieho procesu. Zistili, že čím viac učiteľ používa štýl vyučovania orientovaný na študenta, tým

sú študenti s hodinou viac spokojní a dosahujú taktiež lepšie výsledky.

Orbanová (2008) vo svojom výskume poukazuje na pozitívny prístup študentov k aktivizujúcim metódam. Až 58 % študentov ich vo svojom vzdelávaní uprednostňuje a to aj napriek tomu, že menovaná autorka identifikovala 65 % prevahu uplatňovania tradičných, resp. klasických didaktických metód. Zreteľná dominancia bola zistená pri používaní vysvetľovania a rozhovoru. Štvrtina respondentov si myslela, že rovnomerne využívajú klasické aj aktivizujúce metódy a 10 % kladie dôraz predovšetkým na moderné aktivizujúce metódy.

Podobne aj Taliánova a Forejt (2008) vykonali výskum s cieľom zistiť, či učitelia daného odboru (ošetrovatelstvo) uprednostňujú klasické, alebo aktivizujúce metódy. Tento výskum poukázal, že tradičným vyučovacím metódam dáva prednosť 53,5 % respondentov. Najbežnejšou a najobľúbenejšou metódou bolo študentmi aj učiteľmi zvolené skupinové vyučovanie, potom brainstorming a práca s textom.

Aktivizujúce metódy sú nesmierne účinným prvkom v procese vzdelávania budúcich profesionálov. Hoci sú v priebehu učiteľovej prípravy časovo a kreatívne náročnejšie, ich efekt a dopad je o to účinnejší. Dokázateľne prepájajú teóriu a prax, motivujú študentov a rozvíjajú požadované odborné aj osobnostné kompetencie. Prekonanie strnulosti využívania len klasických metód je preto výzvou celému akademickému svetu.

Zoznam bibliografických odkazov

AITKIN, M. – ZUZOVSKY, R. 1994. Multi level interaction models and their use in the analysis of large - scale school effectiveness studies. In *School Effectiveness and School Improvement*. ISSN 0924-3453, 1994, 1 (1), s. 45-73.

FULKOVÁ, E. 2006. *Kapitoly zo všeobecnej didaktiky*. Bratislava : Infopress, 2006. 160 s. ISBN 80-85402-78-5.

GRECMANOVÁ, H. – URBANOVSKÁ, E. 2007. *Aktivizační metody ve výuce, prostředek ŠVP*. Olomouc : Hanex, 2007. 178 s. ISBN 80-85783-73-8.

- HARAUSOVÁ, H. 2011. *Ako aktivizujúco vyučovať*. Bratislava : Metodicko-pedagogické centrum v Bratislave, 2011. 62 s. ISBN 978-80-8052-396-1.
- JANOUSKOVÁ, K. – KVASNIČKA, R. 2008. *Analýza vzdelávacích potrieb terénnych pracovníkov*. Ostrava : Zdravotné sociální fakulta, 2008. 42 s. ISBN 978-80-7368-508-9.
- KALHOUS, Z. – OBST, O. a kol. 2002. *Školní didaktika*. Praha : Portál, 2002. 448 s. ISBN 80-7178-253-X.
- KALNICKÝ, J. 1994. *Progresívna andragogika – Androdidaktika*. Bratislava : Národné osvetové centrum, 1994. 80 s. ISBN 80-7121-062-5.
- KAŠPÁRKOVÁ, S. 1998. Vliv aktivizujících vyučovacích metod na vytváření vědomostních struktur žáků. In Kol. autorov. *Tvořivá škola*. Brno : Paido, 1998, s. 145-151. ISBN 80-85931-63-X.
- KIPS, M. 2005. *Didaktika*. Bratislava : Slovenská vedecká spoločnosť pre telesnú výchovu a šport, 2005. 100 s. ISBN 80-89075-25-8.
- KUZYŠIN, B. 2011. *Základy projektovania pre charitatívnu a sociálnu službu*. Gorlice : ELPIS, 2011. 99 s. ISBN 878-83-63055-02-8.
- MAŇÁK, J. – ŠVEC, V. 2003. *Výukové metody*. Brno : Paido. 219 s. ISBN 80-7315-039-5.
- MANNIOVÁ, J. 2004. *Kapitoly z pedagogiky*. Bratislava : Luskpress, 2004. 65 s. ISBN 80-968956-2-1.
- OPDENAKKER, M. C., – VAN DAMME, J. 2006. Teacher characteristics and teaching styles as effectiveness enhancing factors of classroom practice. In *Teacher and Teacher Education*, ISSN 0742-051X, 2006, 22(1), 1-21.
- ORBÁNOVÁ, D. 2008. *Aktivizujúce vyučovacie metódy v ekonomickom vzdelávaní*. Bratislava : EKONÓM, 2008. 106 s. ISBN 978-80-225-2535-0.
- PERHÁCS, J. 1995. *Utváranie osobnosti dospelého človeka v procese vzdelávania*. Bratislava : Národné osvetové centrum, 1995. 92 s. ISBN 80-968564-7-2.
- PRŮCHA, J. – WALTEROVÁ, E. – MAREŠ, J. 1995. *Pedagogický slovník*. Praha : Portál. 292 s. ISBN 80-7178-029-4.

- SCHAVEL, M. 2007. Kompetencie sociálneho pracovníka v intenciách prijatia supervíznej pomoci. In: *Supervízia v sociálnej práci – súčasná prax a perspektívy*. (el. zdroj). Prešov : Pravoslávna bohoslovecká fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2007. ISBN 978-80-8068-577-5.
- SLÁVIK, M. a kol. 2012. *Vysokoškolská pedagogika*. Praha : Grada, 2012. 256 s. ISBN 978-80-247-4054-6.
- TALIÁNOVA, M. – FOREJT, M. 2008. Podpora kritického myšlení a používání aktivizačních metod ve výuce ošetrovatelství [online]. In *Profese online*, roč. 1/2 (2008), [citované 2014-08-28], s. 89-101. Dostupné na internete: <http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2008_02/podpora-kritickeho.pdf>. ISSN 1803-4330.
- TAYLOR, P. – DAWSON, V. – FRASER, B. 1995. *Classroom learning environments under transformation: a constructivist perspective* [online]. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association (AERA), San Francisco, April, 1995. [citované 2014-08-28]. Dostupné na internete: <http://www.academia.edu/4943147/A_Constructivist_Perspective_On_Monitoring_Classroom_Learning_Environments_Under_Transformation?login=bohuslav.kuzysin@gmail.com&email_was_taken=true>.
- TUREK, I. 2004. *Inovácie v didaktike*. Bratislava : Metodickopedagogické centrum, 2004. 360 s. ISBN 80-8052-188-3.
- VELICHOVÁ, Ľ. 2006. Meranie efektívnosti vyučovacích metód - experiment. In *Technológia vzdelávania*, Nitra : Slovdidac, 2006, roč. 14, č. 1, s. 10-12. ISSN 1335-003X.

PRÍNOS UČENIA SOCIÁLNEJ NÁUKY CIRKVI PRI RIEŠENÍ ASPEKTOV NEZAMESTNANOSTI A CHUDOBY

Laca Peter

Úvod

Pokrok a zmeny v spoločnosti prinášajú so sebou aj mnohé negatívne javy, ako je nezamestnanosť, chudoba, sociálna nespravodlivosť, odcudzovanie sa ľudí, konzumný spôsob života s negatívnymi dôsledkami na fyzický a psychický stav ľudského organizmu a pod. Sociálna nespravodlivosť, chudoba, nezamestnanosť ako spoločenský problém predstavuje v súčasnosti tému, ktorej je venovaná veľká pozornosť najmä v politických kruhoch v rámci sociálnej politiky štátu, členmi rôznych odborných a cirkevných komunit. Svoj obzvlášť závažný význam v celosvetovom meradle nadobudla nielen v kontexte sociálnych politik jednotlivých štátov, ale aj v kontexte celosvetovej hospodárskej a ekonomickej krízy. Reflexia nad otázkou sociálnej nespravodlivosti, chudoby a bohatstva si vyžaduje porozumenie širších súvislostí, spojených s vývojom spoločnosti a jedince, berúc do úvahy aj jeho sociálne, kultúrne a náboženské okolnosti, v ktorých sa nachádzal.

V súčasnosti sa do popredia záujmu spoločnosti dostáva predovšetkým sociálna nespravodlivosť, nezamestnanosť, chudoba a ďalšie javy, ktoré nie sú len realitou v rozvojových krajinách, ale i súčasťou vyspelých štátov. Ich hlavnou príčinou je nielen nespravodlivosť, ale i osobný hriech každého človeka. Týmto príspevkom sa pokúšame špecifikovať aspekty chudoby nielen ako sociálneho problému, ale aj ako sociálno-patologického javu. Lebo ku riešeniu sociálnych otázok prispieva aj sociálna náuka Cirkvi, zvlášť predstavením základných princípov kresťanstva, v ktorých je zdôraznený určitý postoj ako nutný, a to vždy a všade, za každých okolností, vo všetkých súvislostiach, v ktorých sa tá, či oná sociálna problematika objaví.

Nezamestnanosť a chudoba ako sociálny problém

Nezamestnanosť je neodvratnou súčasťou života, je charakterizovaná ako komplikovaný sociálny problém, kedy dopyt po práci je nižší ako ponuka práce na trhu práce. Nezamestnanosť je teda sociálna udalosť, ktorá je popretím centrálného charakteru ľudskej osoby v spoločnosti, lebo prioritou sa stáva ekonomika a trhové hospodárstvo bez zohľadnenia potrieb človeka. Osoba človeka je tak nahradená splnením ekonomických a iných kritérií či požiadaviek. V súvislosti s problematikou nezamestnanosti a chudoby je potrebné zdôrazniť, že osoba je vrcholným javom a ľudským bytím, je viac ako spoločnosť alebo štát, je viac ako hospodárstvo či ekonomika, investície alebo privatizácia. V tomto prípade práve sociálne učenie Cirkvi poukazuje a zdôvodňuje jedinečnú a nenarušiteľnú dôstojnosť človeka ako osoby a nezamestnanosť i chudoba je tak zjavným javom, ktorý narúša túto dôstojnosť. Od tejto ľudskej dôstojnosti odvodzuje základné ľudské práva, ktoré nemôžu byť narušované štátom, právnym systémom či inými jednotlivcami.

Problém nezamestnanosti si všíma aj Cirkev vo svojom sociálnom učení. Cirkev vidí v nezamestnanosti vážne ohrozenie ľudského spolužitia, a preto neustále apeluje na zodpovedné štátne orgány, orgány samosprávy a tretí sektor, aby vyvinuli všetko úsilie pre záchranu jestvujúcich pracovných miest a aby neustále vytvárali podmienky pre nové pracovné príležitosti. Hodnota a dôstojnosť ľudskej práce tkvie teda v človeku ako ľudskej bytosti, ktorej Boh prikázal podmaniť si zem, čiže pracovať. Prácu treba chápať ako formovanie, dotváranie, zdokonaľovanie tohto sveta. Pápež Pius XI. vo svojej encyklike „*Quadragesimo anno*“ spomína, že tak, ako je vták predurčený na lietanie, tak je človek stvorený pre prácu. A tak duševne i telesne zdravý človek nemôže žiť bez práce. Potrebuje pracovať, aby vytvoril niečo hodnotné, cenné a aby tak plnil Božiu vôľu. Konkrétny každodenný život nám však ukazuje, že práca môže byť príjemná a človeku bytostne blízka, je preňho darom a zadosťučinením, inokedy je práca ťažká, frustrujúca a vyvoláva odpor. Správne chápať fenomén nezamestnanosti nám môže napomôcť sociálne učenie Cirkvi a kresťanská etika.

V katolíckej sociálnej náuke sa nezamestnanosť vždy chápala ako mimoriadne zlo, ktoré ohrozuje jednotlivca, ako aj spoločnosť. Pius XI. v Encyklike „Quadragesimo anno“ sa venuje otázke nezamestnanosti v súvislosti s odmeňovaním za prácu. Pápež uvádza, že veľmi nízke mzdy na jednej strane a veľmi vysoké na druhej strane zapríčiňujú nezamestnanosť. Nezamestnanosť a najmä dlhotrvajúca nezamestnanosť je strašným bičom, lebo spôsobuje chudobu a nezamestnanému údery, ktoré ho vrhajú do hospodárskej biedy a mravného nebezpečenstva.

Nezamestnanosť plodí chudobu, preto nezamestnanosť a chudoba sú spoločenské javy, ktoré patria v 21. storočí medzi kľúčové a najviac ohrozujúce sociálne udalosti, pre ktoré existuje viacero vymedzení týchto pojmov, avšak všetky jednoznačne vychádzajú z „nedostatku čohosi“ čo je dôležité pre existenciu človeka. Prvé definície chudoby sa objavili až v 19. storočí v súvislosti s priemyselnou revolúciou. Chudoba bola poväčšine definovaná (v súlade s danou dobou) ako nedostatok zdrojov na uspokojenie základných potrieb, najmä čo sa týka stravy, oblečenia, bývania.

Chudoba je veľmi komplexný a zložitý pojem ako uvádza S. Laca (2011, s. 31) a v súčasnej dobe je považovaná za jeden z najzávažnejších problémov globalizovaného sveta. O chudobe teda vieme paradoxne tak veľa, že máme problém jasne a najmä stručne povedať, čo to vlastne chudoba je. Predovšetkým nie sú vždy jasne vymedzené pojmy, ktoré spolu súvisia: chudoba, bieda, nerovnosť, bezmocnosť, nedostatok, núdza. Svoju rolu tu zohrávajú aj rozdiely jednotlivých jazykov, respektíve ustálenosť odbornej terminológie v nich. Neexistuje žiadna absolútna a všeobecne uznávaná definícia alebo hranica, ktorá vymedzuje pojem chudobného. Zvlášť je to markantné pri definícii chudoby v rámci hospodársky vyspelých krajín, kde je zabezpečená situácia základných životných potrieb, najmä jedlo, ošatenie a strecha nad hlavou. Chudoba z tohto pohľadu je vždy definovaná vo vzťahu k štandardu danej spoločnosti. Chudoba je prítomná na celom svete, v Európe, ale aj v slovenskej spoločnosti. Je dôsledkom neprajnosti osudu, lenivosti, absencie pevnej vôle,

nespravodlivosti v spoločnosti, alebo dokonca je to nevyhnutná súčasť pokroku. Frekvencia týchto postojov a názorov je zaujímavejšia, ak ich dávame do medzi generačných porovnaní a súvislostí.

Chudobu možno chápať ako výraz extrémnej nerovnosti, lepšie povedané ako odstup od určitej časti populácie nielen od bohatých, ale aj od celého zvyšku populácie. Vo svojej podstate zostávajú tieto tvrdenia v platnosti aj dodnes, aj keď sa prvotný problém zlých životných podmienok a fyzického prežitia rozšíril o sociálny a kultúrny aspekt, „v súčasnosti však prevláda v európskych krajinách širšie vymedzenie chudoby podľa Rady Európy (RE) z decembra 1984, podľa ktorého chudoba označuje osoby, rodiny alebo skupiny osôb, ktorých zdroje (materiálne, kultúrne a sociálne) sú natoľko limitované, že ich vylučujú z minimálne akceptovaného životného štýlu štátov, v ktorých žijú“ (Šimúnková, 2000, s. 77). Z pôvodných definícií chudoby ako uvádza D. Šlosár (2009, s. 101) vychádza I. Tomeš (1996, s. 126), ktorý sa zmieňuje, že tradične je chudoba chápaná ako stav, v ktorom nedostatok hmotných prostriedkov obmedzuje možnosti spotreby, keď nedostatok peňazí neumožňuje zabezpečiť dôležité (základné) životné potreby na primeranej úrovni. P. Ondrejko (2001, s. 59) chápe chudobu zasa z pohľadu sociálnej patológie ako sociálny jav charakteristický nedostatkom životných prostriedkov jednotlivca alebo skupiny, ktorý v tomto zmysle je považovaný za sociálny problém, prípadne za sociálno-patologický jav.

Autor S. Laca (2011, s. 32) sa zmieňuje, že chudoba je bežne považovaná za sociálny problém, inokedy je považovaná za sociálnu deviáciu, taktiež biedu a sociálnu patológiu. Chudoba je tak potom v rôznych koncepciách a prístupoch rôzne definovaná a meraná, vždy však ide o inferiorné podmienky života so zvláštnymi individuálnymi a spoločenskými dôsledkami (Cantalamesa, 1999, s. 45). V dnešnej dobe sa čoraz častejšie miesto pojmu chudoba používa pojem sociálna exklúzia, respektíve sociálne vylúčenie. Sociálna exklúzia je širší koncept než chudoba, vyjadruje riziko marginalizácie a vylúčenia pre individuálnu skupinu vo viacerých oblastiach života a vždy zahŕňa

chudobu. Naopak chudoba nemusí vždy znamenať exklúziu (Schavel a kol., 2008, s. 32). Chudoba sa vzťahuje k spotrebnému štandardu, dosahovaniu nízkych alebo neadekvátnych materiálnych prostriedkov. Sociálna exklúzia je však vždy spojená so sociálnou inklúziou, to znamená, ak sú ľudia vylúčení z jednej sféry, zároveň sú začlenení do inej sféry (napr. matky sú vylúčené z trhu práce a sú zaradené do rodín).

V širšom kontexte ako uvádza D. Šlosár (2009, s. 101) rozoberá sociálny fenomén chudoby aj M. Cár, ktorý chudobu vo všeobecnosti charakterizuje ako spoločenský jav, ktorý je špecifickou súčasťou života spoločnosti a má tri dimenzie: **ekonomickú** - spočíva v nerovnakej dostupnosti zdrojov pre jednotlivých členov spoločnosti i v rozdielnej schopnosti využívať tieto zdroje; **sociálno-psychologickú** - t.j. diferencovaná dostupnosť k základným pôžitkom, nevyhnutným pre dôstojnú existenciu jednotlivcov i celých skupín v danom spoločenstve, **politickú** - čo znamená obmedzený alebo žiadny prístup k rozhodovaciemu procesu, pričom všetky tieto aspekty veľmi úzko súvisia, vzájomne sa dopĺňajú a podmieňujú.

V rámci krajín Európskej únie je používaná obsiahlejšia definícia chudoby, pretože chudobu pomenováva zrozumiteľne, zahŕňa všetky aspekty v jej relatívnom poňatí a napriek zjednocovaniu postupov starších i nových členov Európskeho spoločenstva berie do úvahy špecifiká životných podmienok tej - ktorej krajiny. Ľudia žijú v chudobe, ak ich príjem a iné zdroje sú natoľko nedostatočné, že im neumožňujú dosiahnuť takú životnú úroveň, ktorá je akceptovateľná v spoločnosti, v ktorej žijú. V dôsledku chudoby môžu poznať mnohonásobné znevýhodnenie od nezamestnanosti, cez nízky príjem, zlé bývanie, nedostatočnú zdravotnú starostlivosť až po prekážky v prístupe k celoživotnému vzdelávaniu, kultúre, športu či rekreácii. Sú často marginalizovaní a vylúčení z účasti na aktivitách (ekonomických, sociálnych a kultúrnych), ktoré sú bežné pre ostatných ľudí a ich prístup k základným právam môže byť obmedzený (Národný akčný plán sociálnej inklúzie, 2004).

Z uvedeného je zjavné, že chudoba je v súčasnosti chápaná oveľa komplexnejšie ako v počiatoch vytvárania jej

teórie, pričom v rámci krajín Európskej únie je vnímaná aj ako dôsledok štrukturálnych zmien, ktoré sprevádzajú sociálno-ekonomický vývoj spoločnosti. Vzhľadom na celkový vývoj ľudsťva chudoba takto zároveň predstavuje i závažnejší sociálny i spoločenský problém, pretože sa dotýka viacerých sfér života jedinca, skupiny či samotnej spoločnosti. Aj keď neexistuje úplne jednoznačná definícia chudoby vzhľadom na jej multidimenzionálnosť, na sociálnu a ekonomickú situáciu a vymedzenie hraníc sociálnej nerovnosti v jednotlivých krajinách, je potrebné si uvedomiť, že tento sociálny fenomén tu reálne existuje (dokonca i v tých najbohatších krajinách) a ohrozuje človeka a často krát i jeho ľudskú dôstojnosť. Len veľmi ťažko je možné chudobu úplne eliminovať, pretože je výrazom extrémnej nerovnosti: chudoba verzus bohatstvo.

V oblasti výskumu i niektorých štatistických meraní sa pojem chudoba používa a vtedy sa najčastejšie spája s príjmom jednotlivca alebo domácnosti, ktorý je pod určitou hranicou. Najčastejšie sú citované údaje z Eurostatu (európsky štatistický úrad), ktoré aj sám Eurostat neprezentuje ako chudobu, ale len ako ohrozenie chudobou v našej krajine. Spomedzi krajín únie je na Slovensku druhý najmenší podiel ohrozených ľudí chudobou podľa najnovšieho merania Eurostatu. Na Slovensku hrozí chudoba 11 percentám obyvateľov. V porovnaní krajín Európskej únie tak Slovensko spolu s Holandskom obsadilo druhú priečku. Najmenej chudobných v Európe má Česká republika. Vo všetkých ostatných štátoch je miera chudoby vyššia.

Tabuľka 1 – Obyvatelia EÚ ohrozený chudobou,
<http://www.scribd.com/doc>

Obyvatelia EU ohrozený chudobou		
Štát	Hranic a chudob y v €	Podiel ohrozených ľudí (v %)

		Cela populácia	Do 17rokov	Nad 65 rokov	Zamestnanci
EU 27	—	17	20	19	8
Belgicko	10 100	15	17	21	5
Bulharsko	2 800	21	26	34	7
Česko	5 800	9	13	7	4
Dánsko	10 500	12	9	18	5
Nemecko	10 600	15	15	15	7
Estónsko	4 700	19	17	39	7
Írsko	10 900	16	18	21	6
Grécko	7 200	20	23	22	14
Španielsko	8 400	20	24	28	11
Franúzsko	9 700	13	17	11	7
Taliansko	9 000	19	25	21	9
Cyprus	11 300	16	14	49	6
Lotyšsko	4 400	26	25	51	11
Litva	4 200	20	23	29	9
Luxembursko	16 500	13	20	5	9
Maďarsko	4 000	12	20	4	5

Malta	7 800	15	20	22	5
Holansko	11 300	11	13	10	5
Rakúsko	11 200	12	15	15	6
Poľsko	3 900	17	22	12	12
Portugalsko	5 800	18	23	22	12
Rumounsko	1 900	23	33	26	17
Slovinsko	8 400	12	12	21	5
Slovensko	4 000	11	17	10	6
Fínsko	9 600	14	12	23	5
Švedsko	10 400	12	13	16	7
Veľká Británia	11 600p	19p	23p	30p	9p
Island	13 000	10	11	15	7
Nórsko	13 700	11	10	15	5

V krajinách Európskej únie hrozí chudoba priemerne 17 percentám ľudí. Za chudobných považuje Eurostat tých ľudí, ktorých ročný príjem nedosahuje 60 percent priemerného príjmu dospelého človeka. Ide tak o relatívne porovnanie, lebo napr. človek, ktorý je na hranici chudoby v Luxembursku, má vyše štvornásobne vyšší príjem ako človek na hranici chudoby na Slovensku. A toto je na zváženie, či je dobré, ak sa vykonáva takýto prieskum ohľadom chudoby. Najohrozenejšími skupinami obyvateľstva sú deti do 17 rokov a seniori nad 65 rokov. Chudoba v Európe hrozí pätine mladých a 19 percentám dôchodcov. Na Slovensku je podľa Eurostatu ohrozených 17 percent mladých a desatina seniorov. Opačná situácia je v prípade zamestnaných

ľudí. Spomedzi zamestnancov hrozí chudoba na Slovensku šiestim percentám ľudí, v Európe ôsmim percentám. Aj keď pojem chudoba nie je v mnohých krajinách, ako napr. na Slovensku ukotvený legislatívne, chudoba tu v uvedených kontextoch reálne existuje, má svoju podstatu, históriu, príčiny, dôsledky i kategórie ohrozené týmto fenoménom. V súčasnom svete sa nerovnosť i chudoba stále generujú a roztržka medzi bohatstvom a chudobou narastá tak v globálnom (chudobné a bohaté štáty), ako aj v národnom meradle - chudobní a bohatí občania (Mareš, 1999, s. 39). Situácia vo svete ohľadom chudoby a bohatstva je pravdepodobne takáto ako ju dávnejšie opísal Ján Pavol II., ktorý napísal v liste Na začiatku nového tisícročia: *„Náš svet poskytuje malému množstvu „šťastných“ veľké možnosti, zatiaľ čo milióny a milióny osôb ponecháva nielen na okraji pokroku, ale aj v existenčných podmienkach hlboko pod minimom, potrebným na dôstojný ľudský život.“* A ďalej sa pýta: *„Je možné, aby sa v našom čase ešte umieralo od hladu, aby niekto ostával odsúdený k negramotnosti, aby niekomu chýbala základná zdravotná starostlivosť a aby niekto nemal domov?“* A naozaj obrazom dnešného sveta je, že popri „šťastných“ ľuďoch žijúcich v nadbytku sa v tej istej ľudskej rodine nachádzajú jednotlivci i spoločenské skupiny, ktoré trpia hladom.

Je však veľmi dôležité ešte dodať, že zlo bohatstva nespočíva v tom, že človek vlastní majetok, ale v tom, že ho nevhodne nadobúda, nesprávne vlastní, alebo zle užíva. A hriech bohatstva sa potom prejavuje zabúdaním na Boha a na človeka. Ján Pavol II. Zdôraznil, že zlo nepozostáva vo „vlastnení majetkov“ ako takých, ale v spôsobe, akým ich človek vlastní, totiž, že neberie ohľad ani na vlastnosti, ani na správnu stupnicu vlastnených hodnôt. Tieto vlastnosti a stupnica hodnôt sú určené skutočnosťou, či sú podriadené a či slúžia „bytiu“ človeka a jeho pravému povolaniu. Ján Pavol II. v encyklike *Sollicitudo rei socialis* (1987) používa na označenie paradoxov chudoby našej doby výraz: *priepasť* medzi chudobnými a bohatými. Píše: „Hojnosti majetkov a služieb, ktoré majú k dispozícii ľudia v niektorých častiach sveta, nadovšetko v rozvinutom Severe, zodpovedá na Juhu neprípustná zaostalosť, a práve v tejto

zemepisno-politickej oblasti žije väčšina ľudského pokolenia... Celkový obraz sveta je rozčarujúci, či sa už berie tak, ako sa javí sám osebe, alebo vo vzťahu k zodpovedajúcim danostiam rozvinutých krajín. Spontánne prichádza na jazyk slovo „*priepasť*“, lebo v posledných rokoch sa prejavil nerovnomerný stupeň zrýchlenia, ktorý ešte viac zväčšuje vzdialenosti a prehľbuje priepasť. Tak krajiny na ceste rozvoja, zvlášť tie najchudobnejšie, nachádzajú sa v situácii vážneho zaostávania.“ (Ján Pavol II.: *Sollicitudo rei socialis*, čl. 14).

Je však dobre známe, že aj v bohatých krajinách jestvujú pre niektorých ľudí zlé sociálne pomery, dosahujúce až stupeň biedy. Opačne - v menej vyvinutých krajinách nezriedka možno pozorovať výstrednosti egoizmu a okázalého bohatstva, ktoré vyvolávajú pohoršenie. Oblasti – sektory, v ktorých sú rozdiely medzi chudobnými a bohatými zjavné sú: *výroba a rozdeľovanie potravín; hygiena, zdravotníctvo a ubytovanie; pitná voda; pracovné podmienky, zvlášť pre ženy; dĺžka života a iné hospodárske a spoločenské javy*. V kultúrnej oblasti ide o: *analfabetizmus, ťažkosť alebo nemožnosť prístupit' k vyššiemu vzdelaniu; neschopnosť zúčastňovať sa na budovaní vlastného štátu; rôzne formy vykorisťovania a útlaku tak sociálneho, politického, ako aj náboženského; diskriminácia každého druhu, zvlášť tá, ktorá je založená na rasových rozdieloch*. Tieto prvky a aspekty robia sociálnu otázku oveľa zložitejšou práve preto, že dosiahla všeobecný rozmer. Pritom oprávnené sú túžby dnešných ľudí: „*vymaniť sa z biedy, mať bezpečnejšie živobytie, zdravie, stále zamestnanie; mať zvýšenú účasť na zodpovednosti, byť bez akéhokolvek útlaku, byť chránení pred položením, ktoré uráža ľudskú dôstojnosť; byť vzdelanejší; slovom, viac pracovať, vedieť a vlastniť, a tak aj viac byť.*“ (Pavol VI., *Populorum progressio*, čl. 6).

Aby človek mohol existovať a rozvíjať sa ako bio-psycho-sociálno-spirituálna bytosť, musí uspokojovať nielen svoje fyziologické, ale tiež i vyššie sociálne potreby. Ak tento základný prvok v živote človeka nie je dostatočne saturovaný, dostáva sa do životnej situácie, ktorá sa všeobecne označuje pojmom **chudoba**. Chudoba ako sociálna udalosť v kontraste s

bohatstvom existovala už v dávnej ľudskej minulosti, je fenoménom prítomnosti a je dosť pravdepodobné, že v nejakej forme bude súčasťou aj budúcnosti tretieho tisícročia. Civilizačný a spoločenský pokrok dnešného sveta je neuveriteľne rýchly a umožňuje všestranný rozvoj osobnosti. Preto ľudia dnešnej doby by mali byť práve šťastnejší, bohatší, slobodnejší (Nezník, 2009). Svetový vývoj a moderná trhová spoločnosť však poukazujú na pravý opak: prevláda strach a neistota z budúcnosti, obavy z nezamestnanosti a rastu chudoby.

Chudobu teda môžeme podľa E. Gajdošíkovej ako to uvádza P. Jusko (2000) chápať v troch základných kontextoch, a to: **historikom**, kedy bola spájaná s určitým sociálnym postavením, statusom či rolou; **súčasnóm**, kedy v reálnom svete (hlavne v Slovenskej republike) sa stotožňuje s nedosahovaním úrovne životného minima; **medzinárodnóm**, kedy sa chudoba prejavuje hlavne v priemyselne rozvinutých krajinách Európy nedostatkom pracovných príležitostí a dlhodobou nezamestnanosťou. Potrebné je však ešte zdôrazniť, že nie vždy môžeme úplne porovnávať chudobu a chudobu, chudobného a chudobného, preto v rámci týchto súvislostí vo všeobecnosti chudobu rozlišujeme ako: **absolútnu** - t.j. ak nie sú naplnené základné životné potreby z dôvodu nedostatku prostriedkov (žiť dlhodobo pod absolútnou hranicou chudoby znamená priame ohrozenie života). Častokrát sa tento koncept zamieňa aj s pojmom bieda, ktorý sa obvykle používa v súvislosti s hladom, telesným alebo duševným utrpením alebo poškodzovaním, sociálnou odkázanosťou a pod. V súvislosti so zdražovaním základných životných potrieb je prechod z chudoby do biedy veľmi rýchly (Mareš, P., 1999, s. 112, Ondrejko, P., 2001, s. 59); **relatívnu** - ktorá porovnáva štandard chudobných s tými, ktorí chudobní nie sú. Je teda spojená s priemernou životnou úrovňou obyvateľstva, t.j. jednotliviec, rodina, resp. sociálna skupina uspokojujú svoje potreby na výrazne nižšej úrovni ako je priemerná úroveň v danej krajine. Kým v rozvojových krajinách prevláda absolútna chudoba, v Európe sa vyskytuje najmä relatívna chudoba. Chudoba je tiež výsledkom materiálneho vývoja spoločnosti a relativizuje sa. Znamená to, že sa nedá

porovnať chudobný z bohatejšej krajiny (napr. západná Európa, USA) s chudobným z menej prosperujúcej spoločnosti akými sú napr. mnohé africké krajiny (Mareš, P., 1999, s. 111, Tomeš, I., 1996, s. 127).

Okrem tohto (podľa nášho názoru prevládajúceho a najčastejšie používaného základného členenia) existuje aj niekoľko ďalších, ktoré chudobu delia z rôznych hľadísk a je možné ich využiť pri podrobnejšej sociologickej či ekonomickej analýze problému chudoby. Napríklad P. Mareš (1999) v súvislosti so životným cyklom a trhom práce analyticky rozlišuje: **starú chudobu** (demografickú, horizontálnu), ktorá je síce nezávislá od trhu práce, ale naopak závisí od veku, životného a rodinného cyklu a neschopnosti pracovať. Môže byť trvalá, či tvoriť len určitú etapu životného cyklu, alebo predstavuje iba krátkodobú životnú epizódu. Sú tu zastúpení chorí a telesne či duševne handicapovaní, osamelé matky s deťmi, dôchodcovia a osamelo žijúci starí ľudia, príslušníci etnických minorít a pod.; **novú chudobu (vertikálnu)**, ktorá je spojená s pozíciou jedincov i celých sociálnych kategórií na trhu práce, ktorý v dnešnom ponímaní existuje od 70. rokov 20. storočia. Patria sem najmä nezamestnaní, neúplné rodiny, osoby s nízkymi príjmami a osoby permanentne znevýhodňované na trhu práce. Jej základom je teda rast nezamestnanosti spojený jednak s technickým rozvojom a tiež s procesom globalizácie ekonomiky.

P. Ondrejko (2001, s. 59) z hľadiska jednotlivca prípadne spoločenskej skupiny rozlišuje chudobu buď: **nezapríčinenu** alebo **spôsobenu** vlastným pričinením. V súvislosti so sociálnou situáciou môžeme uvažovať aj o chudobe: **skrytej** - tvoria ju tí chudobní, ktorí si neuplatňujú nárok na dávky a služby sociálnej pomoci, teda nie sú zahrnutí v oficiálnych štatistikách (napr. nelegálni imigranti, bezdomovci), **latentnej** - patria sem poberatelia príspevkov, dávok či služieb sociálnej pomoci, ktoré ich držia na spoločensky uznanej hranici životného minima (Mareš, P., 1999, s. 58-59).

V duchu kresťanského náboženstva a morálky začali tento sociálny problém v prvom rade riešiť cirkevné inštitúcie v duchu filantropie a charity. B. Balogová ich člení podľa Šlosára

(2009) do štyroch skupín: **chrámy**, pod portálmi ktorých boli rozdávané almužny, **kláštory**, **rády** (napr. johaniti, templári), **zámožní jednotlivci**, ktorí sa v rámci filantropie osobne angažovali v starostlivosti o chudobných. Formy pomoci zároveň člení na: **spontánnu a osobnú pomoc** - almužny; **organizovanú pomoc** pre tých, ktorí sa o seba nedokázali postarať - chorí, starí, duševne chorí, deti, siroty. Starostlivosť o chudobných vyplývala aj z povinností kresťana. Táto filantropická činnosť bola náhodná, dobrovoľná a individualizovaná. K pomoci chudobným a trpiacim najviac nabádala Katolícka cirkev. Popredná starostlivosť patrila vdovám s malými deťmi a sirotám žijúcim v biede a tiež tým, ktorí boli považovaní za príťaž - chorí, chudobní a práceneschopní.

Príčiny chudoby (epidémie, prírodné katastrofy, neúroda atď.) sa rozrastali a s nimi stúpali aj počty chudobných, resp. vznikali celé žobrácke klany. „Nárast chudoby v 13. a 14. storočí spôsobil, že cirkevné inštitúcie neboli schopné starať sa o všetkých, ktorí to potrebovali. ... hlavným zdrojom obživy bola almužna zo žobrania. Pomoc žobrákom do určitej miery poskytovali obce. Niektoré obce žobranie regulovali pridelovaním práva žobrať.“ Taktiež aj mestá mali povinnosť postarať sa o chudobných. Zakladali pre nich chudobince, ktoré aj keď fungovali na báze dobrovoľných príspevkov, postupne sa stali verejno-právnymi inštitúciami (Kováčiková, 2002, s. 120).

P. Mareš (1999, s. 87-89) k tomuto faktoru uvádza, že starostlivosť o chudobných sa takto postupne inštitucionalizovala a stala sa súčasťou činností obcí a miest, charity a tiež i atribútom tzv. „domovského práva“. *„Pretože po mnoho stáročí boli chudobinské podpory administrované lokálne na základe domovského práva (i keď pod kontrolou centrálnnej moci), dominovalo v charite predovšetkým rozlišovanie medzi cudzími a domácimi chudobnými. Zodpovednosť za chudobu končila na hraniciach rodín a obcí.“* Ďalej k tomuto dodáva, že *„cieľom charity bolo len uspokojiť tie najzákladnejšie potreby chudobných a nenechať ich zomrieť hladom. V žiadnom prípade medzi ich motívy nepatrila snaha povzniesť tieto osoby nad ich stav“*. Koncom stredoveku už chudoba pohlcovala stále širší okruh osôb,

čím sa začína vynárať i nová chudoba. Rast pauperizmu (t.j. závislosti na charite) začal ohrozovať zavedený poriadok chudobných a chudoba bola čoraz častejšie stotožňovaná so sociálnymi deviáciami ako napr. tuláctvo, krádeže, prostitúcia, lúpeže. Tieto zmeny ovplyvnili aj postoj spoločnosti ku chudobe. Na margo tohto problému D. Kováčiková (2002, s. 122) uvádza, že isté riešenie priniesli rôzne tzv. pracovné zákony, ktoré nútili žobrákov pracovať. „K nim patrilo anglický zákon z r. 1576, ktorý práceschopným ponúkal len prácu, vôbec nie podporu. Chudobní si museli svoju almužnu odpracovať.“

Sväté písmo a Cirkev o chudobných

Pri čítaní Svätého písma, konkrétne Starého zákona môžeme zistiť ako uvádza A. Fabian (2009, s. 19), že chudobných ľudí bolo vždy dosť. I v tom čase boli márotnatní ľudia, ktorí premárnili majetok a uvrhli do biedy svoje rodiny, i tam boli živelné nešťastia a vojny, ktoré ožobračili ľudí, i vtedy boli vdovy a siroty. Kto však hoci len povrchno číta Starozákonné písmo, presvedčí sa, že títo sociálne slabší ľudia, chudobní, vdovy, siroty boli pod osobitnou ochranou Zákona, ktorý dal Boh ľuďom. Napríklad v Druhej knihe Mojžišovej (Exodus) sa môžeme dozvedieť, že veriteľ nesmel vziať od svojho dlžníka úroky, pritom však zákon ukladal, aby zámožní neodpreli chudobným úver. Veriteľ smel vziať od dlžníka nejaký záloh, ako zábezpeku, ale musel sa uspokojiť s tým, čo mu dal chudobný a nesmel vniknúť do príbytku dlžníka, aby si záloh sám vybral. A nikdy nesmel vziať plášť, ktorým sa chudobný v noci prikrýval, ani kamenný mlynček, ktorým si chudobná rodina každý večer mlela obilie, potrebné na nasledujúci deň (Ex 22, 26; Dt 24, 6-17). Izraelita nesmel na svojom poli zbierať klasy, nesmel sa vrátiť po zabudnutý alebo stratený snop, nesmel zožínať úvrate, to všetko patrilo podľa zákona chudobným, ktorí si okrem toho smeli natrhať klasov na poli, koľko potrebovali na okamžité zahnanie hladu (porov. Dt 23, 25; Rút 2, 2).

Na posvätné obetné hostiny musel zámožný Izraelita pozvať aj niekoľkých chudobných. To všetko boli opatrenia, ktoré dokazujú, ako sa veriaci ľudia už pred tritisíc rokmi starali o odstránenie biedy. Treba poznamenať, že vo Svätom písme, v

časti, ktorá sa nazýva Thora, čiže Zákon, teda v piatich Mojžišových knihách (Pentateuchu) sa hovorí spolu o náboženských aj o profánnych veciach. Je to preto, lebo u starozákonného biblického národa, u Izraelitov, nebol rozdiel medzi náboženským a štátnym zriadením. Bola tam teokracia. Ako píše Jozef Heriban: „Boh sám má najvyššiu vládnu moc, ktorú viditeľne vykonáva prostredníctvom svojho ľudského zástupcu, osobitne na to ustanoveného“ Teda Boh bol vládcom národa, jemu patrila aj svätá zem, ktorú Izraelitom prisľúbil a dal. On spravoval národ prostredníctvom mužov, ktorých na to určil.

V krátkosti naznačenom prehľade sociálneho práva u veriacich ľudí - Židov v čase pred Kristom, je možné uviesť podobnú analýzu v živote prvotnej Cirkvi, pred vyše dvetisíc rokmi. Vychádza sa tu z novozákonných textov, kde sa o vzťahu chudobných a bohatých jasne hovorí na mnohých miestach. Sociálne poslanstvo evanjelia nikdy nebolo len teóriou, ale stalo sa základom a motiváciou činnosti kresťanov. V Jakubovom liste sa píše: „Ak je brat alebo sestra bez šiat a chýba im každodenná obživa a niekto z vás by im povedal: 'Choďte v pokoji! Zohrejte sa a najedzte sa!', ale nedali by ste im, čo potrebujú pre telo, čo to osoží?!“ (Jak 2,15-16.)

Bohoslužobné zhromaždenia kresťanov mali a majú doposiaľ sociálny charakter (viď zbierky), teda liturgia je úzko spojená s charitou a modlitba zjednotená so službou. Pod vplyvom evanjeliového posolstva niektorí prví kresťania rozdali svoj majetok chudobným a vydávali svedectvo o tom, že aj napriek rozdielnemu sociálnemu pôvodu je možné pokojné a solidárne spolužitie. Evanjelium po stáročia dávalo kresťanským mníchom silu, aby zúrodňovali zem, rehoľníci a rehoľníčky zakladali nemocnice a útulky pre biednych, bratstvá, muži i ženy všetkých stavov sa starali o núdzných a o vydedených s presvedčením, že Kristove slová: „Čokoľvek ste urobili jednému z týchto mojich najmenších bratov, mne ste urobili“ (Mt 25,40) sú stále platné. Láska Cirkvi k chudobným patrí k jej pevnej tradícii. Nadchýna sa Ježišovou chudobou a jeho pozornosťou voči chudobným (porov. KKC bod 2444). Cirkev sa vždy venovala starostlivosti o chudobných, ktorí potrebovali jej pomoc, podľa

vzoru Ježiša Krista, ktorý bol veľmi pozorný na potreby chudobných, a tým prispievala nezastupiteľnou mierou k odstraňovaniu fenoménu negatívnej materiálnej chudoby medzi ľudstvom. Ved' už v Starom zákone existovali rozmanité právne opatrenia ako: rok odpustenia, zákaz požičiavať na úroky, zákaz zadržiavania mzdy, povinnosť desiatkov, každodenná výplata najatým robotníkom, právo paberkovať a zbierať klasy na poliach), uskutočňovali povzbudenie knihy Deutronómia: „*Chudobní nebudú chýbať v krajine, kde budeš bývať, preto ti nariaďujem, aby si otváral svoju ruku núdznemu a svojmu chudobnému bratovi, ktorý bude s tebou v krajine bývať*“ (Dt 15, 11). A Ježiš nás vyzýva, aby sme spoznali jeho prítomnosť v chudobných, ktorí sú jeho bratmi (porov. KKC bod 2449). Toto je hlavným motívom záujmu Cirkvi o chudobných.

Je pozoruhodné, že sociálne učenie Cirkvi ide v analyzovaní príčin chudoby k samému človekovi. Pozerá na príčiny morálneho rázu v konaní ľudí a dodáva, že hriech a štruktúry hriechu sú kategórie, ktoré sa zriedka aplikujú na situáciu dnešného sveta, ale práve oni spôsobujú toľko zla a chudoby. Ján Pavol II. za najväčšie príčiny považuje nezriadený zhon po zisku a smäd po moci. Podobne Pavol VI. vidí veľké nebezpečenstvo v zneužívaní vlastníctva a v zneužívaní moci. Ján Pavol II. konštatuje, že skutočný rozvoj a odstránenie biedy vo svete nie je len otázkou vlastníctva materiálneho bohatstva, ale potrebný je celkový rozvoj aj v ďalších oblastiach, a to v - spoločenskom, kultúrnom a duchovnom rozmere. Charta spojených národov rozvoj chápe iba ako podporu hospodárskeho a sociálneho pokroku všetkých národov. Duchovný rozvoj nevníma ako prioritu. Všeobecná deklarácia ľudských práv chápe rozvoj ako podporu ekonomických, sociálnych a kultúrnych práv, ktoré sú nevyhnutné pre dôstojnosť a slobodný rozvoj každej osoby. Tu je náznak duchovného rozvoja, ak ho pričleníme ku kultúrnemu rozvoju.

Učenie Jána Pavla II. o nutnosti duchovného rozvoja vychádza z komplexného pohľadu na človeka, ktorého zložkou nie je len telesnosť, ale aj duchovnosť. A ak človek má jediný

cieľ v živote iba „mat“, to ho nijako nezdokonaľuje, ak zároveň to nenapomáha obohacovaniu jeho „bytia“, lebo „človek je viac hoden preto, čím je, než preto, čo má.“ „Čo osoží človekovi, keby aj celý svet získal, ale svojej duši by uškodil?“ (Mt 16, 26).

Novozákonný pohľad na chudobu

Slovo chudoba ako uvádza S. Košč (2009, s. 9) sa objavuje v novozákonných textoch viackrát. Osobitný význam má, samozrejme, v ústach Ježiša Krista, ako sa to uvádza vo všetkých štyroch evanjeliách. Na úvod svojho verejného účinkovania Ježiš vzťahuje na seba Izaiášovo proroctvo (Iz 61,1-2), podľa ktorého prichádza „hlásať evanjelium chudobným“ (Lk 4,18) a týmito istými slovami odpovedá aj na otázku Jána Krstiteľa, či on je tým očakávaným Mesiášom (porov. 7, 22). Z tohto textu nie je celkom jasné, koho tu pod pojmom „chudobní“ má svätopisec (Izaiáš, resp. sám Ježiš) na mysli a keby nebolo iných zmienok, azda by sa tu dala i aplikovať určitá marxistická interpretácia akéhosi triedneho uprednostňovania utláčaných vrstiev z Ježišovej strany. Samozrejme, túto interpretáciu vylučujú ďalšie zmienky v Evanjeliách na túto tému. Významné miesto v synoptických textoch zaujíma tzv. Reč na vrchu, kde opäť nachádzame tento pojem, avšak v celkom nečakanom kontexte a so zjavne odlišným významom, než je bežný. Ježiš tu vyhlasuje za blahoslavených „chudobných v duchu“ (Mt 5,3; Lk 6,20). Interpretácia, akú tomuto výrazu dáva kontext ostatných blahoslavenstiev, ale i celá cirkevná teologická tradícia, naznačuje, že tu pojem „chudoba“ je použitý ako synonymum pre vnútornú slobodu, neviazanosť na materiálne či iné dobrá, ktorá umožňuje veriacemu človekovi s nerozdeleným srdcom túžiť po Božom kráľovstve a s pomocou Božej milosti ho i dosiahnuť (porov. k tomu aj „beda“ u Lk 6,24). Je zrejme, že táto kategória „chudobných“ nepredstavuje *sociálny problém*, preto ju azda môžeme ponechať bokom. Druhým významom, v ktorom v Ježišových slovách nachádzame použitý pojem „chudoba“, je chudoba materiálna ako protipól materiálneho bohatstva. Osobitne vypuklo je to prezentované pri Ježišovom stretnutí s bohatým mladíkom, ktorý túži po dokonalosti. Ježiš ho vyzval predať všetko, čo má a „rozdať

chudobným“, aby mal „poklad v nebi“ (Mt 19,21; Mk 10,21; Lk 18,23), načo mladík zosmutnel, lebo bol veľmi bohatý. Naopak, na inom mieste Ježiš vyzdvihuje „chudobnú vdovu“ (Lk 21,2-4; Mk 12,42-44), ktorá bola ochotná obetovať pre chrám síce v absolútnom ponímaní malú čiastku, ale – práve vzhľadom na jej chudobu – veľkej relatívnej hodnoty.

Osobitnú pozornosť si zasluhuje dialóg Ježiša s apoštolmi po tom, ako pri jednej príležitosti istá žena pomazala Ježišove nohy vzácnym olejom. Učeníci na to reagovali pragmaticky – v tom zmysle, že „sa to mohlo dobre predať a rozdať chudobným“ (Mt 26,9), čo predovšetkým svedčí o zrejmej sociálnej citlivosti Ježišových učeníkov na potreby chudobných. Dá sa ľahko predpokladať, že čosi podobné, v miere svojich možností, bežne robili, ba že ich k tomu sám Ježiš viedol. Preto sa tu cítia akoby pohoršení, keď sa im Ježišovo počínanie javí ako nekonzistentné, ba v priamom protiklade s týmto postojom. Ján síce upresňuje, že to nebola reakcia všetkých apoštolov, ale Judáša, ktorému vôbec nešlo o chudobných, ale to nie je v tejto chvíli podstatné. Ježišova odpoveď sa tu – na prvý pohľad – javí ako reakcia egoistu a cynika najväčšieho kalibru, keď hovorí: „Chudobných máte vždy medzi sebou, ale mňa nemáte vždy“ (Mt 26,11, Mk 14,7; Jn 12,8). Aj tu však na pochopenie poslúži upresnenie, podľa ktorého Ježiš vysvetľuje tento skutok vo vzťahu k svojej blížiacej sa smrti a konkrétne k svojmu pohrebu. To dáva tomuto prejavu akcent bohoslužobnej obety a Ježiš tu reaguje ako Boh, ktorý síce žiadne dary od ľudí nepotrebuje, ale prijíma ich na naše vlastné dobro. Bohoslužba sa nedá oddeliť od služby lásky k blížnemu, ale má pred ňou ontologickú prednosť, a to práve preto, že nás disponuje a motivuje k následnej aktívnej a veľkodušnej službe chudobným. I Zachej po svojom stretnutí s Kristom a následnom obrátení sľubuje rozdať polovicu svojho majetku chudobným (porov. Lk 19,7).

Práve v tomto zmysle sa nachádza použitie výrazu „chudobný“ v ďalších evanjeliových textoch, kde pojem predstavuje aj určitý „sociálny status“, ako to možno na viacerých miestach vytušiť vďaka semitskému spôsobu vyjadrovania sa pomocou opakovania viacerých viac- či menej synonymických

výrazov v rade za sebou. Takto Ježiš odporúča veľkodušnosť pri chystaní hostiny, kedy vyzýva pozvať „chudobných, mrzákov, chromých a slepých“ (*Lk 14,13*). Podobne hneď nato, v podobenstve o veľkej večeri hospodár rozkazuje sluhovi: „Prived' sem chudobných a mrzákov, slepých a chromých“ (*Lk 14,21*). Na jednom mieste sa nachádza v Ježišových slovách aj výraz „žobrák“ ako synonymóm pojmu „chudobný“, a to v podobenstve o boháčovi a Lazárovi (*Lk 16,19-31*).

Svätý Pavol vo svojich apoštolských listoch vyzdvihuje a povzbudzuje k zbierkam „pre chudobných svätých v Jeruzaleme“ (*Rim 15,26*) ako prejavu solidarity medzi cirkevnými spoločenstvami. Táto solidarita má charakter recipročný, pričom jedni pomáhajú druhým v rovine materiálnej a tí druhí im to oplácajú v rovine duchovnej. Toto je aj Pavlova vízia Božích služobníkov, ktorí sa vo všetkom odporúčajú do Božej prozreteľnosti, ako chudobní, ktorí predsa mnohých obohacujú (porov. *2Kor 6,10*). Takto sa chudoba stáva výzvou k veľkodušnej štedrosti v bratskej láske. Zároveň požiadavku „pamätať na chudobných“ (*Gal 2,10*) predstavuje ako spoločnú črtu apoštolskej služby v spoločenstve – ako to následne dokazujú aj cirkevné dejiny, kde od začiatku až podnes pretrváva ako osobitná úloha biskupa práve starostlivosť o charitatívnu službu, zverená mu priamo pri vysviacke.

Svätý Jakub vo svojom Liste vyzýva k neposudzovaniu bratov a sestier v cirkevnom spoločenstve podľa ich majetkových pomerov, lebo v rovine viery toto kritérium nezaváži (porov. *Jak 2,2*). Aj on to zdôvodňuje podobnou argumentáciou, že existuje aj iná forma bohatstva a tá je dôležitejšia: „Nevyvolil si Boh tých, čo sú vo svete chudobní, aby boli bohatí vo viere a dedičia kráľovstva, ktoré prisľúbil tým, čo ho milujú?“ (*Jak 2,5*).

Napokon sa táto myšlienka objavuje aj v Knihe Zjavenia apoštola Jána, kde Boh diktuje Jánovi list „anjelovi“ (asi biskupovi) smyrnianskej cirkvi, v ktorom vyhlasuje: „Poznám tvoju chudobu – ale si bohatý“ (*Zjv 2,9*). Súhrnne možno povedať, že biblická reflexia nášho pojmu vedie ku konštatovaniu, že existujú rozličné formy chudoby a rozličné

formy bohatstva, ktoré pozoruhodným spôsobom medzi sebou „komunikujú“. Ako príklad tejto interpretácie svätý Pavol stavia samého Ježiša, ktorý „hoci bol bohatý, stal sa pre Vás chudobným, aby ste sa vy jeho chudobou obohatili“ (2Kor 8,9).

Problém chudoby v aktuálnej sociálnej náuke Cirkvi

Ako už bolo naznačené, mnohoraká starostlivosť o núdznych, čiže „chudobných“, charakterizuje prax kresťanských spoločností i mnohých jednotlivých kresťanov od samého vzniku Cirkvi až podnes. Je teda len samozrejmé, že sa táto téma objavuje aj v rôznorodej teologickej či filozofickej reflexii cirkevných otcov, pápežov, biskupov, či teológov. Aj v sociálnej náuke Cirkvi, ktorej vznik datujeme od encykliky Leva XIII. *Rerum novarum* (1891) predstavuje významnú a kontinuálne prítomnú tému. Cirkev, čerpajúca z uvedenej biblickej tradície, ponúka vo svojej reflexii predovšetkým široký pohľad na fenomén „chudoby“.

Ak by sme sa chceli sústrediť len na reflexiu Jána Pavla II. (ktorého odkaz sa usilujeme aj touto konferenciou si pripomenúť), už aj to by si zasluhovalo podstatne väčší priestor než je rozsah tohto príspevku. Dovolím si teda – bez akéhokoľvek nároku na úplnosť – poukázať na niektoré myšlienky, ktoré v tejto súvislosti možno vnímať ako symptomatické. Už vo svojej programovej encyklike *Redemptor hominis* upozorňuje Ján Pavol II. predovšetkým na etický rozmer rozdielov medzi spotrebnou civilizáciou a veľkými oblasťami rozličných foriem chudoby a biedy. Navyše, tento rozdiel nie je len v materiálnej rovine, ale „zároveň s tým prichádza u jedných k určitému zneužívaniu slobody, úzko spätému práve s konzumným, mravne nekontrolovaným postojom, zatiaľ čo sa obmedzuje sloboda druhých, a to tých, čo vážne trpia nedostatkom a sú tým hnaní do ešte väčšej biedy a núdze“ (Ján Pavol II., RH, čl. 16). Pápež sa však neobmedzuje len na konštatovanie tohto kontrastu. Stredobodom jeho záujmu je *človek*, ktorého dôstojnosť nachádza rovnako ohrozenú z jednej i druhej strany: „Stojíme tu pred strašnou drámou, pred ktorou nikto nemôže ostať ľahostajný. Lebo ten, čo sa na jednej strane snaží vyťažiť čo najväčší zisk, ako aj ten, čo na druhej strane musí znášať z toho vyplývajúce

krivdy a príkoria, je vždy človek“ (Ján Pavol II., RH, čl. 16). Materiálna chudoba je tu teda predstavená ako dôsledok „morálneho neporiadku“, ktorý sa prejavuje nespravodlivými ekonomickými vzťahmi, a to nielen medzi „bohatými“ a „chudobnými“, ale i jedných a druhých voči svojej vlastnej dôstojnosti, čo vedie k neustálemu zväčšovaniu „morálneho neporiadku.

Treba však zdôrazniť, že rozdiely medzi bohatými a chudobnými (aj z tohto materiálneho hľadiska) nemožno vnímať len ako rozdiely medzi prvým a druhým „svetom“ bohatého Severu a „tretím svetom“ chudobných oblastí Juhu planéty, zvlášť Afriky, Strednej Ázie, Oceánie a Latinskej Ameriky. Realita spôsobuje ešte komplikovanejšiu situáciu, keďže „hranice medzi bohatstvom a chudobou prechádzajú vnútro samotných spoločností, a to tak rozvinutých, ako aj ešte len v rozvoji. Ako v bohatých krajinách jestvujú zlé sociálne pomery, dosahujúce až stupeň biedy, tak aj v menej vyvinutých krajinách nezriedka možno pozorovať výstrednosti egoizmu a okázalého bohatstva, ktoré uvádzajú do nespokojnosti a vyvolávajú pohoršenie“ Okrem materiálneho rozmeru chudoby a bohatstva, ktorý charakterizuje ekonomické rozdiely medzi jednotlivými krajinami, oblasťami, či samotnými ľuďmi, existujú aj ďalšie kritériá rozdelenia. K týmto ekonomickým rozdielom treba teda ešte „pripojiť rozdiely v kultúre a vo vzájomných postojoch medzi rôznymi skupinami obyvateľstva, ktoré sa vždy nekryjú so stupňom *hospodárskeho rozvoja*, ale, naopak prispievajú k vytváraniu vzdialeností. Ba existujú ešte i mnohé iné formy chudoby, ktoré Ján Pavol II. tiež zahrňuje pod tento pojem, lebo rovnako „ochudobňujú“ človeka v jeho dôstojnosti. Priam emblematickým sa v tejto súvislosti stal často citovaný text z encykliky *Sollicitudo rei socialis*, kde pápež hlasom svetového „ombudsmana“ (ochrancu ľudských práv) volá: „Vari si nezasluhujú tento názov rôzne nedostatky a druhy biedy? Popieranie alebo obmedzovanie ľudských práv, napríklad práva na náboženskú slobodu, práva zúčastniť sa na budovaní spoločnosti, sloboda združovať sa, zakladať odborové organizácie, osobne podnikať v hospodárstve – vari toto

neochudobňuje ľudskú osobu práve tak, ak nie ešte viac, ako keď je pozbavená hmotných majetkov? A rozvoj, ktorý neberie ohľad na plné uplatňovanie týchto práv, je naozaj rozvojom ľudským?“ (Ján Pavol II., *Sollicitudo rei socialis*, čl. 15)

Treba podčiarknuť, že toto rozšírenie pojmu „chudoby“ nie je len nejakou terminologickou nuansou, ale vychádza z antropológie Jána Pavla II., a zvlášť zo zacielenia celej jeho sociálnej reflexie na *ľudskú dôstojnosť* ako jediné, a zároveň komplexné kritérium opravdivého rozvoja človeka – tak na rovine individuálnej, ako i širšej sociálnej. Práve z tohto zorného uhla pápež totiž nielenže kladie pod ten istý výraz celé spektrum javov, o ktorých bola reč vyššie, ale vidí i nevyhnutnú vzájomnú súvislosť medzi nimi navzájom, keďže oni všetky sa – v dobrom i zlom – stretávajú v tom istom človekovi, či spoločenstve ľudí.

V citovanom dokumente Ján Pavol II. podrobuje kritike rôzne konkrétne dôsledky tohto zvráteného ponímania rozvoja, ktoré degradujú osobu „chudobného“ na úroveň, ktorá nezodpovedá ľudskej dôstojnosti, a práve preto umožňujú, ba i ospravedlňujú rôznorodé formy znásilňovania jeho dôstojnosti. Z tohto dôvodu ako oveľa dramatickejšia a pre človeka fatálnejšia sa javí chudoba „morálna“ než chudoba materiálna. Jej charakteristickým prejavom je „konzumizmus“, ktorý pápež definuje ako „otroctvo“ majetku, resp. presnejšie povedané, otroctvo túžby po majetku – v tom zmysle, že „je to na prvom mieste hrubý materializmus a súčasne akási *radikálna nespokojnosť*, pretože (...) čím viac človek má, tým viac chce mať, zatiaľ čo tie najhlbšie túžby ostávajú neuspokojené a možno aj udusené“ (SRS 28). Keďže ľudská osoba je trojrozmerná bytosť – telesno-duševno-duchovná (Košč, 2003) – aj kategória chudoby prelína všetky tieto dimenzie, vrátane duchovnej, ako to vyplýva aj z uvedenej charakteristiky konzumizmu. Ba práve na tejto *duchovnej* úrovni, keďže ona zahŕňa hodnotový systém človeka, jeho etické a náboženské krédo, vrátane kategórie svedomia – pôsobí každá forma „ochudobnenia“ osobitne zničujúco.

Vzájomnú komunikáciu medzi jednotlivými formami chudoby a bohatstva vysvetľuje pápež na tradičnej tomistickej

dichotómii medzi „mat“ a „byt“ (ktorú si osvojil aj Druhý vatikánsky koncil vo svojej reflexii súčasného sveta) a tento svet charakterizuje slovami: „Je málo tých, ktorí mnoho vlastnia, a predsa nemôžu dospieť k opravdivému "bytiu", pretože majú pomýlenú stupnicu hodnôt a bráni im v tom kult "majetku"; a, naopak, je zasa veľa tých, ktorí vlastnia málo alebo celkom nič - a tí sú tiež neschopní rozvinúť svoje základné ľudské povolanie, pretože sú pozbavení nevyhnutných prostriedkov.

V encyklike *Centesimus annus*, vydanéj k stému výročiu prvej „sociálnej“ encykliky, o ktorej už bola reč, Ján Pavol II. pripomína, že poslanstvo tohto dokumentu a reflexia jeho následného rozpracovania v priebehu celého storočia umožňuje „oceniť ustavičnú starostlivosť a oddanosť Cirkvi tým kategóriám ľudí, ktorých Pán Ježiš osobitne miluje. Obsah encykliky je vynikajúcim svedectvom kontinuity v Cirkvi takzvanej ‘prednostnej voľby v prospech chudobných’“ (Ján Pavol II., *Centesimus annus*, čl. 11). „Prednostná voľba pre chudobných teda zahrňuje, ako naznačuje samotný názov, určité rozhodovanie, voľbu medzi viacerými alternatívami. Ak sa Cirkev rozhoduje za chudobných, znamená to, že sa stavia na ich stranu, berie na seba ich problémy, potreby, oprávnené požiadavky a robí ich svojimi vlastnými. Neznamená to, že by sa stavala proti bohatým. Cirkev nezabúda na nikoho, ale v jednotlivých situáciách, v konkrétnych otázkach a ponukách riešení, keď sa musí rozhodnúť, prijíma za svoj „zorný uhol“ chudobných na danú problematiku.

Učenie sociálnej náuky Cirkvi

Problém nezamestnanosti a chudoby ako sa možno nazdávať nebude nikdy stopercentne vyriešený, preto je úlohou predstaviteľov štátov a Cirkvi zmierniť nezamestnanosť a chudobu a nie ich úplne odstrániť. Učenie sociálnej náuky cirkvi nie je len reakciou na konkrétne dianie, ale je charakteristické aj určitou nadčasovosťou, čo v konečnom dôsledku vychádza z koreňov učenia Cirkvi, ktorými sú Božie zjavenie vyjadrené vo Svätom písme a prirodzený zákon, ktorý je nadčasový. Hlavným cieľom učenia sociálnej náuky ako uvádza V. Svetlák (2009) je vysvetľovať a skúmať jednotlivé ťažkosti, v čom sa zhodujú alebo líšia od hlavných bodov učenia evanjelia o človeku a jeho

pozemskom a zároveň nadprirodzenom povolání. Ku riešeniu sociálnych otázok prispieva sociálna náuka cirkvi predstavením princípov, v ktorých podľa Košča je zdôraznený určitý postoj ako nutný, a to vždy a všade, za každých okolností, vo všetkých súvislostiach, v ktorých sa tá, či oná sociálna problematika objaví.

Prvým hlavným princípom je princíp lásky v pravde, ktorá je kostrou celej sociálnej náuky a odráža sa v celom učení Cirkvi (porov. CIV 6). Už sv. Pavol vo svojom liste Korint'anom napísal: *„Keby som hovoril ľudskými jazykmi aj anjelskými, a lásky by som nemal, bol by som ako cvendžiaci kov a zuniaci cimbal. A keby som mal dar prorocstva a poznal všetky tajomstvá a všetku vedu a keby som mal takú silnú vieru, že by som vrchy prenášal, a lásky by som nemal, ničím by som nebol. A keby som rozdal celý svoj majetok ako almužnu a keby som obetoval svoje telo, aby som bol slávny, a lásky by som nemal, nič by mi to neosožilo“* (1 Kor 13; 1-3).

Tento dôraz nazývaný hymnus na lásku sa odráža v celom Svätom písme, ktoré je zjavením Božej lásky k svojmu vyvolenému ľudu a to začínajúc knihou Genezis a končiac Zjavením svätého Jána, ktoré nie je ničím iným ako víťazstvom Kristovej lásky. Dôraz na lásku vidieť aj u pápežov Jána Pavla II. a Benedikta XVI., kde je predstavená v prvej sociálnej encyklike a aj v jeho druhej sociálnej encyklike Caritas in veritate. Jeho zameranie sa na lásku nie je len náhodným zámerom, ale reakciou na konkrétne dianie v súčasnej spoločnosti, v ktorej dochádza zdôrazňovaním individualizmu a konzumizmu k degradácii osoby na úroveň vecí. Tento jav je spôsobený absenciou lásky. Veľkým prínosom jeho učenia je predstavenie princípu lásky v pravde, ktorá pomáha človeku objaviť svoju skutočnú hodnotu. Vo svojej encyklike poukazuje na spojitosť lásky a pravdy. Zdôrazňuje, že bez pravdy sa láska stáva určitým sentimentom, prázdnu škrapinou, ktorú možno ľubovoľne naplniť. Len v pravde žiari aj láska, ktorú možno vtedy autenticky žiť (porov. CIV 3).

Ďalej pravda je podľa pápeža „lógos“, ktorý tvorí „dia - lógos“, teda komunikáciu a spoločenstvo. Ona umožňuje človeku vyjsť zo samého seba, zo svojich subjektívnych pocitov a tak pomáha povzniesť sa nad kultúrne a historické determinácie,

zhodnúť sa v posudzovaní hodnôt a v podstate vecí. Podľa neho „pravda otvára a zjednocuje mysle v lógos lásky: v tomto spočíva kresťanské ohlasovanie a svedectvo lásky“ (CIV 4). V tejto encyklike Caritas in veritate vidieť aj dôraz na skutočnosť, že caritas je prijatá, ale i darovaná láska, milosť, ktorej zdrojom je láska Otca k Synovi v Svätom duchu, a ktorá zároveň zostupuje v Synovi aj na nás. Práve tejto dynamike prijatej a darovanej lásky zodpovedá sociálna náuka cirkvi, ktorá je podľa Benedikta XVI. „caritas in veritate in re sociáli“: hlásanie pravdy Kristovej lásky v spoločnosti. „Takto chápaná náuka je službou lásky, ale v pravde. Pravda uchováva a vyjadruje oslobodzujúcu moc lásky v stále nových dejinných udalostiach. Rozvoj, sociálny blahobyť, primerané riešenie závažných ekonomických a sociálnych problémov, ktoré trápia ľudstvo, potrebujú túto pravdu. No ešte viac potrebujú, aby bola táto pravda milovaná a dokazovaná skutkami. Bez pravdy, bez dôvery a lásky k pravde niet sociálneho svedomia a sociálnej zodpovednosti a sociálna činnosť je pohltená súkromnými záujmami a logikou moci s ničivými dôsledkami na spoločnosť, o to viac na spoločnosť smerujúcu ku globalizácii v ťažkých okolnostiach, ako sa to deje práve v súčasnosti.“ (CIV 5).

Druhým princípom, ktorý je v podstate vonkajším prejavom lásky je princíp solidarity, ktorý je predstavený aj v sociálnych encyklikách. V prvej encyklike od Leva XIII. sa spomína v súvislosti s riešením robotníckej otázky. V neskorších encyklikách aj v riešení pomoci rozvojovým krajinám trpiacich chudobou. Etymologicky možno solidaritu chápať ako vzájomnosť, svornosť. Ako píše Uhál’ „je to snaha o vzájomnú podporu stojacu na spolucítení a altruizme.“ Princíp solidarity je vlastne praktickým prejavom princípu lásky, pretože lásku prejavuje navonok formou praktickej pomoci bližnému. Princíp solidarity v sociálnej náuke cirkvi je založený na výmene dobier, kde pomáhajúci sa delí o svoje dobré s tým, komu je pomáhané. Jednou z vlastností solidarity, ako píše Uhál’ je subsidiárnosť. Pomoc má byť vždy primeraná potrebám človeka rešpektujúca jeho slobodu. To podľa neho znamená, že pokiaľ je subjekt odkázaný na pomoc, je potrebné mu pomáhať viac a v prípade ak

sa začne osamostatňovať a preberať svoje úlohy a kompetencie, pomoc sa má umenšovať. Pri tomto procese je potrebné, aby pomoc pomáhajúceho bola taká, aby sa dotknutý subjekt cítil sám tvorivý a tým cítil potrebu aj spokojnosť z rastu vlastnej tvorivosti. Solidárna pomoc nemá suplovať kompetencie niekoho iného, ale má pomáhať k tomu, aby si neskôr dokázal problémy vyriešiť sám.

Toto pravidlo je jasne viditeľné v encyklike Pavla VI. *Populorum progressio*, ktorý zdôrazňuje, že „čoraz väčšími účinnejšia svetová solidárnosť má umožniť všetkým národom, aby sa ony samy stali strojcami svojho osudu. Mladšie a slabšie národy sa dožadujú činnej účasti na budovaní lepšieho sveta, ktorý by mal vo väčšej úcte práva a povolanie každého“ (PP 65). Druhým znakom solidarity je rešpektovanie a dvíhanie dôstojnosti človeka. Pri tomto znaku dáva Uhál do popredia celistvý – holistický prístup k človeku, kde solidarita má pomáhať nielen materiálne, ale i duchovne a viesť ho k získaniu sebaúcty. V tejto súvislosti mi nedá poukázať na Benedikta XVI., ktorý v súvislosti s medzinárodným rozvojom dáva do popredia integrálny rozvoj človeka. Tretím princípom sociálnej nauky cirkvi prispievajúcim sociálnej pomoci je princíp subsidiarity. Výraz subsidiarita pochádza z latinského „subsidium“, čo znamená pomoc zo zálohy. V spoločnosti subsidiarita znamená doplnkové pomocné zasahovanie väčších skupín. Subsídium by sme mohli preložiť aj ako pomoc, podpora, posila. Základná myšlienka subsidiarity predpokladá dva princípy a to princíp spoločného dobra a princíp solidarity, ale nie je s nimi identická. Klasická definícia subsidiarity sa nachádza v encyklike *Quadragesimo anno*. To, čo človek môže urobiť z vlastnej iniciatívy a vlastnými silami, nemôže mu byť odňaté a má sa zahrnúť do spoločenskej činnosti.

Podobne by sa priečilo, keby spoločenstvo si robilo nárok na to, čo menšie obce robia a môžu doviest' do úspešného konca. Akákoľvek činnosť spoločnosti je chápaná subsidiárne. Spoločnosť má podporiť činnosť členov, ale nie ich rozbiť a vysať. Činnosť a výkonnosť zo strany spoločnosti má vždy podpornú funkciu a má dopĺňať činnosť jednotlivca, rodiny. Sútor

sa na subsidiaritu pozerá ako na „kompetenčné pravidlo“. „Je to pravidlo, ktoré pomáha v tom, aby sa vždy určitý druh činnosti vykonával tam, kde je výkon najefektívnejší.“ Tento princíp slúži na to, aby sa zamedzilo tomu, že spoločnosť bude obmedzovať v kompetenciách či právach nižší celok. Vymedzuje princíp kompetencií, kedy a za akých okolností má a môže vyšší celok zasahovať do kompetencií nižšieho celku. Zameriava sa na celky, ktoré majú k nesprávne konaniu najbližšie.

Iným princípom sociálnej náuky cirkvi je princíp spoločného dobra. Spoločné dobro je všetko to, čo patrí ľuďom v spoločnosti alebo v tom, ktorom štáte. Ide o všetky dobrá, ktoré človek potrebuje k tomu, aby mohol slobodne vykonávať svoje úlohy, naplňovať svoje plány a ciele. Sú to tie hodnoty, dobrá, ktoré patria všetkým ľuďom v spoločnosti, a ktoré každý z nás potrebuje, aby mohol realizovať svoje ciele a plány. Spoločné dobro je zamerané na produkciu dobier, ktoré môžu byť úplne v nemajetkovej podobe. Ide o dobrá, ktoré sú v človeku ako tvorcovi hodnôt. Môžu mať podobu čisto duchovných hodnôt a dobier ako je schopnosť vytvárať dobrú klímu, posilňovať vzťahy, ale aj iné ľudské cnosti.

Benedikt XVI. sa na spoločné dobro pozerá z pohľadu lásky v pravde. Podľa neho „milovať niekoho znamená chcieť jeho dobro a účinne sa o to pričiniť. Popri individuálnom dobre jestvuje aj dobro spojené so sociálnym životom ľudí: spoločné dobro. Je to dobro onoho „my - všetci“, tvoreného jednotlivcami, rodinami a prechodnými skupinami, ktoré sa spájajú v sociálnom spoločenstve. Nie je to dobro, hľadané preň samo, ale vzhľadom na osoby, ktoré tvoria sociálne spoločenstvo a ktoré len v ňom môžu skutočne a efektívne dosiahnuť svoje dobro. Chcieť spoločné dobro a pričaňovať sa on je požiadavkou spravodlivosti a lásky. Angažovať sa za spoločné dobro znamená na jednej strane starať sa a na druhej slúžiť si tým komplexom inštitúcií, ktoré právne, občiansky, politicky a kultúrne vytvárajú štruktúru sociálneho života, ktorý tak nadobúda formu pólis, mesta. Blížneho milujeme o to účinnejšie, čím viac sa pričaňujeme o spoločné dobro, zodpovedajúce aj jeho skutočným potrebám“ (CIV 7).

Iným princípom prispievajúcim k riešeniu chudoby je princíp personaly. Košč ho uvádza ako princíp osoby. Ján XXIII. poukazuje na skutočnosť, že jednotliví ľudia sú základom, cieľom i subjektami všetkých ustanovizní, v ktorých sa prejavuje a uskutočňuje spoločenský život (porov. MM 203). Celá sociálna náuka Cirkvi poukazuje na skutočnosť, že človek bol stvorený na Boží obraz. Uhál' pri predstavovaní princípu personaly poukazuje na zjavenie Sv. písma, ktoré poukazuje na človeka ako súčasť stvoreného sveta presahujúcu ho svojou prirodzenosťou. Je povoláný k večnému životu v spoločenstve s Bohom. V zjavení sa dozvedáme, že je stvorený z lásky a pre lásku. Jeho poslaním je budovať vzťah s Bohom a s ľuďmi. Skutočnosť, že bol stvorený na Boží obraz ho predurčuje na spoločenstvo s inými ľuďmi, v ktorých objavuje svoju hodnotu, ale i limity. Jedine v spoločenstve je schopný sa rozvíjať.

Benedikt XVI. v sociálnej encyklike Caritas in veritatis píše: „Jedna z najhlbších foriem chudoby, ktorú môže človek zakúšať, je samota. Je dobré vidieť, že aj iné druhy chudoby vrátane materiálnej sa rodia z izolácie, z toho, že sa človeku nedostáva lásky, a z ťažkosti milovať. Chudobu často rodí odmietnutie Božej lásky, prvotné tragické uzavretie sa človeka do samého seba, keď si myslí, že si vystačí sám, alebo že je len bezvýznamným a prechavým bodom, „cudzincom“ vo vesmíre, ktorý vznikol náhodou. Človek je odcudzený, keď je sám, alebo keď sa odtrháva od reality a odmieta myslieť alebo veriť v nejaký Základ“ (CIV 53). Jeho život nie je ničím náhodným, ale má svoj hlboký význam a cieľ. Uhál' píše, že človek v porovnávaní sa s prírodou zisťuje, že sa líši od ostatných živočíchov. Tak dostáva inú dôstojnosť. Zo zjavenia zisťuje, že je Božím dieťaťom a dedičom neba. K predurčeniu človeka pre spoločenstvo poukazuje aj fakt, že bol stvorený ako muž a žena. Tieto dve skutočnosti sa medzi sebou líšia a vzájomne sa dopĺňajú. Stvorenie človeka je vrcholom stvorenia sveta. Človek je povoláný pretvárať tento svet, ktorý má slúžiť jemu a nie opačne človek svet.

Sociálnej náuky Cirkvi a jej vývoj

Pojem katolícka sociálna náuka označuje učenie katolíckej cirkvi (koncilov, pápežov, synód, biskupov) o sociálnych otázkach a na ňom založenú odbornú vedeckú činnosť, vykonávanú duchovnými i laikmi, ktorí teoreticky i prakticky prehľbujú a rozvíjajú toto učenie. Takto definovaná katolícka sociálna náuka vznikla ako uvádzajú Jakab a Piteková (2006) v novoveku napriek tomu, že cirkevní otcovia, učitelia, teológovia rozvíjali kresťansko-sociálne učenie oveľa skôr. Základy katolíckej sociálnej náuky boli položené až v období sporov medzi liberálnym kapitalizmom a kolektivistickým socializmom, ktoré sa snažili teoreticky i prakticky vybudovať rozdielne typy spoločnosti. Spory medzi týmito spoločenskými systémami prispeli k oživeniu činnosti cirkvi, najmä na miestnej úrovni. Zvláštnu pozornosť si zasluhujú tieto vedecké smery a školy: škola sociálneho mieru (F. Le Play), škola z Angers (Ch. Périn), škola sociálnej reformy (W. E. von Ketteler, H. Pesch, K. von Vogelsang, R. de la Tour du Pin, J. Toniolo), freiburská únia (biskup G. Mermillod) (Piwowarski, 1996, s. 24). Katolícki myslitelia a činitelia sa snažili predovšetkým nájsť odpoveď na otázku, na akom princípe treba riešiť sociálnu (robotnícku) otázku. Pod vplyvom prebiehajúceho sporu došlo k vzniku prvej sociálnej encykliky, ktorú vydal pápež Lev XIII. Rerum novarum (1891). Pápež oficiálne uzavrel tento spor, vychádzal pritom z princípu sociálnej spravodlivosti. Ak chceme pochopiť sociálnu náuku Cirkvi, musíme vedieť, ako sa sociálna náuka Cirkvi rozvíjala a kde môžeme hľadať jej korene. Ako náhle pominulo obdobie prenasledovania kresťanov, v ktorom sa mnohí cirkevní otcovia venovali predovšetkým obrane viery, obrátila sa ich pozornosť na skúmanie a bádanie aj iných kategórií kresťanstva. Medzi ne určite patrila aj oblasť sociálna. Cirkevní otcovia naplno obrátili pozornosť na človeka. Venujú sa skúmaniu dialógu, ktorý Boh viedol s človekom a čo z neho vyplýva v každodennom živote.

V stredoveku sa vypracovala syntéza a organické usporiadanie výsledkov patristického hľadania, spresňuje sa a dáva

sa nový základ svätým Tomášom Akvinským. Humanizmus položil dôraz na človeka ako samostatnej hodnoty v oblasti vedy, politiky a umení. Táto doba kladie veľké nároky na jednotlivca, rovnako ako aj na spoločnosť. Oveľa intenzívnejšie sa v tejto dobe začína odhaľovanie sociálnych problémov. Na jednej strane obrovský rozmach vedy a kultúry, obrovský príliv bohatstva (pod vplyvom objavenia Ameriky), prichádza však aj morálny úpadok a s ním aj nárast sociálnych problémov. Pod vplyvom reformácie dochádza na mnohých miestach k zániku akej takej sociálnej štruktúry. A tak obdobie humanizmu sa nevyznačuje tým, čím by sa podľa názvu vyznačovať malo – vzťahom – zlepšeným vzťahom k človeka k človeku a rozvinutiu sociálnej sféry. Po prudkom nástupe industrializácie, po zatlačení feudalizmu a prudkom rozvoji priemyselnej výroby nastávajú nové pomery. V nich dochádza k stále častejším stretom medzi vlastníkami kapitálu (kapitalistami) a tými, čo robili v továrňach (proletariát). Tu prichádzajú prvé podnety Cirkvi na riešenie vzťahov. Znáмым obranom robotníkov sa stal aj mohučský biskup Wilhelm Emmanuel Ketteler. Vo svojej slávnej adventnej kázni v mohučskej katedrále roku 1848 hájil kresťanské riešenie robotníckej otázky. Napísal knihu Robotnícka otázka a kresťanstvo, v ktorej tvrdí, že „katolícke náboženstvo je iba vtedy naozaj katolícke, ak je zároveň aj sociálne.“ Sám pápež Lev XIII., autor prvej sociálnej encykliky *Rerum novarum*, ho nazval svojim veľkým predchodcom.

Biskup Ketteler sa zasadzoval za zvýšenie mzdy robotníkom, skrátenie pracovnej doby, zachovávanie nedeľného pokoja a zákaz ťažkej práce žien a detí. Na adresu bezbrehého liberalizmu sa roku 1848 vyjadril: „Falošná teória o absolútnom vlastníckom práve je večným zločinom proti prírode, lebo pokladá za spravodlivé použiť na zadosťučinenie neskrotnej zmyselnosti to, čo Boh určil na živobytie alebo na šatstvo pre všetkých ľudí. Zabíja v hrudi šľachetné zmýšľanie a vzbudzuje nevšímavosť k ľudskej biede, a to takej, že ani zvieratá nepoznajú podobnú; lebo organizovanú krádež nazýva spravodlivosťou...“ Už spomínaný Lev XIII. odštartoval rozvoj sociálnej náuky ako vedy a každý z jeho nástupcov istým spôsobom ovplyvnil svoju

dobu a riešenie sociálnych otázok. Význam sociálnej náuky veľmi vzrástol.

Pápež Ján Pavol II. zdôrazňuje, že Katolícka sociálna náuka je nástrojom zvestovania viery. Cirkev ohlasuje spásu v Ježišovi Kristovi a výhradne v tomto svetle sa zaoberá aj inými otázkami: ľudskými právami, rodinou a výchovou, úlohami štátu, národným a medzinárodným usporiadaním, hospodárskym a politickým životom, kultúrou, vojnou a mierom, rešpektovaním ľudského života od okamihu počatia až po prirodzenú smrť. V rozháraných pomeroch však napriek všetkému Cirkev ani v tejto oblasti svojho života a realizácie neprestala konať a hľadať nové spôsoby na uplatňovanie svojich princípov v praktickom živote. Ide vlastne o aplikovanie jednotlivých princípov sociálnej náuky na konkrétnych príkladoch. Ide o ***Aplikáciu jednotlivých princípov sociálnej náuky Cirkvi na konkrétnych príkladoch.***

Konkrétne morálna teológia predložila určité princípy, ktoré môžu pomôcť pri realizácii morálnych hodnôt v každodennom živote:

1. nie je možné investovať do nemorálnych aktivít alebo používať zdroje pochádzajúce z nemorálnych aktivít - aby bola investícia dobrá musí spĺňať dve podmienky, a to: a) cieľ, ku ktorému je zameraná musí byť sám v sebe dobrý; b) dovoľuje spolupracovať na spoločnom dobre;
2. nie je vždy vhodné obdržať najväčší finančný zisk vo všetkých investíciách;
3. peňažný zisk nejakej investície nie je jediným parametrom, podľa ktorého sa rozhodujeme;
4. nemôžeme hovoriť, že existujú neutrálne investície, lebo všetky investície majú etickú dimenziu - najprv je nutná základná voľba robiť dobré rozhodnutia ale tá musí byť nasledovaná konkrétnymi dobrými rozhodnutiami, treba pamätať na rešpektovanie ľudskej osoby a cieľom má byť vytvorenie pracovných príležitostí;
5. investícia pôsobí na konkrétne osoby a v konkrétnych spoločenských oblastiach, v ktorých firma, ktorá investuje pôsobí (plat, rešpektovaní zákonov, používanie reklamy, vzťah ku kultúre) v konečnom dôsledku každá jedna investícia vplyva na

etickú kvalitu osoby alebo spoločnosti, ktorá investuje - každé jedno rozhodnutie determinuje subjekt, ktorý ho vykonáva a zároveň môžeme hovoriť o dvojitom efekte: tranzitívny a retransitívny, čiže vplýva na spoločnosť a samotný subjekt.

Cirkev od svojho založenia slúži predovšetkým ľuďom, orientuje sa na nich, nemôže nebrať do úvahy úlohu a problémy sociálneho života. Preto už od začiatkov sa cirkev okrem náboženskej orientácie obracala k sociálnym problémom ľudí v duchu evanjeliového poslania.

Záver

Príspevok poukazuje na prínos učenia sociálnej náuky cirkvi pri riešení aspektov nezamestnanosti a chudoby, resp. spojitosti nezamestnanosti a chudoby ako sociálneho problému a sociálnej náuky Cirkvi. Sociálna náuka je rozsiahla vedná disciplína a nie je možné v rámci vedeckej state vysvetliť ponímanie všetkých jej kategórií, o ktorých pojednáva. Jej cieľom nie je substituovať poznatky aspektov sociálnych problémov a definovať ich kategórie a pojmy. Zmyslom príspevku bolo poukázať na aspekty nezamestnanosti a chudoby vo svete. Riešenie chudoby predovšetkým súvisí s riešením nezamestnanosti. Preto už dnes nemôžeme pochybovať, že zamýšľanie sa nad nezamestnanosťou, chudobou a samotným bohatstvom z hľadiska sociálno-teologického umožňuje uchopiť zmysel vecí a udalostí. Vo Svätom písme sa nachádzajú mnohé náboženské sociálno-právne zásady, ktoré upravovali život vo svojej dobe. Aj Ježiš Kristus rozvíjal motívy pre sociálnu činnosť na náboženskom základe. Dnes je už okrem filantropie a sociálnej činnosti cirkvi značne rozvinutá aj sociálna politika a inštitucionalizované formy sociálnej pomoci, smerujúce k potláčaniu javu nezamestnanosti a chudoby a oslobodzovaniu človeka. Dôslednejšia osobná orientácia na posolstvo lásky a prenikanie princípov spravodlivosti do spoločenských štruktúr moci dáva nádej, že sa ľudstvo bude s chudobou efektívnejšie vyrovnávať, a to skutočným prínosom kresťanskej viery založenej na altruizme, ale aj na pomáhajúcej láske caritas.

Zoznam bibliografických odkazov

BENEDIKT XVI.: *Sociálna encyklika Caritas in veritate*. Dostupné na internete online (29.08.2014): <http://www.kbs.sk/?cid=1252661180>.

CANTALAMESSA, R.: *Chudoba*. Bratislava : Serafín, 1999, s. 45.

FABIAN, A.: *Chudoba - od biblických čias po dnes*. In: Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 11.12.2009 v Košiciach. Dušan Šlosár (ed.) *Migrácia-chudoba-nezamestnanosť*, Košice : Košický samosprávny kraj, 2009. 978-80-970306-0-5.

JÁN XXIII.: *Sociálna encyklika Mater et magistra*. Dostupné na internete online (20.08.2014): http://www.kbs.sk/do_pdf/index.php?cid=1117035308 (29.08.2014).

JÁN PAVOL II.: *Centesimus annus*. In: *Dokumenty sociálnej náuky Cirkvi*, Trnava : SSV, 2007.

JÁN PAVOL II.: *Redemptor hominis*. Trnava : SSV, 1997.

JÁN PAVOL II.: *Solicitudo rei socialis*. In: *Dokumenty sociálnej náuky Cirkvi*. Trnava : SSV, 2007, 597 s. ISBN 978-80-7162-694-7.

JAKAB, K., PITEKOVÁ, J.: *Katolícka sociálna náuka ako jeden zo zdrojov formovania novej ekonomickej teórie*. In: *Národohospodársky obzor*, 2006, č. 1.

JUSKO, P.: *Základy sociálnej politiky*. 1. vyd. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, Pedagogická fakulta, 2000, 112 s. ISBN 80-8055-394-7.

KATECHIZMUS KATOLÍCKEJ CIRKVI. Trnava : SSV, 918 s. ISBN 80-7162-370-9.

KOVÁČIKOVÁ, D.: *Vybrané kapitoly z dejín sociálnej práce*. In: TOKÁROVÁ, A.: *Sociálna práca*. Prešov : FF PU, 2002.

KOŠČ, S.: *Katolícka sociálna náuka*. Ružomberok : Pedagogická fakulta Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2007, 128 s. ISBN 978-80-8084-151-5.

- KOŠČ, S.: *Moralnosť polityczna – polityka moralna*. Antropologiczno-teologiczne wymiary moralności politycznej w świetle nauczania Jana Pawła II., Lublin : Norbertinum, 2006.
- KOŠČ, S.: *Różne formy chudoby – różne formy rozwiązania*. In: Sociálne posolstvo Jána Pavla II. Pre dnešný svet II. Chudoba – Reflexie cez prizmu sociálnej náuky Cirkvi, spoločenských a ekonomických vied. Zborník z konferencie konanej 26. Marca 2009 v Poprade. Ružomberok-Poprad : KU Ružomberok, 2009, ISBN 978-80-8084-459-2.
- LACA, S.: *Súčasný aspekt chudoby v Slovenskej spoločnosti*. In: Zborník príspevkov Rizikové súvislosti chudoby a rodiny v súčasnej slovenskej spoločnosti. Ružomberok : Verbum, 2011. ISBN 978-80-8084-751-7.
- LACA, S., NOVÁK, V.: *Sociálne učenie Katolíckej cirkvi a globálne problémy*. In: Prohuman - vedecko-odborný internetový časopis – sociálna práca, psychológia, pedagogika, sociálna politika, zdravotníctvo, ošetrovateľstvo. Dostupné na internete online (19.08.2014): <http://www.prohuman.sk/socialna-praca/socialne-ucenie-katolickej-cirkvi-a-globalne-problemy>.
- LEV XIII.: *Rerum, novarum 1891*. Trnava : SSV 1997.
- MAREŠ, P.: *Sociológie nerovnosti a chudoby*. Praha : SLON 1999. ISBN 80–85850–61–3.
- MIŠOVIČ, B.: *Antológia štúdií k sociálnej morálke*. Trnava : Dobrá kniha, 1995.
- NEZNÍK, P.: *Patočka, Leibniz a dejiny filozofie*. In: Tholt, P.; Nezník, P. (eds.): *Patočkova asubjektívna fenomenológia a dejiny filozofie*. AFPh 3/2009. Košice : Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach, 2009. 250 s. ISBN 9788070977583 (viaz.), s.124-147.
- ONDREJKOVIČ, P.: *Sociálna patológia*. Bratislava : SAV, 2001.
- PAVOL VI.: *Populorum progressio*. In: Dokumenty sociálnej náuky Cirkvi. Trnava : SSV, 2007, 597 s. ISBN 978-80-7162-694-7.
- PIUS XI.: *Quadragesimo anno*. PRAH : ZVON, 1996.
- PIWOWARSKI, W. A KOL.: *Slovník katolíckej sociálnej náuky*. Trnava : Dobrá kniha, 1996, 214 s. ISBN 80-7141-129-9.
- SVETLÁK, V.: *Prínos učenia sociálnej náuky Cirkvi pri riešení chudoby*. In: Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s

medzinárodnou účasťou konanej dňa 11.12.2009 v Košiciach. In: Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 11.12.2009 v Košiciach. Dušan Šlosár (ed.) Migrácia-chudoba-nezamestnanosť, Košice : Košický samosprávny kraj, 2009. 978-80-970306-0-5.

SVĚTÉ PÍSMO STARÉHO A NOVÉHO ZÁKONA. Trnava : SSV, 777 s. ISBN 80-7162-086-6.

ŠIMÚNKOVÁ, K.: *Chudoba a sociálna exklúzia*. In: Národná správa o ľudskom rozvoji (Slovenská republika 2000). 2000, s. 77-92.

ŠLOSÁR, D.: *Aspekty chudoby*. In: Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 11.12.2009 v Košiciach. Dušan Šlosár (ed.) Migrácia-chudoba-nezamestnanosť, Košice : Košický samosprávny kraj, 2009. 978-80-970306-0-5.

TOMEŠ, I.: *Sociální politika. Teorie a mezinárodní zkušenost*. Praha: Socioklub, 1996, 213 s

SCHAVEL, M. a kol.: Úvod do štúdia a dejín. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2008.

ŠTANDARDY KVALITY SOCIÁLNYCH SLUŽIEB V SR

Lachytová Lenka

Poslaním sociálnych služieb je pomôcť ľuďom udržať si alebo znovu nadobudnúť svoje miesto v spoločnosti. Sú zamerané na ľudí - jedincov, ich rodiny a na ich sociálne siete. Rôznorodosť poskytovaných služieb je daná individuálnymi potrebami ľudí a celkovými cieľmi komunit, v ktorých títo ľudia žijú. Ľudská dôstojnosť v pomáhajúcej profesii sociálnych služieb nie je len predstavou a ideou o statuse človeka, jeho postojoch, ale je to najdôležitejšie právo človeka, ktoré veľmi úzko súvisí s právom človeka na život a primeranou kvalitou poskytovania sociálnych služieb. „Sociálne služby predstavujú špeciálny súbor činnosti zameraných na uspokojovanie individuálnych alebo kolektívnych potrieb, ktoré sa vykonávajú iným spôsobom ako prevodom materiálnych statkov“ (Tokárová a kol., 2002 s. 75).

Hlavným poslaním sociálnej služby je snaha umožniť ľuďom, ktorí sú v nepriaznivej situácii, zostať rovnocennými členmi spoločnosti, žiť nezávisle a to v kontakte s ostatnými ľuďmi a v prirodzenom sociálnom prostredí. Sociálne služby sú zamerané na vytváranie a zabezpečovanie takých podmienok a aktivít aby pomohli ľuďom, ktorí svoju situáciu nevedia zvládnuť sami, ktoré zabránia vzniku a nárastu negatívnych spoločenských javov a zamedzia nepriaznivému sociálnemu vývinu jednotlivca, rodiny či spoločnosti. „Sociálne služby sú poskytované ľuďom, ktorí sú spoločensky znevýhodnení a to s cieľom zlepšiť kvalitu ich života, prípadne ich v maximálne možnej miere do spoločnosti začleniť, alebo spoločnosť chrániť pred rizikami, ktorých nositeľmi sú títo ľudia“ (Matoušek O. a kol., 2007, s. 54). Kvalita života sa stáva i v našich podmienkach jedným z najčastejšie používaných pojmov nielen súčasnej medicíny ale aj poskytovateľov komplexných zdravotno-sociálnych služieb občanom v nepriaznivej životnej situácii. Termín kvalita života je často determinovaný subjektívne vnímanými pojmami, ako uvádza Rosinská, (2002) „životnej spokojnosti, šťastia, sociálnych vzťahov, fyzického zdravia a

psychickej pohody.“ Začiatky záujmu o koncept kvality života a životnej úrovne možno datovať na 60-te a 70-te roky, predovšetkým z dôvodu existencie nepomeru distribúcie zdrojov a subjektívnej pohody (well-being) v spoločnosti, nárastu populácie a ekonomických problémov v rozvojových krajinách.

Kvalita života vyžaduje spoločné medzinárodne prijaté, nielen objektívne merateľné (teda zohľadňujúce nielen ekonomické kritériá, ale i sociálny kontext ľudského bytia, medzikultúrne rozdiely, jedinečnosť každého človeka a pod.), štandardizované kritériá a ich pravidelné meranie a evaluáciu. Hodnotenie kvality života sa stáva neoddeliteľnou súčasťou tak plánovania, realizácie, ako i hodnotenia efektivity zdravotných a sociálnych intervencií (Kalová et al., 2004, In: Burkertová, 2006). V súlade s definíciou WHO ju ponímame ako multidimenzionálny subjektívne prežívaný konštrukt, ktorý zahŕňa objektívne a subjektívne parametre obsahujúce telesné, sociálne a emočné funkčné aspekty človeka (v určitých prípadoch aj jeho rodiny). (Kepák et al., 2005, In: Burkertová, 2006). V súčasnosti neexistuje jednotné stanovisko k obsahu pojmu kvalita života ani k spôsobu jej merania. Kvalita ako taká, je významným predpokladom harmonického a vyváženého života každého človeka v závislosti od podmienok, ktoré jedinca obklopujú. Každý z nás ju môže identifikovať iným spôsobom, avšak vo vymedzení základných a významných črt ostávajú nezmenené. To znamená, že ak chceme hovoriť o kvalite života je podstatné si zdefinovať pojmy: *kvalita života a koho kvalita*.

„Obsah pojmu kvalita života si človek najlepšie uvedomuje najmä vtedy, keď sa jeho životná situácia zásadným spôsobom zmení“ (Tokárová, 2002). Nakoľko kvalitu života považujeme za subjektívnu kategóriu pri vymedzení tohto pojmu v súvislosti s chronicky chorými staršími ľuďmi budeme vychádzať jednak z vplyvu vonkajších podmienok ako sú politické, ekonomické, kultúrne a sociálne determinanty a jednak z najdôležitejšieho faktoru a to samotného občana a jeho životného postoja. Termín „kvalita života“ je koncept, v súvislosti s ním máme na mysli ľudský život. Pojem „kvalita“ vyjadruje akosť, resp. hodnotu, ktoré imanentne vedú k rozlíšeniu – druhá

akosť, vysoká hodnota. Kvalita života je multidisciplinárny fenomén s najvyššou mierou komplexnosti. Týka sa ľudskej existencie a zmyslu bytia. Prioritným je vyrovnanie sa klienta so zdravotným stavom a životnou situáciou, a to tak, aby sa jeho budúci život čo najmenej líšil od bežnej životnej normy a bol podľa možnosti čo najplnohodnotnejší. Draganová (2006) vyjadruje názor, že „starostlivosť má význam do tej miery, kým pozitívne ovplyvňuje život“, ako aj, „v súčasnosti charakteristické predlžovanie života a prevaha chronických, dlhotrvajúcich ochorení“ si ukladá za cieľ zachovanie alebo zlepšenie(maximalizovanie) kvality života.

Kvalita sociálnych služieb. Aké služby sú pre občana kvalitným riešením jeho situácie? V najvšeobecnejšom poňatí možno sociálne služby chápať ako „nástroj, spôsob, metódu sociálnej politiky a praktického presadzovania záujmov spoločnosti vo vzťahu k ľuďom odkázaným na starostlivosť“ (Repková, Brychtová, 2009, s.11). Služby vo všeobecnom záujme podľa Bergemana (1997) sú založené na spoločných hodnotách a cieľoch akými sú: univerzálny prístup pre všetkých (sociálny, priestorový a finančný), garancia kontinuity služby, kvalita služieb, možnosť dovoliť si službu a udržateľnosť, súladnosť s potrebami užívateľov, ochrana konzumenta. Právo prístupu k týmto službám zaručuje všetkým občanom článok 36. Charty základných práv EÚ s cieľom podporovať sociálnu a teritoriálnu kohéziu v EÚ. Podľa Erica van den Abeele (2001, s. 90) „sú služby všeobecného záujmu, jadrom európskeho sociálneho modelu a ochraňujú kolektívne záujmy Európanov.“

Pojem sociálne služby je možné chápať: -širšie ako verejné sociálne služby, -užšie ako osobné sociálne služby. „Verejné sociálne služby sú služby poskytované občanom platenými pracovníkmi (v niektorých prípadoch aj dobrovoľníkmi a rodinnými príslušníkmi) s cieľom uspokojovať všeobecné sociálne potreby, sú regulované, financované a poskytované miestnou samosprávou, regionálnou a národnou vládou v oblasti zdravia, sociálnych služieb, bývania, zamestnávania a sociálneho zabezpečenia“ (Pillinger. 2001, s.3). Podľa Manfreda Hubera možno v najširšom poňatí do týchto sociálnych služieb zahrnúť

sociálne poistenie, programy sociálnej ochrany, všetky intervencie, ktoré zvykneme nazývať ako sociálne zabezpečenie.

„Osobné sociálne služby sú špecializované činnosti zamerané na saturovanie potrieb klientov, pri ktorých na rozdiel od poskytovania dávok dochádza k hlbšiemu vzťahu sociálneho pracovníka s klientom. Podstatou sociálnych služieb je, že prostredníctvom vzťahu sociálny pracovník a klient dochádza k mobilizácii vnútorných rezerv jedinca resp. k jeho aktivizácii pri riešení problémovej životnej situácie“ (Matulay-Matulayová, 1998, s.31).

Osobné sociálne služby podľa Manfreda Hubera sa delia: -dlhodobá starostlivosť o starších ľudí a starostlivosť o ľudí so zdravotným postihnutím, -služby sociálnej integrácie (s dôrazom na migrantov), služby trhu práce zamerané na znevýhodnené skupiny a osoby so zdravotným postihnutím, starostlivosť o deti, sociálne bývanie. V slovenskej a českej literatúre sa pojem sociálne služby používa v týchto súvislostiach (Tomeš, 2001): ako druh sociálnej starostlivosti poskytovanej konaním (službou) štátnej inštitúcie v prospech inej osoby, širšie ako činnosť v prospech občanov poskytovanej súkromnoprávnou alebo verejnoprávnou inštitúciou priamo alebo súkromnoprávnou za podpory verejnoprávnej inštitúcie, ako sociálna práca (odborná činnosť profesionálnych pracovníkov) v prospech ľudí v sociálnej núdzi.

„Sociálne služby sú nástrojom sociálneho zabezpečenia (historický patria k najstarším formám solidarity), ktorého cieľom je v konečnom dôsledku zvýšiť resp. udržať kvalitu života klienta. Pre sociálne služby je z ekonomického hľadiska typické, že sú na jednej strane finančne náročné a na druhej strane ich užívatelia patria často k marginalizovaným skupinám, pre ktoré je charakteristická insolventnosť“ (Krupa, 2003).

Od ostatných služieb sa sociálne služby odlišujú tým, že plnia tri funkcie:

- podporná funkcia – pomáha jedincom využívať zdroje, ktoré im spoločnosť ponúka (poskytovanie informácií, denná starostlivosť),

- sebaaktualizujúca funkcia – pomáha jedincom viesť čo najnormálnejší spôsob života (opatrovateľská a asistenčná služba),

- terapeutická funkcia – pomáha mobilizácii vnútorného kapitálu jednotlivca, cieľom je dosiahnuť optimálny stav telesného, duševného a sociálneho vývinu človeka (rehabilitácia, psychologické poradenstvo). „Dejiny ľudstva sú dejinami o právo človeka na dôstojnú existenciu, dejinami úsilia o to, aby človek mal svoju dôstojnosť zaručenú subjektívnymi právami, ktoré musia rešpektovať ostatní ľudia i celá spoločnosť“ (Ondrušová a kol., 2010 s. 8). V západnej Európe po roku 1970 prebieha špecializácia a humanizácia sociálnych inštitúcií. Stále sú to veľkokapacitné sociálne zariadenia, avšak postupne prebieha ich špecializácia podľa sociálnych problémov cieľových skupín užívateľov sociálnych služieb a zmeny, ktorých cieľom bola humanizácia sociálnych služieb v inštitúciách a normalizácia života užívateľov. Tieto procesy boli previazané a nadväzovali na humanistický orientovanú filozofiu, psychológiu, etiku, ktorá do centra pozornosti spoločnosti, znovu zasadila človeka a jeho dôstojnosť.

Veľké zariadenia nevytvárajú podmienky, ktoré by podporovali motiváciu, samostatnosť, edukáciu, reedukáciu a rozvoj osobnosti. Reflexiou na tieto zistenia by mali byť opatrenia vedúce k normalizácii života ľudí s postihnutím aj na Slovensku. Dôležité je umožniť ľuďom s postihnutím, aby sa ich každodenný život, čo najviac približoval normálnemu životnému štýlu občanov spoločnosti. Uplatniť tieto myšlienky znamená akceptovať postihnutia, ako „normálneho“ variantu ľudského života v tom zmysle, že spoločenské očakávania a spoločenské normy budú upravené tak, aby zabezpečovali účasť ľudí s postihnutím na sociálnom a kultúrnom živote spoločnosti. Život ľudí s postihnutím do určitej miery závisí od kvality sociálnych služieb poskytovaných zariadením sociálnych služieb, ktorého sú klientmi. Kvalitná sociálna služba je takou službou, ktorá je orientovaná na uspokojovanie potrieb ľudí. Služba je pre klienta, on je zákazník. Jeho potreby, požiadavky a prania by mali byť

rozhodujúce pre všetky aktivity zariadenia sociálnych služieb (Transformácia existujúcich zariadení sociálnych služieb).

Ďalším objektívnymi kritériami kvalitných sociálnych služieb by mohli byť podpora samostatnosti a sebestačnosti, zlepšovanie seba obrazu (image), rešpektovanie vekových a kultúrnych požiadaviek, podpora integrácie, rozvíjanie partnerských vzťahov a vzájomnej úcty, rozvíjanie individuálnych prístupov, uplatňovanie sociálnej roly a kompetencií, orientácia na možnosti rozvoja, ochrana práva, akceptácia zvýšenej zraniteľnosti postihnutého človeka. Uvedené procesy humanizácie a normalizácie, mali zásadný význam pre život občanov s postihnutím, nakoľko viedli k ich postupnej sociálnej integrácii a inklúzii. Zásadné zmeny boli spojené s ďalším významným sociálnym procesom, bez ktorého by sociálna integrácia a inklúzia bola nemožná a to s procesom transformácie sociálnych služieb, ktorá je v západnej Európe označovaná aj ako deinštitucionalizácia sociálnych služieb, ktorá u nás práve teraz nastupuje. Hnacou silou transformácie, resp. deinštitucionalizácia sociálnych služieb je rešpektovanie základnej ľudskej potreby človeka, žiť a existovať v každodenných, prirodzených, rodinných rovesníckych a komunitných sociálnych vzťahoch. Transformácia, resp. deinštitucionalizácia systému sociálnych služieb je radikálna, dlhotrvajúca zmena inštitucionalizovaného systému, ktorá umožní občanovi so špeciálnymi potrebami žiť čo najviac v prirodzenej sieti vzťahov, ktorými sa zaoberá komunitná práca (Krupa, Krščáková, 2002).

Skvalitňovanie sociálnych služieb závisí hlavne od legislatívnych, personálnych, materiálnych a finančných podmienok zariadení. Kvalita sociálnych služieb podľa Krupu (2003) je „súlad ponuky služieb s potrebami a požiadavkami odberateľa, ktorý sa nachádza v nepriaznivej životnej situácii. “Kvalitné sociálne služby vo vzťahu k ich odberateľovi sú tie, ktoré riešia sociálnu situáciu občana a zároveň odberateľ k nim zaujíma postoj spokojnosti. Sociálne služby sú významnou časťou aktivít samospráv a neverejných poskytovateľov. Riešenie

problémov jednotlivcov, rodín a skupín občanov ovplyvňuje pozitívne sociálnu klímu celej spoločnosti.

Kapacita zariadení sociálnych služieb (najmä zariadení pre seniorov a domovov sociálnych služieb) nezodpovedá súčasnej potrebe a preto je nevyhnutné zabezpečiť ich primeraný rozvoj, najmä pre prípady, keď poskytnutie iných druhov sociálnych služieb nie je možné alebo postačujúce, či už vzhľadom na zdravotný stav, vek alebo nepriaznivú sociálnu situáciu oprávnených občanov. Zákon 448/2008 o sociálnych službách dáva prednosť poskytovaniu sociálnych služieb v prirodzenom prostredí pred poskytovaním starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb tým, že viaže poskytovanie starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb z hľadiska právnych podmienok len na občana, ktorému nemožno poskytovať inú sociálnu službu podľa menovaného zákona. V zariadeniach sociálnych služieb sa poskytuje starostlivosť celoročne, týždenne alebo denne alebo prechodne na určitý čas (Transformácia existujúcich zariadení sociálnych služieb). V súčasnosti sú v SR pre seniorov, ktorí už nemôžu, či nechcú žiť sami, určené nasledovné typy náhradných zariadení: zariadenie podporovaného bývania, zariadenie pre seniorov, zariadenie opatrovateľskej služby, rehabilitačné stredisko, domov sociálnych služieb, špecializované zariadenie s denný stacionár. Nepokrytá potreba kapacít zariadení sociálnych služieb je objektívnym dôsledkom nepriaznivého zdravotného stavu obyvateľov SR najmä vyšších vekových kategórií. Naplnenie zámeru zlepšovať kvalitu života chronicky chorých klientov ZSS predpokladá:

1. hľadanie a poskytovanie primeranejších aktivít napr.: edukačno-výchovných v spolupráci s rodinou a multidimenzionálnym tímom aktérov zlepšovania kvality života v ZSS,

2. zavedenie novej netradičnej (individuálnej) formy práce plynúcej z potrieb, schopností a možností občanov, pri snahe rešpektovať ich záujmy. Štát a verejné služby preferujú systém financovania, v ktorom na základe posúdenia sociálnej situácie občana alebo jeho osobných potrieb, je občan platcom služieb, ktoré si môže sám vybrať. Zákonitostiam trhovej ekonomiky

podlieha i sociálna práca ako produkt, tj jej presadenie v konkurencii je podmienené kvalitou a cenou služieb a má záujem poskytovať lepšie služby ako konkurencia na trhu služieb.

Z hľadiska výkonu sociálnej práce v záujme zvyšovania kvality života a presadzovania celkovej hodnoty pre občanov, ich rodín je podstatné vedieť, že: -sociálny pracovník vystupuje ako profesionál vo viacerých funkciách a rolách – klinický pracovník, vzdelávateľ, výskumník, advokát, vodca v komunite a pod., -zomieranie je proces s fyzickými a multidimenzionálnymi štádiami, -bolesť má fyzické, psychologické a spirituálne prejavy, -poznanie možností psychosociálnej intervencie môže uľahčiť diskomfort klienta, -etnické, religiózne a kultúrne rozdiely majú dopad na otázky spojené s ochorením, -využívať komunitné zdroje a poznať prístup k nim, ako aj uspokojovať potreby špecifických skupín klientov a ich rodín napr.: deti s fyzickými, vývinovými, mentálnymi a emocionálnymi obmedzeniami a pod., - priebeh ochorenia, smrť môžu mať dopad na život rodiny, -pre poskytovanie starostlivosti používať vládou vytvorené schválené štandardy poskytovania služieb (Dobříková, 2005).

Zdroje financovania výdavkov sociálnych služieb

K základným spoločensko – ekonomickým a sociálno – politickým faktorom, ktoré v súčasnej dobe priamo či sprostredkované ovplyvňujú vývoj sociálnych služieb patrí predlžovanie ľudského veku, pričom sa predlžuje obdobie života, v ktorom človek potrebuje pomoc inej osoby, prenášanie štandardu života v produktívnom veku i do obdobia, kedy je človek postupne stále viac závislý na pomoci inej osoby ako aj rastúca nákladnosť kompenzácie narastajúcej závislosti na vonkajšej pomoci. Ekonomické zabezpečenie je v starobe dôležité, avšak starší ľudia sa necítia až tak veľmi ohrození ekonomicky ako sociálne, najmä v prípade vysokej staroby alebo choroby. So zvyšujúcim sa vekom ubúda rovesníkov, taktiež možnosti kontaktov a nadväzovania známostí, využívania sociálneho priestoru, na ktorý boli zvyknutí (Bodnárová, 2001).

Prognóza MPSVaR SR pre obdobie 2003-2010 uvádzala výrazné zvýšenie množstvo populácie vo vekovej kategórii 55-64

ročných (z 523 tis. v roku 2003 na 692 tis. v roku 2010) a iba nepatrný nárast vo vekovej skupine 20-54 ročných (z 2, 868 mil. v roku 2003 na 2, 871 mil. v roku 2010). Demografická štruktúra upozorňuje na zaťaženosť sociálneho systému a vrastajúci počet závislej populácie, čo má za následok zvýšené nároky na priebežne financovaný sociálny systém budovaný na princípoch solidarity. Finančná otázka je záležitosť, ktorú je nutné riešiť v národných štandardoch. Nie každá krajina je schopná a má prostriedky na podporu programu systému sociálnych služieb. Prvoradým však je poodhaliť a opísať systém, ktorý by mal v danej krajine fungovať a k nemu sa aspoň čiastočne snažiť približovať.

Hlavnou otázkou v oblasti riadenia kvality a etablovania politiky kvality v zariadeniach zdravotno-sociálnych služieb starším ľuďom je: Čo napomáha a čo bráni v riadení kvality u poskytovateľov komplexnej starostlivosti, služieb seniorom? Z pohľadu *politiky kvality* je situácia v sekcii sociálnych služieb seniorom odlišná. Riadi sa právnym rámcem nového zákona o sociálnych službách. Samotná legislatíva prekvapivo bližšie nešpecifikuje čo sa rozumie pojmom „kvalita poskytovanej sociálnej služby.“ Význam možno nepriamo odvodiť z jednotlivých paragrafov(napr.: §6, §7, §9, §10, §71 až §74, §84, §88, §94 až §96, §104) zákona č. 448/2008 Z. z. a prílohy č. 1 a 2 k zákonu. Kvalitnou službou sa tak rozumie sociálna služba, ktorá umožňuje prijímateľovi žiť normálny život(komplexnosť služieb), prihliada na potreby jednotlivca(individuálne plánovanie, ktoré aktivizuje k sebestačnosti, nezávislosti) a chráni jeho práva a záujmy(bezpečnosť služieb). Nástroje, ktoré právny rámec zavádza s cieľom zabezpečiť kvalitu služieb, sú registrácia poskytovateľov(každý poskytovateľ má túto povinnosť, ak nespĺňa štandard kvality sociálnych služieb môže sa mu odňať registrácia), inšpekcia a kvalifikačné predpoklady na vzdelávanie zamestnancov. Mnohé zo spomenutých nástrojov vznikli vďaka širokej konzultačnej spolupráce ministerstva (MPSVaR) a mnohých zainteresovaných partnerov z praxe(úspešnosť a kontinuálne uplatňovanie by mal zaručiť proces tvorby nástrojov „bottom-up“). Spokojnosť obyvateľov s programom starostlivosti

jednotlivých zariadení je jedným z dôležitých ukazovateľov kvality zdravotných a sociálnych služieb. Avšak nemala by byť jediným aspektom hodnotenia kvality komplexných služieb (Transformácia existujúcich zariadení sociálnych služieb). Uspokojovanie, alebo nedostatočná saturácia potrieb seniorov sa odráža v ich vedomí ako subjektívne prežívaná (pocitovaná) spokojnosť, nespokojnosť so starostlivosťou ako takou, alebo s jej vybranými aspektmi (Bužgová, Ivanová, 2008).

Z teoretických i praktických postojov vieme, že starostlivosť o seniorov si vyžaduje rozsiahly a komplexný súbor činností, čo nám napovedá o nevyhnutnosti interdisciplinárnej spolupráce. Fungujúca vzájomná spolupráca medzi zdravotníckou a sociálnou oblasťou, ako aj kooperácia s klientom a jeho rodinou ukazuje množstvo pozitív, ktoré sa odrážajú v nasledovných oblastiach: -dochádza k zlepšeniu komunikácie medzi participantmi, ako aj výsledkov, -zlepšuje sa prístup a kvality starostlivosti o seniora, -umožňuje lepšie udržanie a rozvoj zdravotníckych a sociálnych služieb, -sú účinnejšie a efektívnejšie využité pracovné ľudské zdroje, ich odborné i praktické skúsenosti pri práci so seniormi, -spokojnosť klientov a poskytovateľov sociálnych služieb je na väčšej úrovni a sociálne služby sú poskytované adresnejšie a účelnejšie, -znižuje sa časová, finančná a ekonomická náročnosť poskytovania sociálnych služieb a starostlivosti o seniorov, -interdisciplinárna spolupráca predstavuje „otvorenú nádobu“ vedomostí, poznatkov, zručností a schopností, ktoré sú obohacované vzájomným pôsobením subjektov, ktorí sa podieľajú spoločne na riešení problémov. Účastníci v interdisciplinárnom tíme si musia uvedomiť dôležitosť ich prítomnosti, ktorá nemá byť príležitosťou pre súperenie či pre vytváranie konkurenčného prostredia, ale účastníci sa majú podieľať na vytváraní podmienok na efektívnu spoluprácu a zmysluplnú činnosť s cieľom nájdenia uspokojivého riešenia nepriaznivej situácie klienta. Význam interdisciplinárneho prístupu pri práci spočíva v schopnosti zúčastnených odborníkov odhaliť skutočné potreby starého človeka, poskytnúť mu adekvátne služby, uchopiť širší rozmer problému, nájsť vhodné riešenia, navrhnúť ďalší postup, zahrnúť

d'alších potrebných ľudí do riešenia bez strachu z konkurencie, a to v rámci právomocí a kompetencií účastníkov tímu. Starostlivosť o seniorov si vyžaduje konkrétnu a cieleňú stratégiu, ktorá by zahŕňala účelnú spoluprácu štátneho, mimovládneho a podnikateľského sektora (Dluhá a kol., 2003).

Z hľadiska kvality poskytovanej starostlivosti o seniorov by sme vyzdvihli dôležitosť a potrebu sústavného vzdelávanie pracovníkov, ale i poskytovateľov zabezpečujúcich sociálne služby pre starších ľudí. Bužgová (2008) v kontexte zlepšovania kvality poskytovanej starostlivosti upozorňuje na nutnosť orientovať pozornosť predovšetkým na závislých a izolovaných občanov v zariadeniach a to predovšetkým v oblasti aktívneho trávenia voľného času (hľadať možnosti i pre jednotlivcov upútaných na lôžko) a budovania individuálnych vzťahov založených na dôvere (problematickosť vzťahu personál a obyvateľ ZSS svojim výskumom podložili i Janečková a Hnilicová v roku 1999).

Je zrejmé, že starostlivosť o seniorov je spojená s množstvom problémov, na ktorých riešenie je potrebná kooperácia subjektov pôsobiacich v oblasti sociálnych služieb, zdravotnej a sociálnej oblasti. Hoci jednotlivé subjekty spolupracujú, v praxi sa ich kooperácia javí ako „neviditeľná“, problematická či nedostatočná. Príčinou negatívnej praxe môžu byť viaceré faktory: konkurencia a rivalita medzi poskytovateľmi sociálnych služieb, ich finančná náročnosť, neochota komunikovať, zložitá udržateľnosť, vnímanie neziskového sektora ako konkurencia a zneužívanie podnikateľského sektora na získanie financií a pod. Napriek širokého rozmeru problémov spolupráce troch sektorov, je dôležité apelovať na ich vzájomné budovanie vzťahov, na základe ktorých je možný sociálny rozvoj a zvyšovanie životnej úrovne občanov vo vyššom veku.

Ak má byť spolupráca jednotlivých sektorov efektívna, musí vychádzať z nasledovných princípov: vzájomná dôvera a ochota spolupracovať, princíp vzájomného informovania a komunikácie, rovnocenná spolupráca, akceptácia kompetencií a vzájomný rešpekt, participácia účastníkov na plánovaní a rozhodovaní, budovanie vzájomnej dôvery, predchádzanie a zamedzenie

konfliktu záujmov zúčastnených strán, existencia profesionálnych výstupov zacielených na riešenie problému (Dluhá, 2003).

Národné priority rozvoja sociálnych služieb je zverejnený na stránke MPSVaR SR a má 35 strán, ktorého obsah je zostavený z týchto kapitol: Východisková situácia rozvoja sociálnych služieb v SR. Priority rozvoja sociálnych služieb do roku 2013. Prílohy, ktoré obsahujú demografické a štatistické údaje tj. SWOT analýzu stavu poskytovaných sociálnych služieb a niektoré údaje z analýzy vybavenosti samosprávnych krajov. Za **priority** rozvoja sociálnych služieb považuje MPSVaRSR: zabezpečenie práva občanov na sociálne služby a zvýšenie kvality a dostupnosti sociálnych služieb s dôrazom na rozvoj nedostatkových sociálnych služieb alebo na rozvoj sociálnych služieb, ktoré v jednotlivých samosprávnych krajoch a obciach úplne chýbajú.

Za **prierezové princípy národných priorít** (ktoré sú zároveň tiež prioritami Európskeho Spoločenstva) sa považuje: - deinštitucionalizáciu sociálnych služieb, - postupné znižovanie kapacity zariadení sociálnych služieb, - prevádzkovanie zariadení s nízkou kapacitou (zariadenia rodinného typu a zariadenia s nižšou kapacitou ako 40 miest), - transformáciu veľkokapacitných zariadení na zariadenia s nižšou kapacitou, - podpora terénnych a ambulantných sociálnych služieb a sociálnych služieb z zariadeniach s týždenným pobytom.

SWOT analýza z úrovne poskytovaných sociálnych služieb z roku 2007 poukazuje na tieto **1. silné stránky**: adresnosť a efektívnosť poskytovania sociálnych služieb, rešpektovanie princípu subsidiarity, posilnené financovanie na základe nového daňového prerozdelenia mechanizmu.

2. slabé stránky: nerozvinutý systém komunitného plánovania, nedostatočné podmienky k tomu, aby mohli byť občania poskytované služby v mieste jeho bydliska, nedostatočná kontinuita medzi sociálnymi a zdravotnými službami pri dlhodobej odkázanosti, nízky počet a kvalifikovanosť zamestnancov sociálnych služieb, nízka kvalita sociálnych služieb, nerovnomernosť siete sociálnych služieb, zastaralosť

budov sociálnych služieb, nedostatočná materiálno-technická vybavenosť, nedostatok miest služieb sociálnej starostlivosti pre niektoré cieľové skupiny občanov (starší občania a ťažké zdravotné postihnutia), nedostatok pobytových zariadení a zariadení pre seniorov a domovy sociálnych služieb. Skutočnosť že SWOT analýza konštatuje adresnosť a efektívnosť služieb a zároveň v slabých stránkach nízky počet kvalifikovaných pracovníkov a nízku kvalitu sociálnych služieb sa vzájomne popierajú. Pri strategických programoch, ktorých cieľom sú systémové zmeny existuje riziko, ktoré spočíva v tom, že vieme objektívne pomenovať stav sociálnych služieb (SWOT analýzy, štatistické ukazovatele) ale prijatá stratégia riešenia nevedie k očakávaným cieľom. Napr. prijatie pragmatického riešenia nedostatkových služieb ich dopĺňovaním, teda vznikom nových miest v pobytových sociálnych službách nevedie k rozvoju a posilňovaniu komunitných služieb v mieste bydliska občana. Deinstiucionalizácia, transformácia zariadení sociálnych služieb je z profesionálneho hľadiska, náročný a špecifický proces, ktorý si vyžaduje systematickú podporu zriaďovateľov, vzdelávanie a podporu manažmentov zariadení, ktorého cieľom je individuálny rozvoj osobnosti prijímateľov sociálnych služieb ako integrovanej súčasti spoločnosti. (<http://www.employment.gov.sk/narodne-priority-rozvoja-socialnych-sluzieb.pdf>).

Prínos zákona c. 448/2008 o sociálnych službách pre Národné priority rozvoja sociálnych služieb spočíva v individualizácii poskytovania sociálnych služieb na základe osobných potrieb prijímateľov, vo vymedzení práv prijímateľa a povinnosti prevádzkovateľa, v legitimizácii kvality sociálnych služieb a formulovanie podmienok, ktoré majú kvalitné služby spĺňať (i keď nie sú známe podmienky hodnotenia kvality sociálnych služieb), v rozšírení spektra poskytovaných sociálnych služieb, v preferencii prevádzkovania sociálnych služieb s nižším počtom obyvateľov ako 40, bv prenose niektorých kompetencií v poskytovaní sociálnych služieb na obec, v koncepčnom prístupe k plánovaniu a stratégii rozvoja sociálnych služieb,

komunitnom rozvoji, komunitnom pláne a terénnych sociálnych služieb ako nástroja poskytovania sociálnych služieb v obci. Medzi národné priority v rozvoji sociálnych služieb do roku 2013 sme zarad'ovali: podpora zotrvania klienta v prirodzenom prostredí, rozvojom terénnych sociálnych služieb, rozvoj ambulantných sociálnych služieb a pobytových služieb v zariadeniach s týždenným pobytom, zvýšenie kvality a humanizácia poskytovaných sociálnych služieb (rekonštrukcie, rozširovanie, modernizáciu a budovanie), vzdelávanie zamestnancov v oblasti sociálnych služieb.

Sociálnym službám je možné pripísať tri základné funkcie, ktoré ich odlišujú od ostatných verejných služieb. Týmito funkciami sú: „podporná funkcia, ktorá má za úlohu napomáhať jedincom, aby mohli využiť zdroje, ktoré im spoločnosť ponúka; seba aktualizujúca funkcia pomáha jedincom viesť čo najnormálnejší spôsob života a posledná, tretia terapeutická funkcia, ktorá eliminuje existujúcu hroziacu patológiu“ (Majlingová a kolektív, 2002).

Kvalita sociálnych služieb rezonuje na Slovensku ako téma viac než desaťrošie. Z pôvodných teoretických diskurzov sa počas tohto obdobia rozvinula do niektorých praktických aplikácií rôzneho zamerania. Aplikácia kvality do sociálnych služieb sa rozbehla v niekoľkých smeroch. Tie by sa dali rozdeliť v podstate na štyri základné:

1. Kvalita a vhodnosť odborných postupov práce s klientmi a s tým súvisiaca kvalita a odborná spôsobilosť personálu.
2. Kvalita života klienta a dodržiavania jeho základných ľudských práv a slobôd.
3. Kvalita infraštruktúry a environmentu pre zabezpečenie sociálnej služby.
4. Kvalita riadenia všetkých činností, dokumentovanie výkonov a zaisťovanie kontrolovateľnosti a opakovateľnosti kvality. V roku 2008 bol prijatý zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (ďalej len „zákon o sociálnych službách“), ktorý

poskytovateľom sociálnych služieb stanovil vo vzťahu ku kvalite poskytovanej sociálnej služby tieto povinnosti

1. plniť procedurálne podmienky, personálne podmienky a prevádzkové podmienky poskytovania sociálnej služby,
2. oboznámiť svojich zamestnancov a prijímateľov sociálnej služby s postupmi, pravidlami a podmienkami,
3. umožniť vykonanie hodnotenia podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby a poskytnúť súčinnosť pri tomto hodnotení.

Tieto požiadavky sú dnes už prevádzkovateľom dobre známe z predmetnej prílohy. V zásade sa snažia riešiť prvú až tretiu tému kvality, ktorú sme uviedli vyššie. Štvrtej téme, ako kvalitu zaviesť, riadiť, kontrolovať, vyhodnocovať, zaisťovať jej opakovateľnosť a možnosť porovnávania sa s inými zariadeniami sociálnych služieb, sa venujú systémy riadenia kvality.

Systémy riadenia kvality v sociálnych službách. Podobne ako pri samotnej téme kvality v sociálnych službách, ustáva taktiež diskusia o tom, či systémy manažérstva kvality (ďalej len SMQ) do sociálnych služieb áno alebo nie. Odbornou verejnosťou začína byť akceptovaný názor, že áno. Napomáha tomu aj zjavný fakt, že v rámci štátov Európskej únie nejde o novinku, ale zabehanú a overenú prax. Ani na Slovensku už nie sú výnimkou zariadenia sociálnych služieb, ktoré majú niektorý zo systémov zavedený, prevažne STN EN ISO 9001:2000 a nasledujúce. Predpokladáme, že tento trend bude pokračovať a v nasledujúcej dekáde budú zariadenia so zavedeným SMQ skôr v prevahe. Diskusia sa v tejto oblasti začína posúvať do polohy „ako a ktorý SMQ“ alebo či je nevyhnutné zaviesť ucelený SMQ alebo postačí „na začiatok“ aplikovať niektoré ich systémové prvky. Čo vlastne zaisťujú systémy manažérstva kvality vo vzťahu k sociálnym službám? Štandardizované systémy manažérstva kvality aplikované aj na Slovensku sa opierajú o osem zásad manažérstva kvality: 1. Zameranie na klienta; 2. Vodcovstvo (vedenie); 3. Zapojenie pracovníkov; 4. Procesný prístup; 5. Systémový prístup k riadeniu; 6. Trvalé zlepšovanie; 7. Rozhodovanie na základe faktov a 8. Vzájomne výhodné vzťahy s dodávateľmi.

Ideálne je, keď sa každá zo zásad uplatní u poskytovateľa sociálnej služby v celom rozsahu a v podstate si zavedie niektorý z dostupných SMQ. Spolu totiž kompaktné zaisťujú to, čo opakovateľnosť dobrých výsledkov a možnosti porovnávania. V rámci Slovenska sú dve dobré možnosti – STN EN ISO 9001:2008 a model výnimočnosti EFQM. Oba modely sú dostupné a aplikovateľné. Nie každé zariadenie sociálnych služieb si môže dovoliť zaviesť niektorý z modelov SMQ. Táto námietka je akceptovateľná. Naozaj nie každé zariadenie sociálnych služieb na Slovensku má k dispozícii či už personálne, materiálne alebo finančné kapacity na celý proces implementácie SMQ. Aspoň nie hneď a za krátky čas. Ponúka sa však dobré východisko, respektíve štartovná čiara.

Tou štartovnou čiarou je aplikácia procesného prístupu, ktorý je akýmsi „srdcom“ každého systému manažérstva kvality, vhodného pre sociálne služby. Aplikácia je v porovnaní so zavedením celého SMQ menej náročná časovo, personálne, materiálne a aj finančne. Vytvorí však dobré predpoklady na plné zavedenie vybraného SMQ v budúcnosti tam, kde to dnes ešte nie je možné. Proces je akákoľvek činnosť (postupnosť činností), ktorá transformuje vstupy na výstupy (STN EN ISO 9001:2008) a je vymedzená vnútornými a vonkajšími ohraničeniami. Procesný prístup sa zakladá na skúmaní zariadenia z hľadiska vykonávaných činností a z hľadiska riadiacich aktov, teda riadiacich činností, ktoré vykonáva manažment prevádzky. Snaží sa pritom zosúladiť všetky činnosti do fungujúceho celku, ktorého jednotlivé časti sú identifikované, prepojené a riadené. Procesný prístup aplikovaný spolu s tzv. riadenou dokumentáciou zaisťuje na začiatok niekoľko dôležitých vecí:

1. Znižuje riziká vyplývajúce z nerovnovážneho postavenia dvojice poskytovateľ – príjemca sociálnej služby.
2. Znižuje riziká z neskorého odhalenia nesprávnych postupov v odborných činnostiach, ktoré vedú k skrytej ujme príjemcu služby prejavujúcej sa až v budúcnosti; ďalšie činnosti môžu túto ujmu posilňovať a rozvíjať jej negatívne dopady.
3. Obsahuje v sebe významný prvok ochrany ako príjemcu, tak aj poskytovateľa sociálnej služby.

4. Zabezpečuje zmenu predpokladov na požadované výsledky a zaisťuje opakovateľnosť dobrých výsledkov.
5. Vyžaduje jasné definovanie poslania a cieľov prevádzky, ktoré je možné chápať aj ako verejný záväzok, či verejnú deklaráciu prevádzky.
6. Podporuje zachovanie kontinuity znalostí a postupov pri fluktuácii pracovníkov, ktorá v zariadeniach sociálnych služieb hlavne na pozíciách priameho kontaktu s príjemcom sociálnej služby môže byť veľmi kritická.
7. Prinúti manažment zariadenia sociálnych služieb exaktne a úplne popísať všetky svoje činnosti. Tento popis prináša obraz nielen o tom čo sa v zariadení robí, ale aj ako sa to robí. Musí ich pomenovať, dať do vzájomného súvisu, určiť ich postupnosť a interakciu, preskúmať ich oprávnenosť, účelnosť, vhodnosť a efektivitu. Toto preskúmanie odhaľuje zastarané, zotrvačné aj zdvojené činnosti a tzv. biele miesta – teda činnosti ktoré je síce nutné vykonať ale nie sú systémovo zachytené a opakovane sa vykonávajú ad hoc. V konečnom výsledku môže dôjsť nielen ku presvetleniu a harmonizácii činností zariadenia, ale aj - a o to nám ide, k typológii rovnakých činností rovnakých zariadení v rámci veľkého zriaďovateľa. Tým sa môže vytvoriť predpoklad pre realizáciu ďalšieho nástroja riadenia kvality, ako napríklad benchmarkingu.
8. V ďalšom kroku procesný prístup prinúti manažment opätovne sa zamyslieť nad kompetenciami a kompetentnosťou personálu, pretože určuje vlastníkov procesu, aktérov procesu a rozhrania procesu, čo je v konečnom dôsledku nový pohľad do pracovných náplní. Aj tu je možné uskutočniť primeranú typológiu pracovných miest a pracovných náplní, čo sprehľadní situáciu hlavne väčším prevádzkovateľom, ako je napríklad Vyšší územný celok alebo mesto.
9. Podstatným prínosom je veľmi presná identifikácia požadovaných vstupov do procesov (činností) a taktiež požadovaných výstupov. Ide nielen o pomenovanie výstupu ako takého, ale aj o exaktné popísanie jeho formy a obsahu, kvality, kvantity a merateľnosti. Procesný prístup vyžaduje nielen meranie výstupov, ale aj monitorovanie a meranie priebehu činností a

validáciu vhodnosti činností. Predovšetkým tento atribút procesu prináša želané zbúranie mýtu o tom, že sociálne služby nie je možné merať. Identifikácia požiadaviek na vstupy a výstupy logicky prináša identifikáciu všetkých záujmových partnerov, ktorí buď zabezpečujú vstupy alebo odoberajú výstupy. S touto identifikáciou prichádza identifikácia ich požiadaviek, zamyslenie sa nad komunikáciou s týmito zainteresovanými partnermi a zamyslenie sa nad vyhodnocovaním plnenia týchto požiadaviek. Taktiež to prináša poznanie, ktoré produkované výstupy nemajú svojho ďalšieho užívateľa a teda sú produkované zbytočne, „do šuplíku“, alebo naopak, ktoré výstupy sú požadované, ale žiadna činnosť ich v zariadení nezabezpečuje. Aj tento krok má dopad do pracovných náplní a tiež do organizačnej štruktúry zariadenia, respektíve do kompetencií.

10. Procesný prístup núti zariadenia v ďalšom kroku určiť kritériá a metódy na zaistenie efektívneho vykonávania a riadenia týchto činností. Pracovníci, aktéri procesov sa musia zamyslieť nad svojimi postupmi, ich odbornosťou a metodikou, konceptom a tiež nad kritériami kvality, želaného stavu ktorý chcú dosiahnuť.

11. Keďže procesy a činnosti v nich obsiahnuté nie je možné zabezpečiť bez zdrojov, dochádza k novému prehodnoteniu všetkých zdrojov. Nastavenie procesov má priamy dopad na rozpočet zariadenia, ktorý je tak možné zostaviť oveľa exaktnejšie a faktografickejšie a nevychádza len z holej spotreby z minulého roka doplnenej o havarijné stavy a dobré nápady manažmentu. Tento postup prináša taktiež plánovanie zdrojov na základe vyhodnocovania priebehu procesov a zhody či nezahody výstupov s definovanými očakávaniami. Je pravdepodobné, že týmito prístupmi môže dôjsť k zbúraniu mienky, že sociálne služby sú čiernou dierou ekonomiky, do ktorej je možné napchať ľubovoľné množstvo financií a stále jej to nebude stačiť.

12. Procesný prístup vyžaduje ako základnú podmienku pre jeho riadenie aj dobrú znalosť determinujúcej dokumentácie. Všetky postupy musia spĺňať požiadavky determinujúcej dokumentácie, ktorá je pre postup platná. Kritické prehodnotenie determinujúcej dokumentácie interného charakteru môže tiež priniesť jej úpravu. Aj tento bod prispieva k zníženiu rizika prevádzkovania tzv.

nebezpečných služieb, hoci niektoré odborné postupy v sociálnej práci nie sú determinujúce, ale iba odporúčané. Pri rozsahu a spleitosti legislatívy nie je reálne očakávať od vyššieho manažmentu prevádzky sociálnych služieb, že budú môcť udržiavať úplný a aktuálny prehľad o všetkých právnych normách dotýkajúcich sa chodu zariadenia. Preto je nutné uvažovať nad tým, aký modus vivendi zvoliť pre zaistenie tejto požiadavky.

13. Meranie, monitorovanie a validácia v procesnom prístupe nemá za úlohu iba štatisticky sledovať a vyhodnocovať činnosti, kvalitu a kvantitu vstupov a výstupov, ale smeruje ku zamýšľaniu sa nad zlepšeniami. Návrhy zlepšenia sa akoby vracajú na začiatok uvažovania o procesoch a správne by nemali pomyselný kruh kvality uzavrieť, ale ho posunúť o úroveň vyššie a vytvoriť tak stúpajúcu špirálu kvality (Grasseová, 2008, s. 6-8).

Jednou z významných európskych iniciatív zameraných na zavádzanie manažmentu kvality v rezidenčnej sociálnej starostlivosti o staršie osoby bol projekt financovaný v rámci programu PROGRESS (2010) pod názvom *Quality Management by Result-oriented Indicators – Towards Benchmarking in Residential Care for Older People (Manažment kvality prostredníctvom indikátorov zameraných na výsledok – k benchmarkingu v rezidenčnej starostlivosti o starších ľudí)*. Vychádzali z potreby modernizovať sociálne služby všeobecného záujmu a uplatňovať Otvorenú metódu koordinácie v oblasti sociálneho zabezpečenia, špeciálne o potrebe zaviesť EU štandardy zabezpečenia kvality (quality assurance) v sociálnych službách. Zamerali sa na stanovenie vybraných indikátorov, ktoré boli formulované na prieniku „procesov“ tvorby služieb a „výstupov“ tvorby služieb.

Každý na výstup orientovaný indikátor musel spĺňať určité podmienky: schopnosť viesť k zmene (indikátor má napomôcť zostrojiť nástroj, ktorého použitím dôjde k pozitívnej zmene), spoľahlivosť /validita/dôkladnosť (indikátor musí byť založený na dostatočných dôkazoch a evidencii, aby sa vylúčila pochybnosť o jeho pozitívnom vplyve na kvalitu života starších obyvateľov/liek

zariadenia), uskutočniteľnosť (potreba zhromaždiť potrebné časové, finančné zdroje a venovať pozornosť aj etickým otázkam k zostrojeniu indikátora), všeobecná aplikovateľnosť (bolo by ideálne, keby sa indikátory používali vo všetkých zariadeniach pre staršie osoby v európskych krajinách, aj keď by zariadenia mali mať možnosť výberu s ohľadom na krajinu, región či zariadenie), kvantifikovateľnosť (je základom pre proces benchmarkingu a hodnotenia).

Doposiaľ sa hodnotenie v individualizovaných sociálnych službách orientovalo exkluzívne na profesionálnu etiku a kvalitu vzťahov v zariadeniach, nie na ekonomickú efektívnosť a výstupy kvality. Do pozornosti sa však dostáva najnovší kontext poskytovania sociálnych služieb.

V rokoch 2010-2012 podporila Európska komisia ďalší významný projekt zameraný na kvalitu v službách dlhodobej starostlivosti a to projekt *WeDO (European Partnership for the Wellbeing and Dignity of Older people)*. Projekt finalizoval v decembri 2012 vydaním konečného výstupu - odporúčajúceho dokumentu *Európsky rámec kvality pre služby dlhodobej starostlivosti (European Quality Framework for long-term care services)*.

Hodnotenie podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby

Národná legislatíva nepoužívala do januára 2014 pojem štandardy kvality, ale pojem *podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby*, ktoré sa hodnotili v troch oblastiach:

- a) procedurálne podmienky (zamerané najmä na hodnotenie postupov, spôsobov a pravidiel pri poskytovaní sociálnej služby, vypracovávaní, hodnotení a revízií individuálneho rozvojového plánu klientov, vytvárania podmienok pre ich aktivizáciu, pre ich vyjadrovanie sa k úrovni služby),
- b) personálne podmienky (napr. hodnotenie postupov a pravidiel na prijímanie zamestnancov, ich vzdelávanie, hodnotenie, či poskytovanie supervízie),
- c) prevádzkové podmienky (napr. vybavenie a bezbariérovosť prostredia poskytovateľa služby, rešpektovanie ľudskej

dôstojnosti, hospodárenie, poskytovanie, spracovávanie a dokumentovanie informácií).

Kompetencia hodnotenia podmienok kvality v sociálnych službách pripadá podľa platného zákona MPSVR SR. MPSVR SR je viazané povinnosťou vykonávať špecifickú kompetenciu hodnotenia podmienok kvality poskytovaných sociálnych služieb prostredníctvom poverených štátnych zamestnancov/kýň a prizvaných odborníkov pre jednotlivé oblasti hodnotenia. Začiatok výkonu tejto kompetencie je však posunutý až na rok 2016 s ohľadom na sťažené podmienky celkového zabezpečovania sociálnych služieb v období ekonomickej krízy a jej pretrvávajúcich účinkov. To však neznamená, že do roku 2016 sa problematike kvality zainteresované subjekty nemajú venovať. Je totiž potrebné prepájať model založený na hodnotení, ktorý bude realizovať ministerstvo, s modelom trvalého zlepšovania sociálnych služieb založenom na sebahodnotení ich poskytovateľov, napr. cez systém CAF.

Základným kľúčovým východiskom sociálnych služieb je aj miera zodpovednosti človeka voči človeku, jednotlivca voči spoločnosti, ale aj naopak, pretože aj spoločnosť nesie určitú mieru zodpovednosti za jednotlivca. V každej spoločnosti mierou tejto zodpovednosti vznikajú špecifické vzťahy a interakcie, v ktorých sa viac alebo menej vyskytujú rôzne špecifické poruchy, predurčujúce vznik sociálneho problému. Patri sem objektívne alebo subjektívne determinovaná neschopnosť jednotlivcov, skupín, komunít žiť tak, ako sa od nich očakáva, nedostatočná alebo narušená komunikácia v kombinácii subjektov akými sú jednotlivec, skupina, spoločnosť. Sociálne služby vo svojej teoretickej i praktickej rovine zahŕňa širokú škálu etických problémov a dilem, ktoré vznikajú v dôsledku stretu rôznych morálnych hodnôt, noriem a postojov. Vo vzťahu ku kompetenciám sociálnych pracovníkov si preto môžeme položiť otázku: Aké sú základné predpoklady morálneho konania v sociálnych službách? Pri odpovedi môžeme vychádzať z troch základných požiadaviek, ktoré podľa Thompsona (2004) umožňujú hodnotiť určité konanie z aspektu morálky. Sú nimi: -

ľudské správanie – konanie sa týka priamo alebo nepriamo jednej či viacerých osôb; - *racionálne myslenie* – rozhodovanie alebo konanie sa týka situácie, v ktorej možno racionálne uvažovať o dôsledkoch možného priebehu udalosti; - *sloboda* - existuje dostatočná miera slobody, ktorá umožňuje rôzne možnosti priebehu udalostí, a tým plnohodnotnú voľbu.

Ľudská dôstojnosť je predpokladom morálneho konania v sociálnych službách. Základným východiskom ľudskeho správania ako predpokladu morálneho konania je skutočnosť, že akékoľvek etické argumenty môžeme uplatniť len u človeka. V sociálnych službách možno o ľudskej správaní ako predpoklade morálneho jednania uvažovať v dvoch rovinách. V procese pomáhania sa vždy stretávajú dve alebo viacero osôb - pomáhajúci a prijímateľ, respektíve prijímatelia pomoci. V oboch rovinách pritom za základné východisko mravného jednania považujeme ľudskú dôstojnosť. Do procesu pomáhania sa premieta nielen postoj sociálneho pracovníka k sebe samému či svojej práci, ale aj celková životná filozofia a vzťah k iným ľuďom. Etický kódex je užitočným, ale zjednodušeným modelom etického jednania. Prístup ku klientom je ovplyvnený aj tým, akú životnú filozofiu sociálny pracovník zastáva.

Ako uvádza Sotoniaková (2004), rešpektovať dôstojnosť osoby a mať v úcte jej autonómiu znamená pre nové definovanie sociálnych služieb mať na zreteli a rešpektovať adresátov sociálnej práce v ich jedinečnosti, v ich schopnostiach, potrebách, ale tiež obmedzeniach. Rešpekt pred autonómiou adresáta zabraňuje prílišnej starostlivosti, ponecháva ľuďom to, čo sami môžu urobiť pre seba a pre druhých a ponecháva zodpovednosť na individuú. Úcta sa vťahuje tiež na osobu ako takú, nezávisle od jej pôvodu, vierovyznania, rodu alebo roli. Rešpektovanie dôstojnosti a úcta k človeku znamená aj to, že pomáhajúci pracovník rešpektuje klientovu svetonázorovú a hodnotovú orientáciu alebo náboženské presvedčenie. Jeho úlohou nie je klienta presvedčiť o svojom postoji, ale ho maximálne usvedčiť z postojov, ktoré ohrozujú jeho samého, či ostatných, respektíve spoločnosť a motivovať ho k premýšľaniu a hľadaniu východísk. (Šrajer, 2006)

Zoznam bibliografických odkazov

- BANDURA, A. 1994. Self-efficacy. In: RAMACHAUDRAN, V. S. *Encyclopedia of human behavior*. New York: Academic Press. s. 71 -81
- BARTOŠOVIČ, I. 2002. *Seniori v domove dôchodcov*. Bratislava : Charis, 2002. ISBN 80-88743-63-x
- BERGEMAN, C.S. 1997. *Aging*. London: Sage Publications, Inc. 144s.
- BERGEMAN, C.S, C.S. 1997. *Aging. Genetic and Environmental Influences*. Sage Publications, USA – Thousand Oaks, London, New Delhi.1997.
- BLASER, A. a spol. 1994. *Na problém orientovaná psychoterapia. Koncept integrovanej krátkodobej psychoterapie*. Vydavateľstvo F, Pro mente sana, s.r.o., Trenčín.
- BODNÁROVÁ, B. 2001. *Demografické zmeny ako rámeč formujúci potrebu zmienv starostlivosti o starších ľudí*. In: Transformácia sociálneho zabezpečenia. Príspevok na konferencii. Piešťany: 18. – 19.10.2001, s.70 – 76.
- 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
- BURKERTOVÁ, H. 2006. *Kvalita života dětí s onkologickým onemocněním. Trendy v ošetrovatelství IV*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta OU.
- BUŽGOVÁ, R. – IVANOVÁ, R. 2008. Etické aspekty výzkumu týraní, zneužívání a zanedbávání seniorů v institucionální péči. In: *Zdravotníctvo a sociálna práca*. ISSN 1336-9326, 2008, č. 3- 4, s. 8-11.
- DLUHÁ, M. a kol. 2003. *Medzisektorová spolupráca v komunitách na Slovensku*. Monitoring a prípadové štúdie. Bratislava : Planet, 2003. ISBN 80-968920-0-2.
- DOBRÍKOVÁ – PORUBČANOVÁ, P. a kol. 2005. *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti: Význam paliatívne starostlivosti*. Trnava : SSV, 2005. 280 s. ISBN 80-7162-581-7.
- DRAGANOVÁ, H. a kol. 2006. *Sociálna starostlivosť*. Martin: Osveta. 2006. 195s. ISBN 978-80-8063-240-3

- Európska komisia chce vypracovať nový indikátor úrovne životného štandardu. HDP považuje za prekonané. Dostupné na [2008-09-25]: <http://www.euractiv.sk/ekonomika-aeuro/clanok/hdp-a-kvalita-zivota-suvvislost>
- FOŘT, P. 2001. *Jak stárnout pomalu (nejen zdravou výživou)*. Praha: EB, 2001.
- FRIEDE, A, RYAN, A. M. 2005. The importance of the individual: How self-evaluations influence the work - family interface. In KOSSEK, E. E, S. J. LAMBERT. *Work and life integration: organizational, cultural and individual perspectives* (s. 193 - 209). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- GÁBOROVÁ, Ľ. -GÁBOROVÁ, Z. 2005. Človek v sociálnom kontexte. Prešov: LANA, 2005. ISBN 80-969053-8-4.
- GABURA, J. 2005. *Sociálne poradenstvo*. Bratislava : OZ Sociálna práca, 2005. 221 s. ISBN 80-89185-10-X.
- GOLEMAN, D. 1997. *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ*. New York: Bantam Books.
- GRASSEOVÁ, M. 2008. *Procesní řízení. Ve veřejném i soukromém sektoru*. Praha: Computer Press. 2008. 266 s. ISBN 8025119877.
- ISO 9001:2000. *Systémy manažérstva kvality*.
- JANEČKOVÁ, H.-VACKOVÁ, M. 2010. *Reminiscence – využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010.
- JERÁBEK, H. et al. 2005. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha : UK FSV CESES, 2005. ISSN 1801-1519
- Koncepcia sociálnych služieb NSK 130807. Dostupné na [2008-09-25]: http://www.unsk.sk/files/oblasti/soc_pomoc/koncepcia_soc_sluzieb_NS_K_130807.pdf
- KOVÁČ, D. 2007. *Psychologiu k metanoi*. Bratislava: Veda, Vydavateľstvo SAV, Bratislava.
- KRUPA, S. 2003. *Kvalitné sociálne služby 2*. Druhá publikácia RPSP – Bratislava: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, 2003. 127 s. ISBN 80-968586-5-3
- KRUPA, S. – KRŠČÁKOVÁ, E. 2002. Prečo transformácia sociálnych služieb? In: *Informácie ZPMP v SR*, 2002.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. 2. vyd., Praha: Grada Publishing, a. s., 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0

- LABÁTH, V. 2004. *Rezidenčná starostlivosť*. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca, 2004. ISBN 80-89185-03-7
- LEVICKÁ, J. 2006. *Na ceste za klientom. Metódy, formy a prístupy v sociálnej práci*. Trnava: ProSocio, 2006. ISBN 80-969454-0-8
- MACHALOVÁ, M. 2000. Životný obrat a sebaobjavovanie v senu. In: ČORNANIČOVÁ, R.(ed): *Obohacovanie života starších ľudí edukačnými aktivitami*. Národné osvetové centrum, Bratislava, 2000. s.75-78.
- MAJLINGOVÁ, L. a kolektív. 2002. *Verejné služby*. Banská Bystrica: UMB Ekonomická fakulta. 2002. 314 s. ISBN 80-8055-754-3
- MÁTL, O.- JABŮRKOVÁ, M. 2007. *Kvalita péče o seniory-řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. Praha, Galén, 2007.
- MATOUŠEK, O. 1995. *Ústavní péče*. Praha : Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-7160-190-X
- MATOUŠEK, O. 2007. *Sociální služby*. Praha : Portál, 2007. 183 s. ISBN 8073673109
- MATULAYOVÁ, T. 2002. Miesto a úlohy etiky v študijnom odbore sociálna práca. In: LEVICKÁ, J. (ed.) *Etika a sociálna práca*. Trnava : FZaSP TU, 2002. ISBN 80-88774-20-9, s. 37-39.
- MUHLPACHR, Pavel. 2005. *Schola gerontologica*. Brno: Masarykova Univerzita, 2005. ISBN 80-210-3838-1
- MYDLÍKOVÁ, E. 2004. *Štandardy kvality sociálneho pradenstva*. 2004.
http://www.assp.sk/files/standardy_kvality_socialneho_poradenstva.pdf
- NÁRODNÉ PRIORITY ROZVOJA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB.
<http://www.employment.gov.sk/narodne-priority-rozvoja-socialnych-sluzieb.pdf>
- NCEA. Nursing Home Abuse Risk Prevention Profile and Checklist. National Association od State Units on Aging. July 2005. 51s.
- PETERS, M. 2004. *Klinische Entwicklungspsychologie des Alters Grundlagen für psychosoziale Beratung und Psychotherapie*. Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht, 2004. 290 s. ISBN-ISSN-ISMN 3-525-46219-0.

- REPKOVÁ, K.-BRICHTOVÁ, L.: Sociálna ochrana starších osôb a osôb so zdravotným postihnutím. Bratislava : Epos, 2009. 463 s. ISBN 978-80-8057-797-1.
- Říčan, P. (2007). Psychologie osobnosti. Obor v pohybu. Praha: Grada.
- SAUP, W., 1984, Stress und Stressbewältigung bei der Heimübersiedlung älterer Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie*, 17.
- SCHULTZ-GAMBARD, J., 1983. Crowding: Dichte und Enge als Gegenstand sozialpsychologischer Forschung. In *HAISCH, J. (Ed): Angewandte Sozialpsychologie. Bern – Stuttgart – Wien.*
- SOTONIAKOVÁ, E. 2004. Profesní etika v sociální práci. In: *Psychologie, sociologie, filozofie*, 2004, č. 9, s. 95 – 118.
- SRNEC, J. 2002. *Situace staršího obyvatelstva v postkomunistické České republice z pohledu psychologa.* Demografie, 2002, roč.44, č.1.
- STN EN ISO 9001:2009. *Systémy manažerstva kvality. Požiadavky (ISO 9001: 2008).*
- STUART-HAMILTON, I., 1999. *Psychologie stárnutí.* Praha: Portál.
- STJERNSWÄRD, J. – CLARK, D. 2003. *Palliative medicine – a global perspective, Palliative Care Policy Development Conference, Budapest, october 2003*
<http://health.osf.lt/downloads/news/Stjensward-handout.pdf>
- Súhrnná záverečná správa o projekte „Transformácia existujúcich zariadení sociálnych služieb“. Dostupné na
[\http://www.employment.gov.sk/new/index.php?sID=74946a4b59c8145506245e9cd4fe581a
- Súhrnná záverečná správa o projekte „Transformácia existujúcich zariadení sociálnychslužieb“ (.pdf)Dostupné na:
<http://www.employment.gov.sk/new/index.php?SMC=1&id=50>
- SULLIVAN, M. F., SKOVHOLT, T. M., & JENNINGS, L.: *Master therapists' construction of the therapy relationship. Journal of Mental Health Counseling*, 27, 2005. s. 48–70.
- ŠIMOVÁ, E. 2000. Medzigeneračná komunikácia a vzdelávanie pre verejnú správu. In: LOVAŠ, L.FILLOVÁ, D.(eds.): *Verejná správa: Súčasnosť a perspektíva.* FVS UPJŠ Košice, 2000, s.315-320. ISBN 7097-419-2
- ŠIMOVÁ, E. 2000. Vplyv emocionálnej inteligencie na interindividuálnu variabilitu starnutia In: ČORNANIČOVÁ, N.(ed).

- Obohatovanie života starších ľudí edukačnými aktivitami II.*(Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou z príležitosti MRS1999). Národné osvetové centrum: Bratislava.
- ŠIMOVÁ, E. 2002. Rodina a starnutie. In: BAČOVÁ, V.(ed.): *Psychológia rodiny a psychológia starnutia.* (zborník z konferencie). FFPU, Prešov: 2002, ISBN 80-8068-224-0 CD ROM
- ŠRAJER, J. 2006. Lidská důstojnost a sociální práce. In: *Sociální práce/Sociálna práca*, 2006, č. 2, ISSN 1213-6204, s. 109 – 113.
- ŠVANCARA, J. 1993 *Psychologie stárnutí a stáří*. Praha: SPN, UJEP.
- TAVEL, P. 2006. *Validácia – terapeutický prístup k starým demenčným pacientom.* *Psychiatria, psychoterapia, psychosomatika* 13, 2006, č.3-4, s.182-191.
- TAVEL, P. 2009. *Psychologické problémy v starobe I.* Pusté Úľany: Schola philosophica, 2009.
- TOKÁROVÁ, A. a kol. 2002. *Sociálna práca*. Prešov : FFPU, 2002. 553 s. ISBN 80-8068-086-8.
- THOMPSON, M. 2004. *Přehled etiky*. Praha: Portál, 2004. 167 s. ISBN 80-7178-806-8
- TOMEŠ, I. 2001. *Sociální politika : teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. vyd. Praha: Socioklub, 2001.262s. ISBN 8086484009.
- WILLIS, S. L., SCHAIE, K. W., 1986. Practical intelligence in later adulthood. In Sternberg, R. J., Wagner, R. K. (Eds): *Practical Intelligence: Origins of competence in the everyday world*. New York: Cambridge University Press.
- Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov
- ŽÁKOVÁ, M, KOVALČÍKOVÁ, N, PAVLÍČEK, J. 2005. 3. *Ročník Medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti. Konanej dňa 16. Apríla 2005 v aule Pazmaneum FZaSP Trnavskej university. Univerzitné nám. 1, Trnava. 1. vyd.* Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity, 2005. 348 s. ISBN 80-88949-84-X

ANALÝZA MOTIVAČNÝCH FAKTOROV PRI VÝBERE ŠTUDIJNÝCH ODBOROV Z OBLASTI POMÁHAJÚCICH PROFESIÍ

Leczová Dita, Barkasi Daniela, Barkasi Rastislav, Hrindová Tatiana, Šamudovská Gabriela

Úvod

V posledných rokoch sa štúdium na vysokej škole stalo omnoho prístupnejšie a atraktívnejšie pre široký okruh ľudí, než tomu bolo v minulosti. Potvrďuje to aj údaj, ktorý uvádzajú Schavel a Matulayová (2012), podľa ktorých počet vysokoškolsky vzdelaných ľudí na Slovensku sa od roku 2004 do roku 2010 takmer zdvojnásobil, a to z 12, 4% na 24,0 %. Okrem absolventov stredných škôl sa na vysokoškolské štúdium často odhodlajú aj ľudia v zrelom veku, ktorí sa z rôznych dôvodov rozhodnú zvýšiť si kvalifikáciu. Vysokoškolské štúdium poskytuje možnosť saturovať rôzne psychosociálne potreby, od posúvania veku nástupu do zamestnania u mladých dospelých v zmysle psychosociálneho moratória, cez dosiahnutie sociálnej prestíže, až po snahu o sebarealizáciu prostredníctvom vykonávania vytúženého povolania. Voľba konkrétneho študijného odboru tak môže byť výsledkom súhry širokého spektra motivačných faktorov, odrážajúcich osobnostné, skupinové i spoločenské činitele pôsobiace na jednotlivca. O to zaujímavejšia je otázka, čo v súčasnom spoločenskom prostredí motivuje jednotlivcov k výberu štúdia z okruhu pomáhajúcich odborov, charakterizovaných vysokou mierou sociálneho kontaktu a zameranosťou na pomoc druhým.

Motiváciu môžeme charakterizovať ako vnútorný proces, vyjadrujúci túžbu a ochotu človeka vyvinúť určité úsilie k dosiahnutiu subjektívne významného cieľa alebo výsledku (Tureckiová, 2004). K činiteľom, ktoré tvoria profesijné zameranie osoby možno na základe súčasných poznatkov a teórií voľby povolania priradiť záujmy, hodnoty, motívy, schopnosti a osobnostné vlastnosti (Kapová, 2013). Zaradením do niektorej vzdelávacej inštitúcie sa utvára osobnosť človeka i jeho predstavy

o budúcom živote, rozvíja sa jeho osobnosť, menia sa hodnoty, schopnosti i osobnostné vlastnosti. Optimálny priebeh adaptácie na školské prostredie je významným faktorom pri formovaní pozitívneho postoja k vzdelávaniu a budúcemu povolaniu (Čačka, 2000).

Profesijná orientácia, teda výber budúceho štúdia či povolania, nie je jednorázový akt, ale je to proces dlhodobý, ktorý sa týka celej životnej cesty človeka z hľadiska jeho vzťahu k práci a k profesii. Výber alebo voľba profesie je z tohto pohľadu iba jednou z dôležitých vývinových úloh, na ktorú neskôr nadväzujú ďalšie, ku ktorým patrí príprava na povolanie, zvládnutie požiadaviek a meniacich sa nárokov na povolanie (Kariková, 2004). Zo sociologického hľadiska sa dá profesia nazvať ako povolanie, odbornosť, alebo odborná príprava na požadované povolanie. Osvojenie profesie vyžaduje zvládnutie teórie, ktorá s výkonom profesie súvisí. Štúdium musí byť realizované určitou spoločensky uznávanou formou a je spravidla legislatívne upravené. Z toho vyplýva, že pracovník jednej profesie nemôže byť nahradený pracovníkom z inej profesie, pokiaľ nedosiahol požadovanú kvalifikáciu. Táto snaha o profesionalizáciu je vo vyspelých krajinách považovaná za prirodzenú a legitímnu (Bártlová, 2005). Poznanie vlastných profesijných rolí je u pomáhajúcich profesií veľmi dôležité, pretože vyžadujú od pracovníkom rozvíjanie pocitu sebauvedomenia a sebahodnoty. Ako uvádzajú Huňadyová a Ferenčíková (2013), sebahodnota je nerozlučne spätá s pocitom spolupatričnosti, čo môže významne ovplyvniť profesijný rast pracovníkov v pomáhajúcich profesiách.

Baňasová (2004) poukazuje na skutočnosť, že hoci v 80-tych a 90-tych rokoch sa téme voľby povolania a profesijnému poradenstvu u nás venovalo mnoho autorov, za posledných desať rokov záujem o túto tému poklesol. Opodstatnenosť tejto problematiky je však pri súčasnom záujme verejnosti o vysokoškolské štúdium a možnosti uplatnenia sa po jeho absolvovaní opäť vysoko aktuálna. Súhlasíme s Baňasovou (2004), že byť úspešný pri voľbe povolania a štúdia znamená pre človeka zvoliť si vzdelanie či zamestnanie, v ktorom sa môže sebarealizovať a uskutočňovať svoje záujmy. V takejto práci sa

častejšie stretáva s úspechom a uznaním, čo v konečnom dôsledku vplýva na zvyšovanie kvality jeho života. K tomuto poznaniu však treba priviesť všetkých, ktorí sú na začiatku tejto cesty, aby si mohli a vedeli zodpovedne a primerane naplánovať svoj život.

Cieľ práce

Primárnym cieľom nášho výskumu bolo pochopiť a lepšie porozumieť motivačným faktorom, ktoré zohrali úlohu pri voľbe študijného odboru u vysokoškolákov dvoch študijných odborov – sociálna práca a ošetrovateľstvo. Zaujímali nás tiež rozdiely v štruktúre motivácie u študentov vzhľadom na formu štúdia (dennú a externú), na stupeň štúdia (bakalársky a magisterský), ako aj vzhľadom na pohlavie, bydlisko, vek a zamestnanie študentov. Okrem týchto cieľov sme sa zamerali aj na analýzu použitého meracieho nástroja.

Výskumný výber

Výskumný výber tvorilo 193 študentov Vysokej školy sv. Alžbety, detašovaného pracoviska v Michalovciach, študujúcich v odboroch sociálna práca a ošetrovateľstvo. Vo výskumnom výbere boli zastúpení študenti z dennej aj externej formy štúdia, rovnako tiež v bakalárskom aj magisterskom stupni štúdia. Išlo o študentov vo veku 19 až 56 rokov, s priemerným vekom 28,51 rokov. Pokiaľ ide o pohlavie respondentov, vzhľadom na odbory štúdia je prirodzene nižšie zastúpenie mužov ako žien. Napriek tomu počet mužov vo výskumnom výbere bol dostatočný pre realizáciu štatistických porovnaní respondentov vzhľadom na pohlavie. Keďže sme predpokladali, že vzdialenosť bydliska od miesta štúdia môže ovplyvniť motiváciu študentov pri voľbe štúdia na konkrétnej vysokej škole, zisťovali sme, či študenti žijú v mieste navštevovanej vysokej školy, do 20 km, resp. viac ako 20 km od školy. Zaujímalo nás tiež zamestnanie študentov, kde sme vytvorili tri kategórie – nezamestnaní študenti, študenti zamestnaní v odbore, ktorý študujú, resp. zamestnaní, ale v inom odbore, ako študujú. Rovnako sme predpokladali, že ide o ukazovateľ, ktorý môže ovplyvniť motiváciu študentov pri voľbe študijného odboru. Podrobnú demografickú štruktúru výskumného výberu uvádzame v tab. č. 1.

Tab. 1 Socio-demografické charakteristiky výskumného výberu

		Počet	%
Spolu		193	100
Odbor	Sociálna práca	143	74,1
	Ošetrovatel'stvo	50	25,9
Forma štúdia	Denná	101	52,3
	Externá	92	47,7
Stupeň štúdia	Bc.	124	64,3
	Mgr.	69	35,7
Pohlavie	Muži	46	23,8
	Ženy	147	76,2
Bydlisko	v mieste navštevovanej VŠ	52	26,9
	do 20 km od navštevovanej VŠ	48	24,9
	viac ako 20 km od navštevovanej VŠ	93	48,2
Zamestnanie	nezamestnaní	91	47,2
	zamestnaní v odbore, ktorý študujú	71	36,8
	zamestnaní v inom v odbore ako študujú	31	16,1
Vek	Priemer (SD)	28,51 (8,5)	Rozpätie
			19 – 56

Metodika

Výskum sme realizovali dotazníkom, pozostávajúcim z dvoch častí. Prvá časť dotazníka bola zameraná na získanie základných charakteristík respondentov, teda ich pohlavia, veku, odboru štúdia, formy a stupňa štúdia, zamestnania, resp.

vzdialenosti bydliska od školy, na ktorej študujú. Pri zostavení druhej časti dotazníka sme sa inšpirovali výskumom Gregorovej a Krystoňa (2005), ktorí zisťovali štruktúru motivačných faktorov u uchádzačov o štúdium sociálnej práce na Pedagogickej fakulte Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici. Autori zostavili posudzovaciu škálu s 19 položkami – motivačnými faktormi, u ktorých mali respondenti označiť mieru ich významnosti pri voľbe štúdia sociálnej práce. Pre účely nášho výskumu sme uvedenú posudzovaciu škálu modifikovali. Dve položky sme vynechali a niektoré položky sme preformulovali tak, aby vypovedali o motivácii k voľbe študijného odboru všeobecne, teda nielen k voľbe študijného odboru sociálna práca. Každá položka škály predstavovala jeden motivačný faktor. Respondenti vyjadrovali mieru významnosti jednotlivých faktorov pri voľbe odboru štúdia, to znamená, že odpovedali na otázku: „Do akej miery vás uvedené skutočnosti ovplyvnili pri výbere študijného odboru?“ Na hodnotenie dôležitosti jednotlivých položiek mohli respondenti voľiť odpovede výberom zo škály piatich hodnôt – (1) vôbec nie, (2) skôr nie, (3) nie som si istý, (4) skôr áno, (5) veľmi. Z konštrukcie škály je zrejmé, že vyššie skóre indikuje väčšiu významnosť motívu. Dotazníky sme administrovali skupinovo, pričom respondenti mali zaručenú anonymitu svojich odpovedí.

Výsledky a diskusia

Za účelom štatistického spracovania získaných údajov sme použili štatistický software SPSS. Pri štatistickom opise dát sme uplatnili základnú štatistickú deskripciu. Na overenie štatisticky významných rozdielov skúmaných premenných vo výskumnom výbere sme vzhľadom na nesymetrickosť distribúcie jednotlivých premenných v sledovaných výberoch použili neparametrické testy pre dva nezávislé výbery (Mann-Whitneyho U-test), resp. pre tri nezávislé výbery (Kruskall-Walisov test). Pre overenie tesnosti lineárnych vzťahov sme použili Pearsonovu, resp. Spearmanovu súčinnú koreláciu.

Na úvod priblížime výsledky analýzy súvisiace so samotným meracím nástrojom. Následne poskytneme prehľad

našich zistení, týkajúcich sa štruktúry motivácie u vysokoškolských študentov vzhľadom na sledované premenné.

Na základe analýzy tesnosti lineárnych vzťahov medzi jednotlivými položkami našej posudzovacej škály sme zistili, že je možné vytvoriť tri všeobecnejšie faktory, pozostávajúce z obsahovo príbuzných položiek. Tieto tri faktory sme nazvali podľa ich prevládajúcej motivačnej tendencie – „prosociálne“ motivačné faktory, motivačné faktory charakterizované ako „profesijné ambície“ a motivačné faktory súvisiace s „konformitou“. Prosociálne motivačné faktory vypovedajú o túžbe pracovať s ľuďmi a pomáhať im, o chápaní profesie ako poslania, ale tiež o presvedčení, že odbor štúdia je zmysluplný. Pre druhú kategóriu položiek je charakteristické zdôraznenie profesijných ambícií v zmysle príležitosti získať vysokoškolské vzdelanie, zlepšenie možností nájsť si profesijné uplatnenie, resp. udržanie aktuálnej pracovnej pozície, ako aj možnosť postupu alebo vyššieho príjmu po ukončení vysokoškolského vzdelania. Faktor konformita pozostáva z položiek, ktoré naznačujú, že pri rozhodovaní sa pre konkrétny študijný odbor sa jediniec opiera o dôvody nesúvisiace bezprostredne so samotnou profesiou či uplatnením sa. Naznačujú skôr tendenciu jedinca byť konformným v zmysle prispôsobenia sa spoločenskej požiadavke získať vysokoškolský titul, pričom pre splnenie tejto požiadavky volia „jednoduchšiu cestu“, resp. „cestu menšieho odporu“.

V tabuľke č. 2 uvádzame prehľad korelácií medzi položkami škály (motivačnými faktormi) a identifikovanými kategóriami motivačných faktorov. Hoci viaceré korelácie sú štatisticky signifikantné, dôležitým kritériom bola pre nás samozrejme aj hodnota korelačného koeficientu, pričom sme akceptovali hodnotu minimálne $r = 0,45$ (Pearsonov korelačný koeficient). Do kategórie prosociálnych motivačných faktorov sme zaradili šesť položiek, ktoré s týmto faktorom korelujú v rozmedzí od $r = 0,670$ do $r = 0,854$ ($p < 0,01$). Korelačné koeficienty na úrovni $r = 0,457$ až $r = 0,676$ ($p < 0,01$) sa preukázali medzi kategóriou profesijné ambície a šiestimi položkami dotazníka. Napokon, kategória konformita pozostáva

z piatich položiek, ktoré s touto kategóriou korelovali v rozmedzí od $r = 0,483$ do $r = 0,619$ ($p < 0,01$).

Tab. 2 Tesnosť lineárnych vzťahov medzi položkami škály (motivačnými faktormi) a kategóriami motivačných faktorov

Položky škály (motivačné faktory)	Kategórie motivačných faktorov		
	prosociálne motivačné faktory	profesijné ambície	konformita
1. Nedostal/a som sa na inú VŠ.	-,085	,010	,483**
Rád/rada pracujem s ľuďmi.	,694**	,062	-,235**
Vidím zmysel v odbore, ktorý študujem.	,670**	,092	-,179*
Zaujímajú ma osudy iných ľudí.	,769**	,035	-,182*
Príležitosť získať VŠ vzdelanie.	-,059	,457**	,128
Cítim, že pomáhať druhým je moje poslanie.	,811**	,202**	-,171*
Väčšia možnosť nájsť si prácu po ukončení štúdia.	,150*	,559**	-,085
Možnosť postupu v mojom súčasnom zamestnaní.	,255**	,655**	,010
Služba človeku v zmysle kresťanskej morálky.	,692**	,208**	-,012
Možnosť vyššieho príjmu po	,014	,676**	,216

ukončení VŠ.			**
Niečo budem znamenať.	,002	,625**	,194 **
Nižšie študijné nároky v odbore, ktorý študujem.	-,291**	,092	,619 **
V odbore, ktorý študujem, je relatívne jednoduché dostať sa na VŠ.	-,059	,060	,603 **
Vzdialenosť VŠ od bydliska.	-,073	,085	,573 **
Želali si to moji rodičia.	-,056	,182*	,585 **
Nevyhnutnosť doplniť si vzdelanie v odbore pre udržanie si pracovného miesta.	,232**	,551**	,075
Chcem pomáhať iným ľuďom.	,854**	,193**	- ,147 *

****sig. p < 0,01**

Vnútoraná konzistencia takto vytvorených kategórií motivačných faktorov sa preukázala ako dostatočná (tabuľka č. 3). Z hľadiska reliability sa však javí ako problematická škála ako celok. O zvýšenie tejto hodnoty sa možno v budúcnosti pokúsiť modifikáciou znenia niektorých položiek a najmä navýšením ich počtu.

Tab.3 Vnútoraná konzistencia subškál (kategórií motivačných faktorov) použitého dotazníka (N = 193)

Kategória motivačných faktorov	Cronbachovo α	Počet položiek
prosociálne motivačné faktory	0,786	6
profesijné ambície	0,734	6
konformita	0,715	5

Celkové skóre	0,629	17
---------------	-------	----

V rámci analýzy štruktúry motivácie vo výskumnom súbore sme sa najskôr zamerali na zistenie toho, ktoré motivačné faktory sú najvýznamnejšie, a ktoré najmenej významné pri voľbe študijných odborov sociálna práca a ošetrovateľstvo. Následne nás zaujímalo, pre ktoré skupiny študentov sú charakteristické jednotlivé kategórie motivačných faktorov. Zistovali sme rozdiel v týchto kategóriách vzhľadom na rôzne kritériá – odbor štúdia, forma a stupeň štúdia, ďalej podľa pohlavia, bydlička, zamestnania a tiež veku.

Odpoveď na prvú otázku nám poskytuje tabuľka č. 4, v ktorej uvádzame tri motivačné faktory s najvyšším a tri motivačné faktory s najnižším dosiahnutým priemerom v celom výskumnom výbere. Je zrejmé, že študentov sociálnej práce a ošetrovateľstva pri voľbe študijného odboru najviac motivovalo to, že radi pracujú s ľuďmi, vidia zmysel v odbore, ktorý študujú a taktiež bola pre nich motivujúca príležitosť získať vysokoškolské vzdelanie. Prvé dva motivačné faktory pritom patria do kategórie prosociálnych, tretí motív je z kategórie profesijné ambície. Zároveň vidíme, že študentov pri voľbe študijného odboru najmenej ovplyvnil fakt, že by sa nedostali na inú vysokú školu, že by si to želali ich rodičia, resp. nevyhnutnosť doplniť si vzdelanie v odbore pre udržanie si pracovného miesta. Zdá sa teda, že medzi najmenej významné motivačné faktory u študentov v našom výskumnom výbere patria tie z kategórie konformita.

Tab. 4 Najvýznamnejšie a najmenej významné motivačné faktory v celom výskumnom výbere (N=193)

	Položky	Kategórie motivačných faktorov	M (SD)
najvýznamnejšie	Rád/rada pracujem s ľuďmi.	prosociálne	4,30 (0,74)

motivačné faktory	Vidím zmysel v odbore, ktorý študujem.	prosociálne	4,27 (0,77)
	Príležitosť získať VŠ vzdelanie.	profesijné ambície	4,19 (0,94)
najmenej významné motivačné faktory	Nedostal/a som sa na inú VŠ.	konformita	1,97 (1,24)
	Želali si to moji rodičia.	konformita	2,02 (1,30)
	Nevyhnutnosť doplniť si vzdelanie v odbore pre udržanie si pracovného miesta.	profesijné ambície	2,21 (1,36)

Tieto výsledky sú v súlade so všeobecným predpokladom, že pre pomáhajúcich pracovníkov je charakteristické prosociálne správanie, teda správanie, ktoré je vykonávané v prospech inej osoby, bez nároku na akúkoľvek odmenu. Toto zistenie zároveň korešponduje s výsledkami Gregorovej a Krystoňa (2005), ktorí na vzorke 200 uchádzačov o štúdium sociálnej práce sledovali ich motiváciu k výberu tohto študijného odboru. U respondentov rovnako zaznamenali ako najvýznamnejšie motívy vyjadrujúce túžbu pracovať s ľuďmi a pomáhať im, pričom v tejto práci vidia nielen zmysel, ale považujú ju aj za svoje poslanie. Naopak, za najmenej významný uvádzali uchádzači o štúdium fakt, že by sa nedostali na inú vysokú školu, že by išlo o podmienku zamestnávateľa, potrebu doplniť si vzdelanie pre udržanie si zamestnania, resp. že by sa pre štúdium rozhodli kvôli želaniu rodičov. Výsledky štúdie z roku 2005 teda korešpondujú s našimi zisteniami. Schavel (2012) v akademickom roku 2010/2011 uskutočnil výskum u 1837 absolventov prvého a druhého stupňa vysokoškolského štúdia v odbore sociálna práca, pričom okrem iného sledoval tiež motiváciu pre štúdium v tomto odbore. Ako najvýznamnejšiu uvádzali respondenti túžbu „rozšíriť si vedomosti zo sociálnej oblasti“ (54,3 %), „záujem pomáhať ľuďom riešiť ich problémy“

(46,6 %) a presvedčenie, že „vysokoškolské vzdelanie je už v dnešnej dobe pre uplatnenie nevyhnutné“ (44,6 %). Za najmenej významnú označili absolventi „podmienku zamestnávateľa začať študovať“ (2,1 %). Uvedené výsledky sú teda rovnako v súlade s našimi zisteniami.

Niektoré domáce výskumy však naše výsledky nepotvrdzujú. Žiaková a Balogová (2012), ktoré skúmali vonkajšiu a vnútornú motiváciu k štúdiu sociálnej práce u 99 študentov troch slovenských vysokých škôl, konštatujú ambivalentné výsledky. Na jednej strane naznačujú, že študenti študujú kvôli sebe, aby niečo v živote dosiahli, na druhej strane sa zdá, že študenti si vyberajú štúdium sociálnej práce ako školu druhej voľby, keďže sa nedostali na inú vysokú školu. Kešelová (2011), autorka správy empirického prieskumu celoživotného vzdelávania a celoživotného poradenstva, ktorý sa realizoval v rámci projektu Národné fórum ako nástroj zlepšenia stratégie celoživotného vzdelávania (NAFORFIL) uvádza, že podľa inštitúcií ďalšieho vzdelávania sú najvýznamnejšími motívmi dospelých ku vzdelávaniu sa kariérny rast, získanie pracovného miesta a udržanie si pracovného miesta. Ďalšími významnými motívmi sú podľa nej platový rast a povinnosť, resp. požiadavka zamestnávateľa. Uvedené výsledky nekorešponujú s našimi zisteniami, avšak je potrebné podotknúť, že v uvedenom prieskume išlo o výpovede zástupcov inštitúcií ďalšieho vzdelávania, nie samotných študentov. Pri analýze rozdielov v štruktúre motivácie **medzi študentmi sociálnej práce a ošetrovateľstva** (tabuľka č. 5) sme zistili, že pokiaľ ide o konkrétne motivačné faktory, študenti sociálnej práce sa významne častejšie rozhodovali pri výbere svojho študijného odboru z dôvodu príležitosti získať vysokoškolské vzdelanie ($U = 2941,5$; $p < 0,05$) a kvôli vzdialenosti zvolenej vysokej školy od miesta ich bydliska ($U = 2482,0$; $p < 0,01$). Naopak, pre študentov ošetrovateľstva bolo štatisticky významne dôležitejšie presvedčenie, že pomáhať druhým je ich poslanie ($U = 2455,0$; $p < 0,01$). Z hľadiska kategórií motivačných faktorov sa rozdiel preukázal v kategórii konformita, pričom tieto motivačné činitele

zohrali významnejšiu úlohu u študentov sociálnej práce ($U = 2846,0$; $p < 0,05$).

Tab 5 Rozdiely v motivačných faktoroch a kategóriách motivačných faktorov medzi študentmi podľa odboru štúdia

		SP (N = 143)	OŠE (N = 50)		
		M (SD)	M (SD)	U	sig.
Motivačné faktory	Príležitosť získať VŠ vzdelanie.	4,3 (0,9)	3,9 (1,1)	2941, 5	,042*
	Cítim, že pomáhať druhým je moje poslanie.	3,7 (1,0)	4,2 (0,7)	2455, 0	,001* *
	Vzdialenosť VŠ od bydliska.	3,3 (1,5)	2,4 (1,4)	2482, 0	,001* *
Kategórie motivačných faktorov	prosociálne motivačné faktory	23,7 (4,2)	24,6 (4,4)	3071, 5	,137
	profesijné ambície	19,0 (4,3)	19,8 (3,9)	3101, 0	,162
	konformita	12,6 (3,8)	11,6 (2,9)	2846, 0	,031*

*sig. $p < 0,05$; **sig. $p < 0,01$

V tabuľke č. 6 uvádzame rozdiely v motivačných faktoroch medzi študentmi v dennej a externej forme štúdia. Denní a externí študenti sa štatisticky významne líšia až v desiatich sledovaných faktoroch a tiež vo všetkých kategóriách motivačných faktorov. Naše zistenia pritom ukazujú, že denní študenti boli signifikantne častejšie pri voľbe študijného odboru motivovaní príležitosťou získať vysokoškolské vzdelanie ($U = 3141,0$; $p < 0,001$), presvedčením o možnosti vyššieho príjmu po ukončení vysokoškolského štúdia ($U = 3690,5$; $p < 0,05$) a tiež presvedčením, že budú niečo znamenať ($U = 3097,0$; $p < 0,001$). Okrem toho sú denní študenti významne častejšie pri voľbe študijného odboru ovplyvnení presvedčením, že v odbore, ktorý

študujú, sú nižšie študijné nároky ($U = 2982,0$; $p < 0,001$), a že práve v danom odbore je relatívne jednoduché dostať sa na vysokú školu ($U = 3778,5$; $p < 0,05$). Vyššie uvedené motivačné faktory patria do kategórií profesijnej ambície a konformita. Študenti v externej forme štúdia naopak štatisticky významne častejšie volili motivačné faktory, ktoré sú z kategórie prosociálnych. Konkrétne išlo o motivačné faktory „rád/rada pracujem s ľuďmi“ ($U = 3634,0$; $p < 0,01$), „vidím zmysel v odbore, ktorý študujem“ ($U = 3873,5$; $p < 0,05$), „zaujímajú ma osudy iných ľudí“ ($U = 3541,0$; $p < 0,01$), „cítim, že pomáhať druhým je moje poslanie“ ($U = 3568,5$; $p < 0,01$) a „chcem pomáhať iným ľuďom“ ($U = 3436,0$; $p < 0,01$).

Tieto zistenia korešpondujú s analýzou kategórií motivačných faktorov, z ktorej je zrejmé, že pri voľbe študijného odboru sú externí študenti signifikantne častejšie motivovaní prosociálne ($U = 3208,0$; $p < 0,001$), kým u denných študentov sa štatisticky významne častejšie uplatňujú faktory zamerané na profesijnú ambíciu ($U = 3881,0$; $p < 0,05$) a konformitu ($U = 3609,5$; $p < 0,01$).

Tab 6 Rozdiely v motivačných faktoroch a kategóriách motivačných faktorov medzi študentmi podľa formy štúdia

		Denná (N = 101)	Externá (N = 92)		
		M (SD)	M (SD)	U	sig.
Motivačné faktory	Rád/rada pracujem s ľuďmi.	4,1 (0,8)	4,5 (0,7)	3634 ,0	,004 **
	Vidím zmysel v odbore, ktorý študujem.	4,1 (0,9)	4,4 (0,6)	3873 ,5	,028 *
	Zaujímajú ma osudy iných ľudí.	3,8 (1,1)	4,3 (0,7)	3541 ,0	,002 **
	Príležitosť získať VŠ vzdelanie.	4,5 (0,7)	3,9 (1,0)	3141 ,0	,000 ***

	Cítim, že pomáhať druhým je moje poslanie.	3,6 (1,1)	4,0 (0,9)	3568 ,5	,003 **
	Možnosť vyššieho príjmu po ukončení VŠ.	3,7 (1,0)	3,2 (1,3)	3690 ,5	,010 *
	Niečo budem znamenať.	3,5 (1,0)	2,7 (1,3)	3097 ,0	,000 ***
	Nižšie študijné nároky v odbore, ktorý študujem.	2,7 (1,2)	2,0 (1,0)	2982 ,0	,000 ***
	V odbore, ktorý študujem, je relatívne jednoduché dostať sa na VŠ.	3,2 (1,1)	2,8 (1,2)	3778 ,5	,019 *
	Chcem pomáhať iným ľuďom.	3,9 (1,0)	4,3 (0,8)	3436 ,0	,001 **
Kategorie motivačných	prosociálne motivačné faktory	22,8 (4,6)	25,2 (3,5)	3208 ,0	,000 ***
	profesijné ambície	19,9 (4,0)	18,4 (4,3)	3881 ,0	,048 *
	konformita	13,0 (3,6)	11,6 (3,6)	3609 ,5	,007 **

***sig. p < 0,05; **sig. p < 0,01; ***sig. p < 0,001**

Gregorová a Krystoň (2005) vo svojom výskume predpokladali, že u uchádzačov o externú formu štúdia bude najsilnejším motivačným faktorom tlak zo strany zamestnávateľa spojený so snahou o profesijnú stabilizáciu a zvýšenie si kvalifikácie, teda tie motivačné faktory, ktoré sme zaradili do kategórie profesijné ambície. Táto hypotéza sa autorom nepotvrdila, čo je v súlade s našimi výsledkami, keďže vo faktore „nevyhnutnosť doplniť si vzdelanie v odbore pre udržanie si zamestnania“ sa denní a externí študenti signifikantne nelíšili. Bubeníková (2005), ktorá sa venovala komparácii motivácie študentov denného a externého štúdia ošetrovateľstva, nezistila

medzi týmito skupinami študentov rozdiely. Vo svojom výskume sa však zamerala na oblasť štruktúry záujmov, hodnotovú orientáciu a postoje študentov, preto výsledky nemožno adekvátne komparovať. My sa domnievame, že rozdiely v motivácii u študentov v dennej a externej forme štúdia súvisia s vekovým rozdielom týchto skupín. Túto problematiku bližšie analyzujeme v ďalšom texte.

Podobné tendencie sme zistili pri porovnaní motivačnej štruktúry **medzi študentmi podľa stupňa štúdia** (tabuľka č. 7). Študenti v bakalárskom stupni štúdia signifikantne častejšie uvádzajú, že pri voľbe študijného odboru boli pre nich rozhodujúce motivačné faktory z kategórie profesijných ambícií ($U = 3535,5$; $p < 0,05$) a konformity ($U = 3552,5$; $p < 0,05$). Naopak pre študentov v druhom stupni vysokoškolského štúdia boli pre voľbu konkrétneho odboru štatisticky významnejšie prosociálne motivačné faktory ($U = 3519,0$; $p < 0,05$). To potvrdzujú aj porovnania konkrétnych motivačných faktorov, kde študenti v magisterskom stupni štúdia významne častejšie uvádzali, že je pre nich dôležitá práca s ľuďmi ($U = 3516,0$; $p < 0,05$) a vidia zmysel v odbore, ktorý študujú ($U = 3424,5$; $p < 0,05$). Študenti v prvom stupni vysokoškolského štúdia naopak pri rozhodovaní sa pre konkrétny študijný odbor signifikantne častejšie považovali za dôležitú samotnú príležitosť získať vysokoškolské vzdelanie ($U = 3380,5$; $p < 0,01$), možnosť vyššieho príjmu po ukončení štúdia ($U = 3340,5$; $p < 0,01$), ako aj presvedčenie, že budú niečo znamenať ($U = 3025,5$; $p < 0,001$), resp. že odbor, pre ktorý sa rozhodli kladie na nich nižšie študijné nároky ($U = 3234,0$; $p < 0,01$). U tejto skupiny študentov je tiež významnejšia úloha rodičov a naplnenie ich priania ($U = 3446,0$; $p < 0,05$).

Tab 7 Rozdiely v motivačných faktoroch a kategóriách motivačných faktorov medzi študentmi podľa stupňa štúdia

Bc. (N = 124)	Mgr. (N = 69)
---------------------	---------------------

		M (SD)	M (SD)	U	sig.
Motivačné faktory	Rád/rada pracujem s ľuďmi.	4,2 (0,8)	4,5 (0,6)	3516, 0	,024*
	Vidím zmysel v odbore, ktorý študujem.	4,2 (0,8)	4,4 (0,7)	3424, 5	,012*
	Príležitosť získať VŠ vzdelanie.	4,3 (0,8)	3,9 (1,1)	3380, 5	,009* *
	Možnosť vyššieho príjmu po ukončení VŠ.	3,6 (1,1)	3,1 (1,3)	3340, 5	,009* *
	Niečo budem znamenať.	3,3 (1,1)	2,6 (1,3)	3025, 5	,000* **
	Nižšie študijné nároky v odbore, ktorý študujem.	2,5 (1,2)	2,0 (1,1)	3234, 0	,004* *
	Želali si to moji rodičia.	2,2 (1,4)	1,7 (1,1)	3446, 0	,015*
Kategorie motivačných	prosociálne motivačné faktory	23,5 (4,4)	24,8 (4,0)	3519, 0	,041*
	profesijné ambície	19,7 (4,2)	18,3 (4,1)	3535, 5	,045*
	konformita	12,7 (3,8)	11,7 (3,3)	3552, 5	,050*

*sig. $p < 0,05$; **sig. $p < 0,01$; ***sig. $p < 0,001$

Následne sme sa zamerali na analýzu motivačnej štruktúry u študentov podľa vybraných socio-demografických ukazovateľov – pohlavia (tabuľka č. 8), bydliska (tabuľka č. 9), zamestnania (tabuľka č. 10) a veku (tabuľka č. 11). Ženy v našom výskumnom výbere sa signifikantne častejšie rozhodovali pre študijný odbor z prosociálnych dôvodov ($U = 2566,0$; $p < 0,05$), konkrétne ich motivovala práca s ľuďmi ($U = 2606,0$; $p < 0,05$) a presvedčenie, že pomáhať druhým je ich poslanie ($U = 2411,0$; $p < 0,01$). Okrem toho štatisticky významne častejšie ako u mužov

zohrával u nich pri výbere študijného odboru fakt, že sa nedostali na inú vysokú školu ($U = 2664,5$; $p < 0,05$). Mužov naopak významne častejšie viedla k voľbe konkrétneho študijného odboru príležitosť získať vysokoškolské vzdelanie ($U = 2567,0$; $p < 0,01$), možnosť vyššieho príjmu po ukončení štúdia ($U = 2658,5$; $p < 0,05$) a tiež vzdialenosť vysokej školy od ich bydliska ($U = 2556,5$; $p < 0,05$). V kategóriách profesijné ambície a konformita sa muži a ženy signifikantne nelíšili.

Tab 8 Rozdiely v motivačných faktoroch a kategóriách motivačných faktorov medzi študentmi podľa pohlavia

		Muži (N = 46)	Ženy (N = 147)		
		M (SD)	M (SD)	U	sig.
Motivačné faktory	Nedostal/a som sa na inú VŠ.	1,6 (1,1)	2,1 (1,3)	2664, 5	,018*
	Rád/rada pracujem s ľuďmi.	4,0 (0,8)	4,4 (0,7)	2606, 0	,010*
	Príležitosť získať VŠ vzdelanie.	4,5 (0,7)	4,1 (1,0)	2567, 0	,007* *
	Cítim, že pomáhať druhým je moje poslanie.	3,3 (1,3)	4,0 (0,9)	2411, 0	,002* *
	Možnosť vyššieho príjmu po ukončení VŠ.	3,7 (1,2)	3,4 (1,2)	2658, 5	,023*
	Vzdialenosť VŠ od bydliska.	3,5 (1,4)	2,9 (1,5)	2556, 5	,010*
Kategórie motivačných	prosociálne motivačné faktory	22,3 (5,1)	24,5 (3,9)	2566, 0	,013*
	profesijné ambície	19,7 (4,4)	19,0 (4,2)	3197, 5	,578
	konformita	13,1	12,1	2841,	,101

		(3,9)	(3,5)	0	
--	--	-------	-------	---	--

***sig. p < 0,05; **sig. p < 0,01**

Prevalencia žien v pomáhajúcich profesiách je považovaná za stabilný fakt, ktorý je v praxi nepopierateľný. Ten sa prejavil aj v našom výskume prostredníctvom značne nižšieho počtu mužov v našom výskumnom výbere. Paulík (2004) sa vo svojej výskumnej štúdií zameril na niektoré zvláštnosti motivácie mužov a žien pri voľbe profesie sociálnej práce. V rámci pološtandardizovaného rozhovoru sa respondentov pýtal na dôvody výberu ich profesie. Relatívne najväčší rozdiel zistil v motivácii spočívajúcej v pomáhani druhým ľuďom, ktorú ženy uvádzali takmer dvakrát častejšie než muži (23 % ku 12 %), čo zodpovedá nášmu zisteniu, že ženy sa signifikantne častejšie než muži rozhodovali pre študijný odbor z prosociálnych dôvodov. Hoci v kategórii profesijné ambície sa muži a ženy v našom výskumnom výbere signifikantne nelíšili, u mužov predsa len častejšie zohrávala úlohu možnosť vyššieho príjmu po ukončení vysokej školy a príležitosť získať vysokoškolské vzdelanie, ktoré je predpokladom lepších pracovných príležitostí. Vzhľadom na sociálnu rolu muža ako živiteľa rodiny je preferencia týchto motivačných činiteľov pochopiteľná a vysvetľuje aspoň čiastočne poháňky mužov získať vzdelanie v oblasti, ktorá je charakteristická početnou prevahou žien.

V rámci dotazníka sme zisťovali, či respondenti bývajú v mieste navštevovanej vysokej školy, do 20 km od školy, resp. viac ako 20 km od navštevovanej vysokej školy. Prvé dve kategórie sme sa rozhodli zlúčiť, čím sme vytvorili len dve kategórie respondentov podľa bydliska. Domnievali sme sa, že **vzdialenosť školy od bydliska** môže byť významným aspektom pri rozhodovaní sa pre voľbu konkrétnej školy, resp. odboru štúdia. Naše výsledky tento predpoklad potvrdzujú, pričom platí, že študenti, ktorí sú ochotní dochádzať do školy z väčšej diaľky, aby študovali zvolený odbor, sú signifikantne častejšie motivovaní prosociálne ($U = 3841,0$; $p < 0,05$). Aj konkrétne motivačné faktory, ktoré uprednostňujú, sú zväčša práve z tejto

kategórie – „cítim, že pomáhať druhým je moje poslanie“ (U = 3751,0; p < 0,05), „služba človeku v zmysle kresťanskej morálky“ (U = 3755,5; p < 0,05) a „chcem pomáhať iným ľuďom“ (U = 3893,5; p < 0,05). Okrem toho tiež významne častejšie zohráva u nich úlohu predpoklad, že budú mať väčšiu možnosť nájsť si prácu po ukončení štúdia (U = 3824,5; p < 0,05). Študenti, ktorí bývajú v mieste navštevovanej vysokej školy, resp. maximálne do vzdialenosti 20 km, sa naproti tomu štatisticky signifikantne rozhodujú práve z dôvodu vzdialenosti školy od ich bydliska (U = 3538,5; p < 0,01), a zároveň si významne častejšie zvolili študijný odbor na základe dôvodov, ktoré označujeme ako konformita (U = 3578,0; p < 0,01).

Tab 9 Rozdiely v motivačných faktoroch a kategóriách motivačných faktorov medzi študentmi podľa bydliska

		do 20 km od VŠ (N = 100)	nad 20 km od VŠ (N = 93)		
		M (SD)	M (SD)	U	sig.
Motivačné faktory	Cítim, že pomáhať druhým je moje poslanie.	3,6 (1,1)	4,0 (0,9)	3751, 0	,015*
	Väčšia možnosť nájsť si prácu po ukončení štúdia.	3,5 (0,9)	3,8 (1,1)	3824, 5	,025*
	Služba človeku v zmysle kresťanskej morálky.	3,3 (1,3)	3,7 (1,1)	3755, 5	,016*
	Vzdialenosť VŠ od bydliska.	3,3 (1,4)	2,7 (1,5)	3538, 5	,003* *
	Chcem pomáhať iným ľuďom.	4,0 (1,0)	4,2 (0,9)	3893, 5	,037*

Kategorie motivačných	prosociálne motivačné faktory	23,27 (4,5)	24,69 (3,9)	3841, 0	,036*
	profesijné ambície	18,95 (3,8)	19,43 (4,7)	4212, 5	,258
	konformita	13,07 (3,5)	11,58 (3,6)	3578, 0	,005* *

*sig. $p < 0,05$; **sig. $p < 0,01$; ***sig. $p < 0,001$

Ukazuje sa, že pre niektorých mladých ľudí na Slovensku je pri výbere fakulty, na ktorej chcú študovať, dôležitejšia jej blízkosť k bydlisku než to, ako im pomôže získať zamestnanie. Okrem našich výsledkov to vyplýva aj z prieskumu, ktorý pre personálno-poradenskú spoločnosť McROY Slovakia realizovala výskumná agentúra AKO. Prieskum sa konal na vzorke 600 respondentov medzi študentmi 12 fakúlt technického i humanitného zamerania, ktoré v rebríčku Akademickej rankingovej a ratingovej agentúry skončili buď na popredných, alebo na spodných priečkach (Prepojiť štúdium s praxou je problém pre študentov, 2013).

Respondentov sme podľa ich **zamestnania** rozdelili do troch kategórií – nezamestnaných, zamestnaných v odbore, ktorý študujú a zamestnaných v inom odbore, než ktorý študujú. Analýza motivačnej štruktúry preukázala medzi týmito skupinami študentov viaceré rozdiely. Nezamestnaní študenti sa pre študijný odbor rozhodli v porovnaní s ostatnými študentmi významne častejšie z dôvodu príležitosti získať vysokoškolské vzdelanie, možnosti vyššieho príjmu po ukončení štúdia, z dôvodu, že budú niečo znamenať, a tiež pre predpoklad nižších nárokov v odbore, pre ktorý sa rozhodli. Študenti zamestnaní v odbore, ktorý študujú, sa popri zamestnaní rozhodli doplniť si vzdelanie častejšie z dôvodu presvedčenia, že pomáhať druhým je ich poslanie a z dôvodu služby človeku v zmysle kresťanskej morálky. Okrem toho ich motivovala možnosť postupu v ich súčasnom zamestnaní, príp. nevyhnutnosť doplniť si vzdelanie v odbore pre udržanie si pracovného miesta. Za zaujímavé považujeme zistenie, že študenti, ktorí pracujú v inom odbore,

než ako študujú, sa častejšie ako ostatné skupiny študentov rozhodovali pri voľbe študijného odboru preto, lebo radi pracujú s ľuďmi. Podrobná analýza medziskupinových rozdielov ukázala, že prosociálne motivačné faktory sú štatisticky signifikantne častejšími pohnútkami u študentov zamestnaných v odbore, ktorý študujú, v porovnaní s nezamestnanými študentmi ($U = 2294,0$; $p < 0,01$). Pokiaľ ide o profesijné ambície, tu sú signifikantné rozdiely medzi prvou a treťou skupinou ($U = 915,0$; $p < 0,01$) a druhou a treťou skupinou ($U = 573,0$; $p < 0,001$), čo znamená, že profesijné ambície sú najmenej dôležitým motivačným faktorom u študentov zamestnaných v inom odbore, než ktorý študujú. Motivácia podmienená konformitou je významne vyššia u nezamestnaných študentov v porovnaní so študentmi zamestnanými v odbore, ktorý študujú ($U = 2491,5$; $p < 0,05$).

Tab 10 Rozdiely v motivačných faktoroch a kategóriách motivačných faktorov medzi študentmi podľa zamestnania

		nezamestnaní (N = 91)	zamestnaní v odbore, ktorý študujú (N = 71)	zamestnaní v inom odbore, ako študujú (N = 31)		
		M (SD)	M (SD)	M (SD)	χ^2	sig.
Motivačné faktory	Rád/rada pracujem s ľuďmi.	4,1 (0,8)	4,4 (0,7)	4,5 (0,5)	9,4 8	,00 9**
	Príležitosť získať VŠ vzdelanie.	4,5 (0,7)	4,1 (1,0)	3,7 (1,1)	20, 60	,00 0** *
	Cítim, že pomáhať	3,5 (1,1)	4,2 (0,7)	3,7 (1,0)	18, 79	,00 0**

	druhým je moje poslanie.					*
	Možnosť postupu v mojom súčasnom zamestnaní.	2,3 (1,4)	3,1 (1,3)	2,6 (1,4)	12, 20	,00 2**
	Služba človeku v zmysle kresťanskej morálky.	3,3 (1,2)	3,7 (1,2)	3,5 (1,4)	7,3 2	,02 6*
	Možnosť vyššieho príjmu po ukončení VŠ.	3,6 (1,1)	3,5 (1,2)	2,7 (1,3)	11, 32	,00 3**
	Niečo budem znamenať.	3,4 (1,1)	3,1 (1,1)	2,2 (1,4)	20, 00	,00 0** *
	Nižšie študijné nároky v odbore, ktorý študujem.	2,6 (1,2)	2,3 (1,0)	1,7 (1,1)	15, 04	,00 1**
	Nevyhnutnosť doplniť si vzdelanie v odbore pre udržanie si pracovného miesta.	1,9 (1,2)	2,8 (1,4)	1,7 (1,2)	20, 42	,00 0** *
Katégorie	prosociálne motivačné faktory	22,98	25,01	24,39	10, 78	,00 5**
	profesijné ambície	19,33	20,20	16,42	14, 99	,00 1**
	konformita	13,02	11,77	11,71	6,6	,03

					6	6*
--	--	--	--	--	---	----

***sig. p < 0,05; **sig. p < 0,01; ***sig. p < 0,001**

Ako uvádza Schavel (2010, s. 7), „zvýšený záujem už zamestnaných uchádzačov o štúdium sociálnej práce podnietila skutočnosť vyplývajúca z prijatia zákona č. 312/2001 Z. z. o štátnej službe, podľa ktorého, zamestnanec štátnej správy musel v rámci výkonu svojich odborných činností spĺňať minimálne podmienku ukončeného prvého stupňa vysokoškolského štúdia. V tomto prípade išlo najmä o zamestnancov okresných úradov, neskôr úradov práce, sociálnych vecí a rodiny s podmienkou začať študovať v zmysle vyššie uvedeného zákona do konca roka 2005. Záujem začať študovať odbor sociálna práca prejavili aj iné cieľové skupiny, ako napr. zamestnanci policajného zboru, trestnej justície, colných úradov, sociálnej poisťovne, samosprávy miest a obcí ako aj podnikatelia, bankovní úradníci, zamestnanci súkromných firiem najmä na úseku personálnych vecí a pod.“ Tlak na zvyšovanie kvalifikácie a sústavné vzdelávanie je zrejmý aj v oblasti ošetrovateľstva. Beňadiková a Rapčíková (In: Obročníková, Majerníková, 2012) dokonca uvádzajú, že potreba celoživotného vzdelávania je jedným zo základných znakov ošetrovateľského povolania. Vzdelaná sestra si podľa citovaných autoriek v dnešnej dobe musí rozširovať a udržiavať svoje profesionálne umenie, predpokladať svoju úlohu do budúcnosti a rozširovať bázu profesionálnych poznatkov. Pre svoju prácu sestry potrebujú značnú dávku motivácie, aby svoje povolanie vykonávali s potrebným entuziazmom a ľudskou ochotou pomáhať tým, ktorí sú na ich pomoc odkázaní. Naše výsledky dokazujú, že nevyhnutnosť doplniť si vzdelanie v odbore pre udržanie si pracovného miesta a perspektíva postupu v súčasnom zamestnaní sú stále najsilnejšími motivačnými činiteľmi práve u tých študentov, ktorí sú zamestnaní v oblasti, ktorú študujú. Nemožno však prehliadnúť, že okrem profesijných ambícií sú práve títo študenti najvýznamnejšie ovplyvnení aj túžbou pomáhať druhým v zmysle prosociálneho správania.

Prostredníctvom 33. a 66. percentilu sme náš výskumný výber rozdelili do troch početne adekvátnych skupín **z hľadiska veku**. Najmladšiu skupinu tvorili študenti vo veku 19 až 22 rokov, do druhej skupiny sme zaradili študentov vo veku 23 až 31 rokov a napokon tretia skupina bola vo veku 32 až 56 rokov. Využitím neparametrického testu pre 3 nezávislé výbery (Kruskall-Walisov test) sa potvrdili viaceré významné rozdiely medzi vyššie vymedzenými vekovými skupinami študentov (tabuľka č. 11).

Najmladší študenti boli pri voľbe študijného odboru štatisticky signifikantne častejšie v porovnaní so staršími kolegami motivovaní skutočnosťou, že sa nedostali na inú vysokú školu, samotnou príležitosťou získať vysokoškolské vzdelanie, presvedčením, že niečo budú znamenať, a tiež predpokladom nižších študijných nárokov v zvolenom odbore. Analýza medziskupinových rozdielov v rámci kategórií motivačných faktorov preukázala, že u najmladších študentov jednoznačne prevládajú faktory súvisiace s konformitou, a to tak v porovnaní s druhou ($U = 1467,5; p < 0,05$), ako aj treťou vekovou skupinou ($U = 1620,5; p < 0,01$). Prosociálne motivačné faktory a profesijné ambície sú naopak činitele, ktoré najvýznamnejšie ovplyvnili najstarších študentov nášho výskumného výberu. Dokazuje to aj porovnanie dôležitosti konkrétnych motivačných faktorov, kde u študentov starších ako 32 rokov významne častejšie v porovnaní s ostatnými študentmi zohrali úlohu činitele „rád/rada pracujem s ľuďmi“, „vidím zmysel v odbore, ktorý študujem“, „zaujímajú ma osudy iných ľudí“, „cítim, že pomáhať druhým je moje poslanie“ a „služba človeku v zmysle kresťanskej morálky“. Okrem toho bola pri voľbe študijného odboru pre nich dôležitejšia než pre ostatné vekové skupiny možnosť postupu v ich súčasnom zamestnaní a nevyhnutnosť doplniť si vzdelanie v odbore pre udržanie si pracovného miesta.

Tab 11 Rozdiely v motivačných faktoroch a kategóriách motivačných faktorov medzi študentmi podľa veku

19 –	23 –	32 –
------	------	------

		22 r. (N = 69)	31 r. (N = 55)	56 r. (N = 69)		
		M (SD)	M (SD)	M (SD)	χ^2	sig.
Motivačné faktory	Nedostal/a som sa na inú VŠ.	2,3 (1,4)	1,7 (1,1)	1,8 (1,1)	6,90	,032 *
	Rád/rada pracujem s ľuďmi.	4,1 (0,8)	4,3 (0,8)	4,5 (0,6)	8,64	,013 *
	Vidím zmysel v odbore, ktorý študujem.	4,1 (0,7)	4,3 (0,8)	4,4 (0,7)	8,83	,012 *
	Zaujímajú ma osudy iných ľudí.	3,8 (1,1)	4,1 (0,8)	4,2 (0,9)	8,22	,016 *
	Príležitosť získať VŠ vzdelanie.	4,5 (0,7)	4,0 (1,1)	4,1 (1,0)	10,5 0	,005 **
	Cítim, že pomáhať druhým je moje poslanie.	3,3 (1,1)	3,9 (1,0)	4,2 (0,8)	22,3 4	,000 ***
	Možnosť postupu v mojom súčasnom zamestnaní.	2,3 (1,4)	2,5 (1,5)	3,1 (1,2)	10,0 1	,007 **
	Služba človeku v zmysle kresťanskej morálky.	3,2 (1,1)	3,5 (1,3)	3,7 (1,2)	10,8 5	,004 **
	Niečo budem znamenať.	3,5 (1,1)	2,9 (1,2)	2,8 (1,3)	11,0 1	,004 **

	Nižšie študijné nároky v odbore, ktorý študujem.	2,7 (1,1)	2,1 (1,1)	2,2 (1,2)	11,1 6	,004 **
	Nevyhnutosť doplniť si vzdelanie v odbore pre udržanie si pracovného miesta.	2,0 (1,3)	2,0 (1,3)	2,5 (1,4)	6,06	,048 *
Katégorie	prosociálne motivačné faktory	22,45	24,13	25,32	17,6 6	,000 ***
	profesijné ambície	19,46	18,40	19,52	2,53	,282
	konformita	13,43	12,00	11,55	10,6 7	,005 **

*sig. $p < 0,05$; **sig. $p < 0,01$; ***sig. $p < 0,001$

Na základe vyššie uvedených štatistických analýz sme dospeli k presvedčeniu, že najvýznamnejším zo sledovaných faktorov, ovplyvňujúcich voľbu študijného odboru je práve vek respondentov. Tento predpoklad sme ďalej overovali. Zistili sme, že vek respondentov štatisticky významne pozitívne koreluje s prosociálnymi motivačnými faktormi a zároveň negatívne s faktorom konformita (tabuľka č. 12). To znamená, že čím sú študenti starší, tým častejšie u nich pri voľbe študijného odboru zohráva úlohu prosociálna motivácia, a naopak, tým menej sú ovplyvnení konformitou.

Tab 12 Tesnosť lineárnych vzťahov veku a kategórií motivačných faktorov (N = 193)

	prosociálne motivačné faktory	profesijné ambície	konformita
--	-------------------------------	--------------------	------------

Vek	0,273**	- 0,007	- 0,269**
------------	---------	---------	-----------

Spearmanov korelačný koeficient; **sig. $p < 0,01$

Podľa našich zistení, prosociálne motivačné faktory boli signifikantne významnejšie pre externých študentov, v magisterskom stupni štúdia, ženy, študentov žijúcich viac ako 20 km od školy a študentov zamestnaných v odbore, ktorý študujú. Z tabuľky č. 13 je zrejmé, že viac ako polovicu skupiny externých študentov (58,7 %) tvoria najstarší respondenti, teda vo veku 32 – 56 rokov. Len 7,6 % externých študentov je vo veku 19 – 22 rokov. Opačná tendencia je zrejmá u denných študentov, kde najpočetnejšiu skupinu (61,4 %) tvoria najmladší z nich, najmenej početnú (14,9 %) naopak najstarší študenti.

Tab 13 Kontingenčná tabuľka pre vekové kategórie a formu štúdia (N = 193)

vekové kategórie		forma štúdia		spolu
		denná	externá	
19-22 rokov	početnosť	62	7	69
	% v rámci formy štúdia	61,4 %	7,6 %	35,8 %
23-31 rokov	početnosť	24	31	55
	% v rámci formy štúdia	23,8 %	33,7 %	28,5 %
32-56 rokov	početnosť	15	54	69
	% v rámci formy štúdia	14,9 %	58,7 %	35,8 %
Koeficient kontingencie = 0,506 ($p < 0,01$)				

Podobne z hľadiska stupňa štúdia (tabuľka č. 14), až 62,3 % študentov v druhom stupni je starších ako 32 rokov, kým len 4,3 % je mladších ako 22 rokov. U študentov bakalárskeho stupňa

platí opačný pomer, teda najpočetnejšou je kategória najmladších študentov (53,2 %), najmenej početnou (21 %) je skupina najstarších študentov.

Tab 14 Kontingenčná tabuľka pre vekové kategórie a stupeň štúdia (N = 193)

vekové kategórie		stupeň štúdia		spolu
		Bc.	Mgr.	
19-22 rokov	početnosť	66	3	69
	% v rámci stupňa štúdia	53,2 %	4,3 %	35,8 %
23-31 rokov	početnosť	32	23	55
	% v rámci stupňa štúdia	25,8 %	33,3 %	28,5 %
32-56 rokov	početnosť	26	43	69
	% v rámci stupňa štúdia	21,0 %	62,3 %	35,8 %
Koeficient kontingencie = 0,460 (p < 0,001)				

Až 43,5 % žien v našom výskumnom výbere tvoria študentky staršie ako 32 rokov, kým vyše polovica (56,5 %) mužov je mladších ako 22 rokov (tabuľka č. 15).

Tab 15 Kontingenčná tabuľka pre vekové kategórie a pohlavie (N = 193)

vekové kategórie		pohlavie		spolu
		Muži	Ženy	
19-22 rokov	početnosť	26	43	69
	% v rámci pohlavia	56,5 %	29,3 %	35,8 %
23-31 rokov	početnosť	15	40	55
	% v rámci	32,6 %	27,2 %	28,5 %

	pohlavia			
32-56 rokov	početnosť	5	64	69
	% v rámci pohlavia	10,9 %	43,5 %	35,8 %
Koeficient kontingencie = 0,293 (p < 0,001)				

Napokon, pokiaľ ide o zamestnanie študentov, aj tu sa potvrdzuje, že študenti, ktorí najvýznamnejšie preferovali pri voľbe študijného odboru prosociálne motivačné faktory – teda študenti zamestnaní v odbore, ktorý študujú – sú väčšinou (59,2 %) starší než 32 rokov. Len 4,2 % týchto študentov je mladších ako 22 rokov (tabuľka č. 16).

Tab 16 Kontingenčná tabuľka pre vekové kategórie a zamestnanie (N = 193)

vekové kategórie		zamestnanie			spolu
		nezamestnaní	zamestnaní v odbore štúdia	zamestnaní v inom odbore	
19-22 rokov	početnosť	66	3	0	69
	% v rámci zamestnaní a	72,5 %	4,2 %	0 %	35,8 %
23-31 rokov	početnosť	19	26	10	55
	% v rámci zamestnaní a	20,9 %	36,6 %	32,3 %	28,5 %
32-56 rokov	početnosť	6	42	21	69
	% v rámci zamestnaní a	6,6 %	59,2 %	67,7 %	35,8 %
Koeficient kontingencie = 0,603 (p < 0,001)					

Z uvedeného je možné usudzovať, že prevládanie prosociálnych motivačných faktorov v skupine externých študentov, v magisterskom stupni štúdia, žien a študentov zamestnaných v odbore, ktorý študujú, je spôsobené tým, že práve v týchto kategóriách sú najpočetnejšie zastúpení najstarší študenti (vo veku 32 – 56 rokov). Pre porovnanie, motivačné faktory z kategórií profesijné ambície a konformita boli naopak pri voľbe študijného odboru štatisticky signifikantne dôležitejšie v prípade denných študentov, v bakalárskom stupni štúdia a nezamestnaných, teda u najmladších študentov z nášho výskumného výberu. Tieto údaje potvrdzujú náš záver, že práve vek zohráva v motivácii študentov kľúčovú úlohu a určuje, na základe akých pohnutí sa rozhodujú pre konkrétny študijný odbor. Preukázané rozdiely medzi študentmi vzhľadom na formu a stupeň štúdia, pohlavie a zamestnanie je tak pravdepodobne odrazom vekového rozdielu medzi týmito skupinami študentov.

Špecifiká súvisiace s motiváciou vzdelávania dospelých súvisia s nasledovnými motívmi k vzdelávaniu: zmysel pre povinnosť, snaha zdokonaľiť sa v určitom odbore, snaha získať, respektíve zvýšiť si kvalifikáciu, snaha postúpiť v zamestnaní (Hotár, Paška, Perhács, In: Gregorová a Krystoň, 2005), sociálny kontakt, participácia na politickom, hlavne komunálnom živote, vonkajšie očakávania – nasledovanie odporúčaní priateľov, zamestnávateľov, poradenských služieb a pod., kognitívne záujmy – uvedomenie si hodnoty vedomostí a ich získavania (Beneš, In: Gregorová a Krystoň, 2005).

V zásade teda platí, že typickým znakom motivácie dospelých k učeniu je potreba riešiť konkrétny problém, konkrétnu životnú situáciu, zatiaľ čo u mladých ľudí (v našom prípade u denných študentov, v bakalárskom stupni štúdia a nezamestnaných) možno vo väčšej miere predpokladať výskyt takých motívov, ako sú záujem o určité javy, vplyv známych, priateľov, rodičov, aktuálna atraktivnosť daného odboru, náhodné vplyvy (Gregorová a Krystoň, 2005).

Rozdiely v motivačnej štruktúre u mladších a starších študentov je možné interpretovať aj z hľadiska vývinovej

psychológie. Naši najmladší respondenti (19 – 22 rokov) sa pri voľbe štúdia nachádzali na rozhraní vývinového obdobia adolescencie a mladej dospelosti. Ide o obdobie, ktoré má v profesijnom vývine zásadný význam. Zreáľňuje sa pohľad na svet práce a v tomto období sa získava prvá uspokojivá úroveň profesijnej zdatnosti. Tá umožňuje kriticky zdôvodnenú racionálnu voľbu a jej spresňovanie (Kariková, 2004). Schopnosť primeraným spôsobom zvládnuť profesijnú rolu je jedným z psychosociálnych kritérií dospelosti a je rovnako znakom príslušnosti k nejakej sociálnej vrstve. Postoj k voľbe konkrétneho zamestnania je ovplyvnený hodnotami a normami danej spoločnosti i hodnotami, ktoré sú významné pre orientačnú rodinu mladého dospelého (Vágnerová, 2000). V tomto postoji je podľa Alana (In: Vágnerová, 2000) zahrnutá:

- predstava o obsahu a sociálnej hodnote tohto zamestnania,
- úroveň sebahodnotenia a predstava o možnosti v tejto profesii uspieť vzhľadom k vlastným schopnostiam a znalostiam, resp. vzhľadom k už dosiahnutým výsledkom,
- bilancia medzi mierou zisku a mierou náročnosti tohto zamestnania. Mnohí adolescenti sa rozhodnú pre vysokoškolské štúdium z dôvodu cieleného a vopred naplánovaného zvýšenia si kvalifikácie, a teda vytvorenia si čo najlepších podmienok pre dosiahnutie vytúženého povolania. V tomto prípade zohrávajú dôležitú úlohu práve vzory a hodnoty sprostredkované primárnou rodinou a najbližším sociálnym prostredím. Na druhej strane však v tomto vývinovom období nie je nezvyčajné, že štúdiu na vysokej škole je vyjadrením neochoty, resp. v súčasných socioekonomických podmienkach často tiež neschopnosti mladého človeka zapojiť sa do pracovného života. Ako prijateľným sa tak zdá byť riešenie akéhosi odkladu definitívneho zapojenia sa do pracovného života, pričom vysoká škola môže slúžiť na vyplnenie tohto obdobia. Túto neochotu plne prevziať povinnosti dospelých, nechť k definitívnym riešeniam, no zároveň využívanie niektorých výhod spojených s dospelosťou, označil Erikson (1999) výstižne ako psychosociálne moratórium.

Našu druhú vekovú kategóriu tvoria respondenti vo veku 23 – 31 rokov, ktorí sú z hľadiska vývinovej psychológie vo

vývinovom období mladej dospelosti, charakterizovanej Příhodom (In: Kariková, 2004) ako obdobie životnej sily a zdravia, najväčšej sviežosti, energie a myšlienkovej dynamiky. Vágnerová (2000) považuje za najvýznamnejšie medzniky tohto obdobia práve voľbu profesie a nástup do prvého zamestnania, ale tiež uzatváranie manželstva a prvé rodičovstvo. Väčšina mladých dospelých má už za sebou prvé skúsenosti so zamestnaním a usilujú sa o rozvoj kariéry. Bilancovanie v profesijnej oblasti v tomto období často súvisí s rozhodnutím napredovania a posunu v zvolenej profesii, v rámci ktorej je dosiahnutie vyššieho vzdelania nevyhnutnou podmienkou. Motívom pre štúdium na vysokej škole sa však v tomto období môže stať aj rozčarovanie spojené s výkonom aktuálnej pracovnej činnosti, a teda rozhodnutie úplne zmeniť svoje profesijné zameranie.

Nami vymedzená tretia veková kategória respondentov spadá do vývinového obdobia strednej a staršej dospelosti. Pre obdobie strednej dospelosti je charakteristická životná stabilizácia a je tiež obyčajne zavŕšená etapa profesionalizácie, človek vykonáva svoju profesiu s väčšou istotou, často rutinne (Příhoda, In: Kariková, 2004). V období 40. roku života sa začína čiastočne meniť postoj k profesijnej role. Táto by mala predovšetkým uspokojovať potrebu sebarealizácie a potvrdzovať kvality kompetencií človeka. Koncentrácia na úspech a moc sa postupne mení a preferuje sa viac pocit pohody a istoty. Podľa Kohoutka (2000, In: Kariková, 2004) dochádza u človeka v tomto veku života ku kulminácii v jeho pracovnej výkonnosti, kľúčovými sociálnymi vzťahmi sú rodina a zamestnanie a v profesii dochádza k tzv. kariérovému plató (zavŕšeniu vývinu v danej profesii). Niektorí ľudia, ktorí už dosiahli túto úroveň, hľadajú nové zamestnanie. Ide o jav tzv. druhej kariéry, kedy človek, ktorého doterajšie povolanie prestalo už plne uspokojovať, mení profesiu, aby sa pracovne aj osobnostne obohatil. Erikson (In: Kariková, 2004) tiež upozorňuje na to, že obdobie staršej dospelosti býva označované ako kríza "stredného veku", ktorá vzniká vtedy, keď si človek začína uvedomovať, že nedosiahol ciele, ktoré si v živote vytýčil. Tento moment môže sčasti objasniť rozhodnutie pre štúdium na vysokej škole v tejto vekovej

kategórii študentov. Domnievame sa, že práve vek je rozhodujúcim činiteľom, vysvetľujúcim odlišnosti v motivácii u rôznych skupín študentov. Analýza špecifik jednotlivých vývinových období môže pomerne spoľahlivo objasniť príčinu rozdielov v pohnútkach, ktoré študentov vedú k voľbe štúdia na vysokej škole, a tiež k výberu konkrétneho študijného odboru.

Na záver možno naše zistenia z hľadiska identifikovaných kategórií motivačných faktorov zhrnúť nasledovne. **Prosociálne motivačné faktory** zohrávajú významnú úlohu pri voľbe študijného odboru najmä u študentiek (žien) magisterského stupňa v externej forme štúdia, starších ako 22 rokov, ktoré sú zamestnané v odbore, ktorý študujú. Tieto výsledky poukazujú na fakt, že absolvovanie prvého stupňa vysokoškolského štúdia, skúsenosť s praxou v odbore a vek vyšší ako 22 rokov vplyva na vytváranie postojov a hodnôt v súvislosti s profilovaním profesijného sebauvedomenia. Ako uvádzajú Huňadyová a Ferenčíková (2013), vonkajším zdrojom pre vytváranie vzťahov je sociálna klíma prostredia, v ktorej sa jedinec nachádza. Prostredníctvom autoregulácie dokáže jedinec prijímať spätné informácie a prispôsobovať svoje správanie a reakcie tak, aby sa dosahovalo maximum sebazdokonaľovania. Prosociálne motivačné faktory v sebe obsahujú motivačné stimuly, ktoré riadia správanie, hodnotovú orientáciu a profesijné smerovanie jedincov. **Profesijné ambície** v zmysle príležitosti získať vysokoškolské vzdelanie, zlepšenie možností nájsť si profesijné uplatnenie, resp. udržanie aktuálnej pracovnej pozície, ako aj možnosť postupu alebo vyššieho príjmu po ukončení vysokoškolského vzdelania sú motivačné faktory, ktoré zohrávajú významnú úlohu pri voľbe študijného odboru najmä u študentov bakalárskeho stupňa v dennej forme štúdia, ktorí sú nezamestnaní, resp. sú zamestnaní v odbore, ktorý študujú. Individuálna miera potreby úspechu má dôležitý vplyv na výkon. Ako uvádza Kilíková (2013), práve táto potreba úspechu môže byť silným motivátorom. Sestry s touto potrebou sa usilujú konať určitým spôsobom a prežívajú uspokojenie potreby, ak dosiahnu vytýčený cieľ. Vysoko úspešné sestry uprednostňujú vytyčovanie vlastných cieľov výkonu, preferujú ciele s priamou a spoľahlivou

spätnou väzbou o výkone a nesú zodpovednosť za svoje riešenia problémov. **Konformita** v zmysle prispôsobenia sa spoločenskej požiadavke získať vysokoškolský titul, a to čo najjednoduchšou cestou, zohráva významnú úlohu pri voľbe študijného odboru najmä u študentov sociálnej práce bakalárskeho stupňa v dennej forme štúdia, mladších ako 22 rokov, ktorí sú nezamestnaní a bývajú v mieste navštevovanej vysokej školy, resp. do 20 km od navštevovanej vysokej školy. Sme presvedčení, že práve na túto skupinu študentov by mali byť počas ich štúdia čo najintenzívnejšie zamerané tie študijné aktivity, ktoré prehlbujú sebazpoznanie, podnecujú osobnostný rozvoj a rozvíjajú vnútornú motiváciu v smere prosociálneho správania.

Záver

V príspevku sme sa zmerali na preskúmanie motivačných faktorov, ktoré sa uplatnili pri voľbe študijného odboru u študentov sociálnej práce a ošetrovateľstva. Naše zistenia potvrdzujú, že v tomto smere zohráva úlohu široké spektrum motivačných faktorov, zároveň však preukazujú, že špecifické faktory sú rozhodujúce pre konkrétne skupiny študentov. Za najdôležitejší ukazovateľ, ktorý určuje kľúčové motivačné tendencie pri voľbe študijného zamerania, sa javí vek študentov. Pomáhajúce profesie kladú vysoké nároky nielen na odbornú teoretickú prípravu profesionálov, vyžadujú tiež špecifické osobnostné predpoklady a zručnosti týchto pracovníkov. Poznanie motivácie študentov pri voľbe študijného odboru z okruhu pomáhajúcich profesií tak môže byť užitočné pre uvedomenie si základného zámeru a nastavenia budúcich sociálnych pracovníkov a ošetrovateľov voči svojej profesii. Ako uvádzajú Gregorová a Krystoň (2005), poznanie motívov, ktoré vedú človeka k rozhodnutiu študovať určitý odbor je dôležitým faktorom pri projektovaní, konštituovaní i samotnej realizácii edukácie. Rovnako Žiaková a Balogová (2012) zdôrazňujú, a my s nimi súhlasíme, že nestačí zamerať sa len na prijímanie takých študentov, ktorí proklamujú svoju vnútornú motiváciu v záujme dostať sa na vysokú školu, ale postaviť študijné plány tak, aby v sebe zahrňovali podporu vnútornej motivácie, určitého

vnútorného „ohňa“, ktorý vedie a má viesť mladých ľudí k naplneniu tak náročných úloh, ako sú pomoc tým, ktorí sú v núdzi. My dodávame, že bez vnútorného zámeru študentov pomáhať, sa nám nepodari vychovať „skutočných pomáhajúcich profesionálov“.

Zoznam bibliografických odkazov

- BAŇASOVÁ, J. 2004. Profesionálne preferencie a kvalita života. In: Džuka, J. (ed.) *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešovská univerzita v Prešove, 2004. ISBN 80-8068-282-8. s. 17-21.
- BÁRTLOVÁ, S. 2005. *Sociológia medicíny a zdravotníctva*. 6.vyd. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
- BUBENÍKOVÁ, M. 2005. Komparácie motivácie študentov denného a externého štúdia ošetrovateľstva. In: Čáp, J., Žiaková, K., Nemčeková, M., Holmanová, E. (Eds.) *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve*. Martin : UK Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, Ústav ošetrovateľstva, SR, Lékařská fakulta Univerzity Palackého Olomouc, Ústav teorie a praxe ošetrovateľství, ČR, Občianske združenie pre rozvoj zdravotníckeho vzdelávania v Martine, 2005. ISBN 80-88866-32-4. s. 243-250.
- ČAČKA, O. 2000. *Psychológia duševného vývoje detí a dospelých s faktory optimalizácie*. Brno : Doplněk, 2000. ISBN 1081-171-2000.
- ERICKSON, E.H. 1999. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha : Lidové noviny, 1999. 128 s. ISBN 80-7206-291-X.
- GREGOROVÁ, A., KRYSTOŇ, M. 2005. Motivácia k štúdiu sociálnej práce na Pedagogickej fakulte Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici. In: TOKÁROVÁ, A., KREDÁTUS, J., FRK, V. (Eds.) „Kvalita života a rovnosť príležitostí – z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce“ : Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Prešov : Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2005. ISBN 80-8068-425-1.
- HUŇADYOVÁ, S., FERENČÍKOVÁ I. 2013. Rozvoj osobností, zručností, vedomostí, osobitostí, jedinečností. 1. vyd. Bratislava : BEKI desing s.r.o., 2013. 177 s. ISBN 978-80-8132-075-0.

- KAPOVÁ, J. 2013. Pojem profesijného zamerania a jeho činitele. In: KUBÁNi, V (Ed.) *Psychologická revue II* [elektronický zdroj]. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, 2007. ISBN 978-80-8068-674-1. s. 136-148.
- KARIKOVÁ, S. 2004. *Špecifiká profesijnej dráhy učiteliek*. Prešov : MPC, ISBN 80-8045-335-7.
- KEŠELOVÁ, D. 2011. Národné fórum ako nástroj zlepšenia Stratégie celoživotného vzdelávania. Výskumná správa z empirického prieskumu. Bratislava : Nezisková organizácia Start, 2011. 84 s.
- KILÍKOVÁ, M. Teória manažmentu v ošetrovatelstve. 1.vyd. Příbram : Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna, Příbram, VŠZ a SP sv. Alžbety v Bratislave, n. o. 2013. 380 s. ISBN 978-80-260-3845-0.
- OBROČNÍKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, E. 2012. Motivačné a demotivačné činitele pre vzdelávanie a prácu sestier. In: Deňarová, E., Jakubíková, M., Mikuláková, W., Argayová, I., Schlosserová, A., Kuriplachová, G., Kvašňáková, D. (Eds.) *Quo vadis zdravotníctvo*. Zborník príspevkov z vedecko – odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou. ISBN 978-80-555-0698-2. s. 422-433.
- PAULÍK, K. 2004. Ženy a muži v sociálnej práci. In: Heller, D., Procházková J., Sobotková I. (Eds.) *Psychologické dny 2004 : Svět žen a svět mužů : polarita a vzájemné obohacování : sborník příspěvků z konference Psychologické dny, Olomouc 2004*. Olomouc : Universita Palackého v Olomouci, 2005. Acta Universitatis Palackianae Olomucensis. Facultas Philosophica, Psychologica 35 - suppl. ISBN 80-244-1059-1.
- Prepojiť štúdium s praxou je problém pre študentov. 2013. Dostupné na: <http://karierainfo.zoznam.sk/cl/1000161/1352531/Prepojiti-studium-s-praxou-je-problem-pre-studentov>. [Cit. 10.11.2014].
- SCHAVEL, M. 2012. Reflexie absolventov Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave na oblasť vzdelávania v odbore sociálna práca. In Hetteš, M., Schavel, M., Škorecová, O. (Eds.) *Rozvoj sociálnej práce a sociálnej solidarity v podmienkach SR so zameraním na prínos VŠZaSP sv. Alžbety k tomuto procesu* (Zborník príspevkov pri príležitosti 10.výročia vzniku VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava). Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, s. 114, ISBN 978-80-8132-066-8.

- SCHAVEL, M. 2010. Vzdelávanie v sociálnej práci a perspektívy v ďalšom vzdelávaní sociálnych pracovníkov. In: MÁTEL, A., KOVALOVÁ, M., ŠTEPANOVSKÁ, M. (eds.) Sociálne služby v regióne. Zborník z vedeckej konferencie. Skalica : Občianske združenie ELISABETH. ISBN 978-80-970567-0-4. s. 7-11.
- SCHAVEL, M. – MATULAYOVÁ, T. 2012. Vysokoškolské vzdelávanie sociálnych pracovníkov v kontexte štátnej vzdelávacej politiky. In: *Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie „Výzvy a trendy vo vzdelávaní sociálnych pracovníkov“*. Prešov : FiF PU v Prešove. ISBN 978-80-555-0540-4.
- TURECKIOVÁ, M., 2004. *Řízení a rozvoj lidí ve firmách*. Praha: Grada Publishing, 2004. 172 s. ISBN 80-247-0405-6.
- VÁGNEROVÁ, M. 2000. *Vývojová psychologie: detství, dospelost, stáří*. 1.vyd., Praha : Portál, 2000. 582 s. ISBN 80-7178-308-0.
- ŽIAKOVÁ, E., BALOGOVÁ, B. 2012. Vnútorná a vonkajšia motivácia k štúdiu sociálnej práce. Filozofická fakulta. Prešovská univerzita v Prešove. s. 158–167. Dostupné na <https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/.../ziakova.pdf> f. [Cit. 20.10.2014].

NOVÉ TRENDY V SÚČASNOM OŠETROVATELSTVE

Murgová Anna, Tkáčová Ľubomíra

Úvod

Doba, v ktorej dnes žijeme, sa vyznačuje politickými a sociálnoekonomickými problémami. Občan Slovenskej republiky môže mať dojem, že politická show, ktorej je svedkom, narastajúce ekonomické problémy, pomalá legislatíva, narastajúca kriminalita, ľahostajnosť a nedostatok politickej angažovanosti verejnosti sú špecifickým slovenským fenoménom. Nie je to tak. Celý svet žije v prostredí turbulencie, na ktorú sú národy niekedy rýchlejšie, inokedy pomalšie zvykajú. Ako dlho potrvá súčasná hospodárska kríza? Jej dopady v zdravotníctve neobchádzajú nikoho. Kríza zasahuje všetkých: poisťovne, poskytovateľov i pacientov a tým hlavne zdravotnú starostlivosť o ľudí. Zdravotná starostlivosť je v zákone o ochrane zdravia ľudí na Slovensku definovaná takto:

1. Zdravotná starostlivosť je starostlivosť o ochranu, zachovanie a navrátenie zdravia ľudí. Poskytuje sa v zdraví aj v chorobe, v materstve a pri iných stavoch vyžadujúcich si zdravotnú pomoc.
2. Zdravotná starostlivosť zahŕňa všetku ambulatnú aj ústavnú starostlivosť, vrátane kúpeľnej starostlivosti, závodnej preventívnej starostlivosti, lekárenskej starostlivosti a lekárskej posudkovej činnosti vykonávanej ošetrojúcim lekárom.

Jadro

Úroveň zdravotnej starostlivosti v rozhodujúcej miere závisí aj od ekonomickej úrovne spoločnosti [1]. Čo znamená kríza v zdravotníctve? Pre poisťovne to znamená znižovanie sumy poisťného, pribúda totiž nezamestnaných a zároveň aj návštev u lekára, poisťovne nemôžu dať na zdravotnú starostlivosť viac peňazí. Nemocnice dostávajú od poisťovní málo peňazí, nemajú na splácanie faktúr, dlh sa opäť zvyšuje, pribúdajú exekúcie, následkom je zúženie zdravotnej starostlivosti iba na akútnu, zatvárajú sa oddelenia, nemocnice. Pre ambulancie zas zmluvy, ktoré im ponúkajú poisťovne, nepokryjú náklady na prevádzku. Keď ambulancia nepodpíše zmluvu s poisťovňou,

nedostane z poisťovne nijaké peniaze a tak príde o pacientov. V konečnom dôsledku pacient za zdravie viac platí a to za lieky a pomocné vyšetrenia, ak ich lekár nemá uzavretú zmluvu s poisťovňou, dlhšie čakajú na operáciu alebo ošetrenie, ďalej dochádzajú za zdravotnou starostlivosťou [2]. Po sestrách a lekároch svoju nespokojnosť so situáciou v zdravotníctve najnovšie vyjadrili prostredníctvom otvoreného listu aj pacienti. Jedným z hlavných problémov, s ktorými sa dnes pacient stretáva, je nárast doplatkov za lieky, ktoré neúmerne zaťažujú rodinné rozpočty pacientov a ohrozujú ich zdravie. Dnes pacienti platia u lekára viac ako pred zrušením poplatkov. Namiesto transparentných 20-korunáčok, ktoré sa v rámci sociálneho marketingu zrušili, platia desaťkrát až dvadsaťkrát toľko za "prednostné vyšetrenie", "telefonické objednanie", "založenie" či "vedenie karty" a podobne. K tomu pridajme doplatky na lieky, ktoré by neboli vysoké, keby lekári natoľko nepodliehali marketingu farmaceutických firiem. Chronicky chorý pacient počíta peniaze a ráta, koľkokrát si môže dovoliť navštíviť lekára. Naše zdravotníctvo sa po vojne prudko rozvíjalo v snahe byť čím bližšie pri občanoch, ktorí zdravotnícke služby potrebujú, a nebol to rozvoj, povedané rečou ekonomiky, iba extenzívny, ale aj intenzívny, teda kvalitatívny. Po prevrate „socialistického“ zriadenia na „kapitalistické“, ľudia očakávali ďalšie zlepšovanie zdravotníckych služieb, v žiadnom prípade však nie ich rušenie. Cieľom zdravotníctva nie je len dostupnosť, ale hlavne kvalita a vysoký štandard! Nebude zadarmo, to je jasné každému rozumnému a objektívnemu človeku. Načo nám je dostupnosť bez patričnej kvality? Taká dostupnosť stráca na význame. Rovná sa skoro plytvaniu verejnými a súkromnými prostriedkami. Ľudia majú právo na kvalitnú zdravotnú starostlivosť. Zdraví ľudia môžu robiť a vytvárať hodnoty. Dosiahnutie toho cieľa je dlhodobým ambicióznym zámerom [3]. A tak by sme mohli poukazovať na mnohé iné prípady nespokojnosti, ktoré sú dôsledkom nielen hospodárskej krízy. Efektívne čeliť dopadom hospodárskej krízy na slovenské zdravotníctvo sa dá len spoločnými silami.

Prečo sa svet dostal do tohto stavu, ktorý má podľa predpovedí niektorých prognostikov pretrvávajúť najmenej do roku 2020 a je podľa belgického nositeľa Nobelovej ceny Ilyi Prigogina pomenovaný „obdobie chaosu a turbulencie“? Dva dôležité fenomény – globalizácia a informačná explózia – sú dnes všeobecne pokladané za hlavné príčiny väčšiny súčasných problémov. Prečo sa svet za posledných desať rokov dostal do situácie, kedy sa nemôže spoľahnúť na tradičné „pravidlá hry“, na tradičné, do nedávnej doby spoľahlivé ochranné mechanizmy jednotlivých suverénnych národov? Prečo zlyhávajú predpovede prognostikov? Kde sa podela lineárnosť? Prečo sa stala prediktabilita záležitosťou minulosti? To sú otázky, na ktoré hľadajú odpoveď významní autori a vedeckí pracovníci. Väčšina z nich sa zhoduje na tom, že fenomén globalizácie je jedným z dvoch hlavných príčin súčasnej turbulencie [4]. Globalizácia predstavuje vytváranie mnoho početných väzieb medzi ekonomickými subjektmi v celosvetovom meradle, vedúcich k rastu zložitosti spoločensko- ekonomického systému, v ktorom regulačné role jednotlivých štátov hrajú okrajovú úlohu. I keď nevieme, či sa z globalizácie máme tešiť, alebo nie, nemožno ju ignorovať [11]. Globalizácia znamená pre väčšinu štátov určitú stratu kontroly autonómie a pocitu zvrchovanosti. Hodnotu našej meny raz ovplyvňujú burzy niekde v New Yorku alebo Singapore, cenu benzínu situácia v Iraku, televíznu tvorbu Hollywood a naša legislatíva a budúcnosť sú do značnej miery závislé na Bruseli. Informačná explózia je druhou hlavnou príčinou. Nemáme dostatok času si vybrať medzi tým, čo je v manažmente módnou novinkou a tým, čo je užitočná inovácia. Nestačíme na prúd zmien rýchle a správne reagovať, nevieme sa včas zbaviť zvyklostí, prekonaných názorov, predstáv, spôsobu práce a ďalších záťaží minulosti. To podporuje chaos na úrovni jedinca, oddelenia, zdravotníckeho zariadenia, regiónu aj štátu. Exponenciálny nárast informácií v nás často vyvoláva pocit vnútorného nepokoja, zmätenosti a beznádeje [5].

Aplikácia teórie chaosu a turbulencie v slovenskom zdravotníctve.

Keď je politika, ekonomika a spoločnosť ovplyvnená touto turbulenciou, predpokladáme, že zdravotníctvo nie je výnimkou a že ako budúcnosť zdravotníctva, tak budúcnosť jednej z jeho najprogressívnejších oblastí – ošetrovateľstvo – bude globalizáciou a informačnou explóziou tiež významne ovplyvnené. Odborné knihy, časopisy, zahraničné stáže, internet, zavádzanie viac či menej známych techník a nástrojov riadenej starostlivosti, prednášky, odborné semináre, štandardizácia ošetrovateľskej starostlivosti a rozvíjanie jej kvality spoločne s prirodzenou túžbou ošetrovateľského personálu po vzdelaní pomáhajú ošetrovateľstvu dohnať to, čo zameškalo rokmi totality, izolovanosti. Hovoríme o prívalovej vlne poznatkov a inovácií v ošetrovateľstve, o zmene pravidiel a spôsobe myslenia a o posune paradigmy [6].

Podľa Hudákovej [12] kvalita ošetrovateľskej praxe závisí od vzdelávania sestier, lebo iba vzdelaná sestra sa stáva erudovanou na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti s plnou zodpovednosťou. Vzdelávanie je nevyhnutné pri pretváraní rolí sestier v poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti a formovaní profesionálneho statusu. Hulková [13] dopĺňa, že vzdelanie je prvoradou a nevyhnutnou podmienkou maximálneho profesionálneho uplatnenia sestry. Mareková [14] uvádza, že celoživotné vzdelávanie je považované za nástroj, ktorý umožňuje sestрам získavať najnovšie poznatky, aktuálne informácie, zručnosti a reagovať na dynamické zmeny.

Ako teda na súčasné turbulentné prostredie reagovať? Najhoršou stratégiou by bolo vyčkávať. Sestry si nemôžu dovoliť čakať na nejakú normalizáciu, na návrat do „starých zlatých časov“ – musia sa naučiť žiť a pracovať v trvalom prostredí zmätku a neistôt a akceptovať toto prostredie ako novú výzvu. Problém ale je, že pre mnohé z nás je príchod „novej budúcnosti“ rýchlejší ako naša schopnosť a ochota vziať sa minulosti a adekvátne na prúd zmien reagovať. Význační manažéri dokonca pripomínajú, že k tomu, aby sme mohli prosperovať v súčasnom nestabilnom prostredí, musíme zabudnúť, ako sme riadili naše oddelenie v minulosti. Musíme opustiť starý spôsob myslenia,

staré manažérske nástroje a princípy. Čo potrebujeme pochopiť, je to, že vzhľadom na globalizáciu a informačnú explóziu sa naša doba radikálne zmenila a preto vyžaduje „radikálnu zmenu myslenia“.

Budúcnosť ošetrovateľstva sa bude naďalej odvíjať od ochoty pochopiť rapídne zmeny v globálnom ošetrovateľstve a bude závisieť na našej schopnosti pružne a citlivo na tieto zmeny reagovať [7].

Ďalšie faktory prehlbujúce chaos a turbulenciu v zdravotníctve a ošetrovateľstve. Okrem globalizácie a informačnej explózie existujú ďalšie dôležité faktory, ktoré majú priamy alebo nepriamy dopad na zdravotníctvo a tým aj na ošetrovateľstvo. Jedná sa predovšetkým o: -starnúcu populáciu; -rapídne rastúce požiadavky na kvalitu (ISO 9001: 2000, akreditácie); -pokles filantropie; -nedostatok sestier; -sociálnu morbiditu (AIDS, drogy, samovraždy); -zvyšujúce sa náklady, znižujúce sa príjmy; -explóziu nových technológií; -globálnu výmenu dát a informácií, internet; -meniace sa požiadavky verejnosti na lekársku a ošetrovateľskú starostlivosť; - novú konkurenciu – tradičnú a alternatívnu medicínu; -fragmentáciu rodiny a stratu tradičných hodnôt a väzieb; -nátlak EÚ na prekonanie rozdielov a bariér medzi jednotlivými členmi Únie; - decentralizáciu rozhodovania a služieb [8].

Praktické rady pre prácu sestry v prostredí chaosu a nepokoja:

1. *Buďte proaktívna*, nečakajte na zmeny, predvídajte ich, buďte niekoľko krokov pred nimi.
2. *Nečakajte na návrat k „normálu“*. Naučte sa žiť a pracovať v tomto chaotickom prostredí.
3. *Vybudujte si zdravú organizačnú kultúru na oddelení*. Bez nej neprežijete dramatické obdobie zmien. Bez nej nie je možné budovať ani kvalitu, ani zdravšiu ekonomiku na oddelení.
4. *Sledujte zmeny okolo Vás*. Majte prehľad o iných oddeleniach doma alebo v zahraničí, ktoré realizujú ošetrovateľskú starostlivosť chytrejšie a lepšie. Sledujte trendy, nové inovácie, nové procesy, nové metódy a zoznamujte s nimi celé oddelenie.

5. *Vnímajte prívalovú vlnu zmien, ktorá na Vaše oddelenie doráža ako príležitosť a nie ako ohrozenie.*
6. *Získavajte s pomocou „networkingu“ nové kontakty, vytvárajte svoju vlastnú podpornú sieť priateľov a kolegyň nielen v rámci zdravotníckeho zariadenia, ale v rámci celej republiky. Keď chcete posunúť ošetrovateľstvo dopredu, nemôžete si dobré myšlienky nechávať pre seba, musíte byť ochotné ich zdieľať s celou ošetrovateľskou verejnosťou.*
7. *Prediktabilita/linearita je záležitosťou minulosti – nespoliehajte sa, že to, čo v minulosti fungovalo, bude fungovať aj zajtra, že to, na čom ste si vybudovali svoju kariéru včera, Vám pomôže budovať Vašu kariéru aj dnes.*
8. *Tak, ako Vaše kolegyne na Západe, preberte zodpovednosť za rozvoj svojej kariéry. Váš profesný rast získaním diplomu nekončí, ale začína.*
9. *Zmeňte perspektívu a rozhľad z národného na globálne.*
10. *Snažte sa o získanie niekoľko násobnej kvalifikácie, ktorá zaistí stabilitu Vašej kariéry v budúcnosti [9].*

Keďže hovoríme o terajšom období ako o období chaosu a turbulencie, môže to u niektorých zdravotníkov vyvolať pocit beznádeje a pesimizmu. Aká je budúcnosť zdravotníctva? Dobrou správou je, že budúcnosť nie je záležitosťou náhody, je záležitosťou výberu. Tento výber predstavuje vytvorenie možných scenárov a voľbu takého, ktorý najviac zodpovedá poslaniu a cieľom oddelenia. Kto vlastní budúcnosť? Svojím jednaním, chovaním, postojom alebo rozhodovaním môžeme už dnes významne ovplyvniť svoju budúcnosť. Na neistú budúcnosť pasívne nečakajte, ale tú lepšiu, preferovanú aktívne plánujte a spoločne vytvárajte. O budúcnosti je nutné hovoriť, budúcnosťou je potrebné sa zaoberať. Už len preto, že v nej všetci strávime zvyšok svojho života. Budúcnosť môžeme cieľavedome plánovať na základe vízie. Od vízie budúcnosti sa musíme vrátiť do prítomnosti a zamyslieť sa nad tým, čo je potrebné urobiť dnes, aby sa zvýšila pravdepodobnosť toho, že vytvorená vízia budúcnosti sa naozaj uskutoční. Vytvorenie vízie budúcnosti vyžaduje proces, ktorý sa skladá z troch fáz:

1. *Vytvorenie zoznamu „možných budúcností“* – nie je založený na vedeckej báze, ide o rôzne scenáre, fikcie; všetky myšlienky sú správne (brainstorming).

2. *Zamyslenie sa nad pravdepodobnou budúcnosťou* – pravdepodobná budúcnosť založená na poznatkoch, trendoch a faktoch dneška.

3. *Výber preferovanej budúcnosti* – budúcnosti, v ktorej by sme radi žili, ktorá prinesie niečo dobrého, ktorá nás posunie správnym smerom a ktorú chceme spoločne realizovať.

Ako náhle si zvolíme víziu preferovanej budúcnosti, musíme ju preveriť na základe troch dôležitých kritérií:

1. *Je realistická?* Máme potrebnú technológiu k jej realizácii?

2. *Je realizovateľná?* Máme potrebné zdroje? Aké radikálne zmeny vyžaduje?

3. *Je etická?* Netvoríme ju pre svoju skupinu na úkor iných?

Budúcnosť patrí teda tým, ktorí si ju vytvorili. Svojimi myšlienkami, svojou kreativitou, víziou rozhodnutím a úsilím [10].

Budúcnosť sestier bude do značnej miery závisieť na ich:

- schopnosti získať zdravšiu sebadôveru a seba hodnotu;
- schopnosti nečakať na svoju budúcnosť, ale aktívne ju vytvárať;
- schopnosti vidieť ošetrovatelstvo ako kariéru, nie iba ako zamestnanie;
- schopnosti a túžbe získať a udržať si špičkové kompetencie;
- osobnej zodpovednosti (práca, vzdelanie, kariéra);
- schopnosti rozhodovať sa na základe dôkazov, nie emócií;
- schopnosti presadiť profesionálnu rovnocennosť a partnerské vzťahy v liečebnom tíme;
- budovaní siete známostí a strategických kontaktov (networking);
- jednotnom vystupovaní na verejnosti a vybudovaní profesionálneho image;
- schopnosti zvládnuť súčasné stresy a frustráciu [9].

Záver

Sestry a ošetrovatelstvo sa nachádzajú na dôležitej historickej križovatke. Na jednej strane chaos a turbulencia, na druhej strane, nesmierna príležitosť a možnosti. Nové storočie bude patriť vedomostnej sestre. Vedomostná sestra je sestra špičkovej úrovne, sestra, ktorá vie myslieť kriticky a vlastni

„intelektuálny kapitál“, sestra, ktorá sa nebojí inovovať a aktívne plánovať svoju budúcnosť. Iba vedomostná sestra sa stane „produktom“ nového, turbulentného prostredia, ktoré niekomu naháňa strach a iného vyzýva k úspechu. Súčasná turbulentná doba, požadované zmeny a nezávidenia hodné ekonomické podmienky, vytvárajú prostredie, ktoré pre budovanie kvality nie je optimálne. Napriek tomu sa zdravotnícke zariadenia na cestu kvality musia vydať, aby práca sestier bola zmysluplná, aby sa splnili očakávania pacientov a tak sa vytvárali hodnoty.

Zoznam bibliografických odkazov

- [1] HANZLÍKOVÁ, A. a kol.2006. *Komunitné ošetrovatel'stvo* 2.vyd. Martin: Osveta, 280 s. ISBN 80-8063- 213-8.
- [2] SZALAY, T. 2009. Kríza v zdravotníctve? Hádam by ste neverili HPI...In. *Elektronický časopis Pravda* [online] [cit. 2012-10-10.]Dostupné na internete: <http://szalay.blog.sme.sk/c/187400/Kriza-v-zdravotnictve-Hadam-by-ste-neverili-HPI.html>.
- [3] ŠARAFIN, M. 2012. Pacienti sú nespokojní, trápia ich vysoké poplatky za lieky. In. *Elektronický časopis Pravda*. [online] [cit.2012-10-06.] Dostupné na internete: http://spravy.pravda.sk/pacienti-nedoveruju-lekarom-dg3-/sk_domace.asp?c=A110423_211130_sk_domace_p58#ixzz28KnUrkU3.
- [4] LIŠKOVÁ, M.- NADASKÁ, I. a kol .2006. *Základy multikultúrneho ošetrovatel'stva. 1. vyd.* Martin: Osveta, 2006. 68 s. ISBN 9788080632168.
- [5] KILÍKOVÁ, M. 2006. *Základy manažmentu v ošetrovatel'stve* 1. Bratislava: SAPIENTA,2006. 65 s. ISBN 80-89271-01-4.
- [6] FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatel'stvo teória*. Martin: Osveta,2005. 215 s. ISBN 8061824.
- [7] KOZIEROVÁ, B. – ERBOVÁ, G. – OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo I a II*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2004. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
- [8] BOULTON, E.S.: Richard. 2000. *Cracking the Value Code*. Arthur Anderson.

- [9] ŠKRLA, P.- ŠKRLOVÁ, M. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management* 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 485 s. ISBN 80-7172-841-1.
- [10] KOTLER, P. John: 2002. *The Heart of Change*. Harvard Business School Press.
- [11] ONDOVÁ, A.- PÁSTOROVÁ, S.- ANTONÍKOVÁ, A. 2009. Neuspokojuje ani sestru, ani pacienta. In *Sestra*. ISSN 1335-9400, 2009, č.5-6, s. 10.
- [12] HUDÁKOVÁ, Z. 2005. Vzdelávanie sestry a jej ďalší profesionálny rozvoj. In *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve*. Martin : Jesseniova lekárska fakulta UK, 2005. ISBN 80-88866-32-4, s. 322- 327.
- [13] HULKOVÁ, V. 2006. Zhodnotenie implementácie Mníchovskej deklarácie. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2006, roč. V, č. 1, s. 14-15.
- [14] MAREKOVÁ, B. 2011. Sestry a celoživotné vzdelávanie. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2011, roč. X, č. 1-2, s. 14-15.

HISTORICKÉ MEDZNÍKY VZDELÁVANIA SESTIER NA SLOVENSKU A V ČECHÁCH

Raková Jana

Úvod

Ošetrovateľstvo ako dynamická vedná disciplína podlieha, podobne ako aj iné vedné odbory, zmenám, ktoré sú výsledkom jednak premien v medicíne a v systéme zdravotnej starostlivosti ako aj výsledkom prudkého rozvoja spoločnosti. Ošetrovateľstvo bolo, je a bude pomáhajúcou profesiou uvádzajú Gerlichová et al. (2010) a ako činnosť zameraná na pomoc chorým, existovalo od najstarších čias (Laca, 2013). „Ošetrovateľstvo ako umenie a veda si vyžaduje pochopenie a praktickú aplikáciu špecifických vedomostí zručností, ktoré sa v rámci možností opierajú o výsledky vedeckého výskumu a praxe“ (Závodná, 2005, s. 32). Porozumieť novodobému ošetrovateľstvu a hľadať futurologické smerovanie odboru si vyžaduje pochopiť aj jeho minulosť. Mnohé medzníky modifikovali a neustále spolupodmieňujú vývoj ošetrovateľstva a profesie sestry. Podľa Otrubovej, Jankechovej (2010) na rozvoj ošetrovateľstva ako aj ošetrovateľského vzdelávania, či už vo svete alebo u nás doma, majú nepochybne vplyv tradície, náboženstvá, vojenské útrapy ako aj celkový zdravotný stav obyvateľstva. Rovnako významné boli i legislatívne zmeny, ktoré ovplyvnili výkon povolania sestry v SR (Hulková, 2012) a určujú vývoj a smer ošetrovateľstva v 21. storočí. Podľa Kilíkovej (2014) je pre sestry v klinickej praxi dôležité, aby sa v právnych normách vedeli orientovať a aktuálne ich aplikovali pre potreby ochrany vlastnej praxe a autonómie.

Napriek kvalitatívnym a kvantitatívnym dejinným zmenám, jedno neprestáva byť podstatné a aktuálne: v centre záujmu nás všetkých by malo byť poskytovanie pomoci a uspokojovanie potrieb človeka chorého aj zdravého, ak je v núdzi (Hanzlíková, 2003). Za zrodom profesionálneho ošetrovateľstva stojí osobnosť svetových dejín Florence Nigtingaleová, ktorá svojím životom a činnosťou v prospech pacientov i zdravotníckych profesionálov prispela vo významnej

miere k rozvoju ošetrovateľstva a profesie. Spomenieme napr. založenie prvej školy pre sestry v Anglicku pri nemocnici sv. Tomáša v Londýne v roku 1860, v ktorej prebiehalo vzdelávanie ošetrovateliek pod lekárskeho dohľadom a na základe vtedajších vedeckých poznatkov (Fedáková, Fillová, 2005). Nightingaleová je prvou autorkou, ktorá vytvorila a publikovala teóriu ošetrovateľstva. Systém vzdelávania, ktorý navrhla a prvýkrát aj zrealizovala, sa stal základom pre vytvorenie zdravotníckych škôl vo svete a dodnes tvorí kostru zdravotníckeho vzdelávania. (Pavlíková, 2006). Z hľadiska novodobého ošetrovateľstva po roku 1989 poznáme tiež „veľké“ a cenné osobnosti, ktoré stáli pri tvorbe významných zmien vo vzdelávaní tak na Slovensku ako aj na území Čiech. V SR si dovoľíme medzi iniciátorky vysokoškolského štúdia prednostne zaradiť doc. PhDr. Alžbetu Hanzlíkovú, PhD., ktorá inšpirovaná európskymi a americkými skúsenosťami presadzovala novú filozofiu vysokoškolského vzdelávania sestier (Vatehová, 2013) a za neúnavnú iniciatívu jej patrí veľké poďakovanie zo strany nás všetkých. V ČR k výnimočným predstaviteľom v ošetrovateľstve patrí doc. PhDr. Marta Staňková, PhD., ktorá sa napr. v roku 1991 aktívne podieľala na zmene profesijnej prípravy stredných zdravotníckych pracovníkov. 1. 9. 1991 bol doterajší odbor Zdravotná sestra (a Detská sestra) nahradený odborom Všeobecná sestra. Zmena názvu priniesla aj zmenu v obsahu učebných osnov (Zelinka, 2014).

Výsledkom dlhodobého vývoja ošetrovateľstva je dnešná sieť univerzít a škôl, pripravujúcich kvalifikované sestry pre poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti (Judičáková, Ištoňová, 2013). „Východiskovými smernicami pre profesionálnu prípravu sestier sú programy a rezolúcie Svetovej zdravotníckej organizácie – SZO zamerané na ošetrovateľstvo a pôrodnú asistenciu, Európska stratégia SZO pre vzdelávanie v ošetrovateľstve a pôrodnej asistencii, Mníchovská a Boloňská deklarácia pre vzdelávanie a direktívy Európskej komisie“ (Slezáková, Závodná, 2009, s. 175-176). Od roku 2004 je na Slovensku pre vzdelávanie sestier určený trend vysokoškolského vzdelávania (Beňušová, et al., 2006) a aktuálne je vzdelávanie

v odbore ošetrovateľstvo organizované ako akreditované trojstupeňové vysokoškolské štúdium (bakalárske, magisterské a doktorandské). Hlavnými doménami zmien v obsahu vzdelávania je podpora zdravia, komunitného ošetrovateľstva a manažmentu (Kilíková et al., 2012).

Základné princípy ošetrovateľského vzdelávania v Európe špecifikovali aj Európska federácia sestier, Medzinárodná organizácia ošetrojúcich (skr. ICN) a SZO takto:

- vstup do vzdelávania nasleduje až po ukončení strednej školy po splnení rovnakých podmienok platných pre vstup na univerzitu,
- prvý stupeň vysokoškolského vzdelávacieho programu má stačiť na vykonávanie špecifických činností a mal by trvať tri akademické roky,
- existuje iba jedna európska úroveň základného, respektíve prvého stupňa vzdelávania ošetrojúcich (za ním môže pokračovať druhý magisterský stupeň a PhD.),
- študijný program musí vychádzať z výskumu a praktických zručností (Kozoň et al., 2012).

Najvýznamnejšie zmeny, ktorými na konci 20. storočia a na začiatku 21. storočia prešla ošetrovateľská profesia môžeme podľa Kutnohorskej (2010) vymedziť nasledovne:

- ošetrovateľstvo sa profiluje ako profesia s presne definovanými kompetenciami v rámci zdravotnej starostlivosti,
- ošetrovateľstvo sa orientuje na starostlivosť v zdraví i v chorobe,
- zvyšuje sa kvalita ošetrovateľskej starostlivosti,
- ošetrovateľstvo sa stáva vednou disciplínou a výskum v ošetrovateľstve je súčasťou profesijnej výbavy v nelekárskych zdravotníckych profesiách,
- ošetrovateľstvo a jeho nositeľky – sestry sa stávajú edukátorkami pacientov/klientov.

Cieľ práce

Naším cieľom je predložiť doterajšie poznatky o vzdelávaní v odbore Ošetrovateľstvo v kontexte novodobého

ošetrovateľstva, so zreteľom na obdobie od roku 1989 po súčasnosť. Druhoradým zámerom je identifikovať spoločné i odlišné znaky vzdelávania sestier vo vybraných krajinách – na Slovensku (skr. SR) a v Čechách (skr. ČR).

Metodika

Obsahová analýza dokumentov predstavuje osobitnú výskumnú metódu, ktorá má široké uplatnenie v rôznych odboroch. Poskytuje výsledky na úrovni nielen opisu a kvantifikácií zjavných prvkov, ale aj interpretačné a vysvetľujúce závery na základe korelácie premenných (Prokša, Held et al. 2009). Dôležitým zdrojom údajov pre uskutočnenú obsahovú analýzu dokumentov sa stali domáce a zahraničné odborné publikácie, zborníky z vedeckých konferencií, legislatívne dokumenty, internetové databázy a webové stránky vzdelávacích inštitúcií v SR a ČR.

Metóda komparácie nám poslúžila na stanovenie zhody alebo rozdielov medzi porovnávanými kategóriami. Údaje v rámci analýzy a následnej komparácie boli interpretované na základe 2 kategórií – vzdelávací systém v zdravotníckom povolání sestra/všeobecná sestra v SR a ČR a postkvalifikačné vzdelávanie. Zber dát pre realizáciu obsahovej analýzy prebiehal intermitentne v období 12/2012 až 06/2014.

Výsledky a diskusia

Súčasný vývoj našej spoločnosti a spoločenské podmienky, ktoré sa neustále menia, smerujú k posilňovaniu významu vzdelávania. Vzdelanie umožňuje človeku obstať v jeho profesii a prispôsobovať sa neustálemu prúdu zmien. Úloha dnešnej sestry je taká komplexná, že jej vzdelanie si vyžaduje špeciálne vedomosti a zručnosti, ktoré je možné získať iba prostredníctvom organizovaného vzdelávacieho programu na vysokých školách a univerzitách (Judičáková, Istoňová, 2013). Zamboriová, Simočková (2005) konkretizujú, že úlohou ošetrovateľského vzdelávania je podporovať kreativitu a cit pre neustále reflektovanie diverzifikácie ošetrovateľskej praxe.

V uvedenej súvislosti v nasledujúcej tab. 1 prezentujeme prehľadné spracovanie aktuálneho systému vzdelávania v podobe pregraduálneho, postgraduálneho a postkvalifikačného štúdia

v zdravotníckom povolani sestry v SR a ČR, kde nachádzame len minimálne rozdiely vzhľadom na blízkosť obsahovej príbuznosti vzdelávacieho systému v sledovaných krajinách. Na Slovensku sestry pokračujú vo vzdelávaní v nadväzujúcom magisterskom študijnom programe v odbore ošetrovatelstvo, v ČR je magisterský študijný program odborovo členený - napr. odbor: „Ošetrovatelská péče v Anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči, Ošetrovatelská péče v pediatrii, Ošetrovatelská péče v geriatrii a jiné.”

Odbornú spôsobilosť zdravotníckych pracovníkov je možné zvyšovať získaním diplomu o špecializácii a získaním certifikátu a prehĺbiť získaním osvedčenia o príprave na výkon práce v zdravotníctve a sústavným vzdelávaním. V SR je špecializačné štúdium a príprava na výkon certifikovaných pracovných činností zabezpečovaná akreditovanými inštitúciami. V Čechách je tento spôsob vzdelávania zastrešený Národným centrom ošetrovatelstva a nelekárskych zdravotníckych odborov (skr. NCO NZO) so sídlom v Brne, Inštitútom postgraduálneho vzdelávania v zdravotníctve (skr. IVPZ) so sídlom v Prahe ako aj poverenými akreditovanými inštitúciami. Sestry v oboch porovnávaných krajinách sú povinné naďalej sa vzdelávať a pokračovať v sústavnom vzdelávaní, ako to prezentuje Toplanská (2009), a podľa vybraných aktuálnych právnych noriem v SR a ČR - vyhláška MZ SR č. 366/2005Z.z., zákon č. 96/2004 Sb., vyhláška č. 39/2005 Sb..

Tab. 1 Systém vzdelávania sestier v SR a ČR

Vzdelávanie					
SR			ČR		
pregraduálne		postgraduálne	pregraduálne		postgraduálne
neuniverzitné	univerzitné		neuniverzitné	univerzitné	
VOS (SZŠ)	univerzita fakulta	univerzita fakulta	VOS (VZŠ)	univerzita fakulta	univerzita fakulta
dipl. sestra (absolutórium)	I. st. Bc. II. st. Mgr. (štátna skúška) PhDr. (rigorózna skúška)	III. st. PhD. (dizertačná sk.) doc. prof.	DiS. (za menom) (absolutórium)	I. st. Bc. II. st. Mgr. (štátna skúška) PhDr. (rigorózna skúška)	III. st. Ph.D. (dizertačná sk.) doc. prof.
Postkvalifikačné			Postkvalifikačné		
II. st. Mgr špecializačné štúdium (akreditované inštitúcie)			II. st. Mgr špecializačné vzdelávanie (NCO NZO - Brno, IPVZ Praha, akreditované inštitúcie)		
príprava na výkon certifikovaných pracovných činností (akreditované inštitúcie)			certifikované kurzy (NCO NZO - Brno, akreditované inštitúcie)		
sústavné vzdelávanie (vyhláška MZ SR č. 366/ 2005 Z. z)			celoživotné vzdelávanie (zákon č. 96/2004 Sb., vyhláška č. 39/ 2005 Sb.)		

Transformačné obdobie po roku 1989 prinieslo prienik nových ideí v ošetrovatelstve, čo malo dominantný vplyv na ošetrovateľskú teóriu a prax a podnietilo zmeny vo vzdelávaní, ktoré malo kľúčové postavenie pri naplňaní úloh ošetrovatelstva. Obr. 1 a tab. 2 prezentujú rozloženie vzdelávacích inštitúcií v jednotlivých krajoch a mestách SR. Tiež uvádzame ich postupný vznik od roku 1990 až po súčasnosť. Jednoodborové štúdium ošetrovatelstva začalo na Jesseniovej lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Martine v akademickom roku 1990/1991 (Hanzlíková, 2007). Na Univerzite P. J. Šafárika v Košiciach sa univerzitné vzdelávanie v ošetrovatelstve iniciovalo v akademickom roku 1992/1993 (Dimunová, Zamoriová, 2012) a o niečo neskôr v roku 1994 sa začalo s výučbou ošetrovatelstva na Trnavskej univerzite v Trnave (Botíková, 2012).

V súčasnosti majú záujemci o štúdium v odbore Ošetrovatelstvo možnosť absolvovať uvedené štúdium na 9-tich vysokých školách na Slovensku. Každý kraj na Slovensku má vzdelávaciu inštitúciu, kde je možné absolvovať vysokoškolské vzdelanie v študijnom programe ošetrovatelstvo, pričom iné

farebné označenie v Banskobystrickom kraji znamená, že v tomto kraji je síce možnosť uvedeného štúdia, ale v skutočnosti táto vzdelávacia inštitúcia je Fakulta zdravotníctva SZU so sídlom v Banskej Bystrici. V Bratislavskom kraji sídlia 2 vysoké školy so zameraním na štúdium v odbore: Ošetrovatel'stvo. Najmladšou fakultou na Slovensku je Fakulta zdravotníctva TU A. Dubčeka v Nitre. V roku 2002 začalo svoju činnosť v rámci vzdelávania v ošetrovatel'stve najviac vzdelávacích inštitúcií v SR.



Obr. 1 Prehľad vzdelávacích inštitúcií podľa jednotlivých krajov v SR

Vysokoškolského vzdelávania v študijnom programe Ošetrovatel'stvo a študijnom odbore Všeobecná sestra sa uskutočňuje na 16-tich vysokých školách po celom území ČR. Najstaršou vzdelávacou ustanovizňou vzhľadom na prelomový rok 1989 je Univerzita Karlova v Prahe, ktorá začala s trojročným bakalárskym štúdiom v odbore Všeobecná sestra v roku 1991 (Úroveň vzdelání, 2014). Postupne začínali so vzdelávaním v uvedenom odbore ďalšie pracoviská, na ktorých je zabezpečované štúdium v bakalárskom stupni, prípadne v nadväzujúcom magisterskom stupni a menej často i postgraduálne vzdelávanie. Výnimočné miesto medzi

pracoviskami má „Katedra ošetrovatelství a porodní asistence Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.“ Garantuje a organizuje vzdelávanie v študijnom programe Ošetrovatelstvo na všetkých stupňoch štúdia. Profesionálna príprava študentov je založená na najnovších poznatkoch vedy a výskumu. V bakalárskom programe je akreditovaná i anglická verzia študijného odboru Všeobecná sestra. Prestížnou záležitosťou katedry je získanie akreditácie pre habilitačné a profesorské konanie v odbore Ošetrovatelstvo. V súčasnosti sú tak jedinou fakultou v ČR, ktorá toto právo vlastní (KOP, 2014).

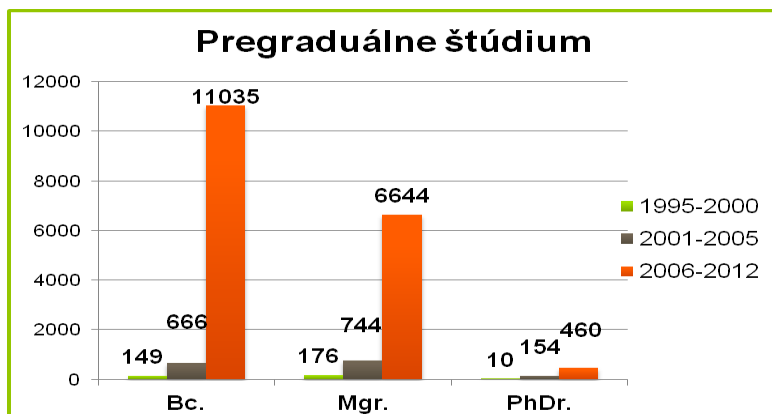
Rok 2005 bol zaujímavým z hľadiska vzniku a začatia vzdelávania v študijnom odbore Všeobecná sestra na 3 ďalších pracoviskách a v kontexte najpočetnejšieho zastúpenia vysokých škôl práve v roku 2005 bola záujemcom o štúdium v odbore Všeobecná sestra poskytnutá možnosť vzdelávania súčasne v 14-tich vzdelávacích ustanovizniach v ČR. Vzhľadom na rozlohu ČR v porovnaní so Slovenskom a z toho vyplývajúcu potrebu sestier v ošetrovateľskej praxi pre poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti pacientom, pokladáme počet vysokých škôl a univerzít za potrebný.

Vďaka univerzitnému vzdelaniu dostávajú sestry súhrnné množstvo nových poznatkov, predstavujúcich nárast ich ďalších kompetencií. Podľa Hubovej, Micháلكovej (2012) sa české sestry a dovoľme si doplniť, že aj slovenské sestry vždy úspešne uplatňovali v európskom a svetovom ošetrovatelstve.

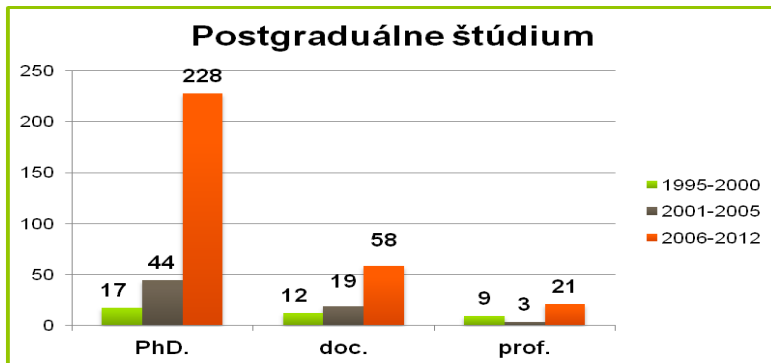


Obr. 2 Prehľad vzdelávacích inštitúcií podľa jednotlivých krajov v ČR

Grafy 1 a 2 zobrazujú prehľadné spracovanie počtu absolventov v pregraduálnom a postgraduálnom štúdiu v odbore ošetrovateľstvo na Slovensku (podľa publikácie Kozoň et al., 2012) za obdobie rokov 1995-2012. Obdobné údaje o absolventoch v študijnom programe Ošetrovateľstvo v ČR sa nám nepodarilo získať. V rámci pregraduálneho vzdelávania v rokoch 1995-2000 môžeme pozorovať mierne vyšší nárast počtu absolventov v magisterskom stupni vzdelávania, v ďalšom období (2001-2005) je nárast počtu študentov opäť najpočetnejší v II. stupni vysokoškolského štúdia. V roku 2006-2012 môžeme vidieť celkový nárast počtu absolventov vo všetkých stupňoch vzdelania tak v pregraduálnom ako aj v postgraduálnom štúdiu, čo môže súvisieť s úpravou legislatívnych noriem v tomto období a mnohými ďalšími faktormi.



Graf 1 Počet absolventov pregraduálneho štúdia v odbore Ošetrovateľstvo v SR (spracované podľa Kozoň et al., 2012)



Graf 2 Počet absolventov postgraduálneho štúdia v odbore Ošetrovateľstvo v SR (spracované podľa Kozoň et al., 2012)

Vo všetkých typoch vzdelávacích inštitúcií pre pracovníkov v zdravotníctve sa vždy kládol dôraz na potrebu celoživotného vzdelávania a rozvoja. Celoživotné vzdelávanie (inak nazývané aj sústavné alebo kontinuálne vzdelávanie) je základnou podmienkou výkonu profesie nelekárskych zdravotníckych pracovníkov konkretizujú Micháľková, Šedová, Benešová (2011) a jedným z najefektívnejších nástrojov zvyšovania kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti, nevyvímajúc výskum a spoluprácu krajín nielen v európskom, ale aj celosvetovom kontexte (Slezáková et al., 2012). Ďalšie vzdelávanie v ošetrovateľstve permanentne reaguje na rýchlosť technologických zmien a vedecký pokrok v medicíne, čím determinuje:

- zlepšenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti a ochranu pacienta v transformujúcich zdravotníckych zariadeniach,
- bezpečnosť pacienta v procese poskytovania zdravotnej starostlivosti počas prebiehajúcej reštrukturalizácie zdravotníckych zariadení,
- udržanie a zvyšovanie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti,
- transformáciu vzdelávania zdravotníckych pracovníkov na podienky EÚ.

Podľa Nariadenia vlády (N.v.) č. 296/2010 Z.z. ďalšie vzdelávanie zahŕňa: a) špecializačné štúdium, b) certifikačnú prípravu, c) prípravu na výkon práce v zdravotníctve, d) sústavné vzdelávanie. Nadväzuje na stupeň vzdelania dosiahnutý v školskom vzdelávaní, vedie k doplneniu, obnoveniu, rozšíreniu alebo prehĺbeniu kvalifikácie (Slezáková et al., 2012). Podľa aktuálnej legislatívy v oboch krajinách (zákon č. 96/2004 Sb., N.v. č. 31/2010 Sb., príloha č. 3 k N.v. č. 296/2010 Z.z.) sústavu špecializačných odborov pre sestry tvorí 13 špecializovaných odborov pre I. stupeň vysokoškolského vzdelania na Slovensku a 10 špecializovaných odborov je k dispozícii pre sestry v ČR (tab. 4). Osobitým je napr. odbor Perfúziológia, ktorý majú sestry v ČR (označenie odlišnou farbou). Na Slovensku sú špecifickými napr. Intenzívna starostlivosť v neonatológii, Ošetrovateľská starostlivosť o dialyzovaných pacientov, Ošetrovateľská starostlivosť v onkológii, ktoré nenachádzame v rámci špecializačného vzdelávania v ČR. Spektrum zhodujúcich sa špecializovaných odborov sme odlišili opäť iným zvýraznením.

Tab. 4 Sústava špecializovaných odborov pre sestry v SR a ČR

1	Anestéziológia a intenzívna starostlivosť
2	Inštrumentovanie v operačnej sále <u>Perioperačná starostlivosť</u>
3	Intenzívna ošetrovateľská starostlivosť o dospelých <u>Intenzívna starostlivosť</u>
4	Intenzívna ošetrovateľská starostlivosť v neonatológii
5	Intenzívna ošetrovateľská starostlivosť v pediatrii <u>Intenzívna starostlivosť v pediatrii</u>
6	Ošetrovateľská starostlivosť o dialyzovaných pacientov
7	Ošetrovateľská starostlivosť v komunite <u>Komunitná ošetrovateľská starostlivosť</u>
8	Ošetrovateľská starostlivosť v odboroch chirurgie <u>Ošetrovateľská starostlivosť v chirurgických odboroch</u>
9	Ošetrovateľská starostlivosť v odboroch vnútorného lekárstva <u>Ošetrovateľská starostlivosť v interných odboroch</u>
10	Ošetrovateľská starostlivosť v onkológii
11	Ošetrovateľská starostlivosť v pediatrii <u>Ošetrovateľská starostlivosť v pediatrii</u>
12	Ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii <u>Ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii</u>
13	Manažment v ošetrovateľstve <u>Organizácia a riadenie v zdravotníctve</u>
14	Perfuziológia

Sústavu certifikovaných pracovných činností pre zdravotnícke povolanie sestra podľa aktuálnej legislatívy SR tvoria nasledujúce činnosti, ktoré približujeme v tab. 5. Pre bakalársky stupeň vzdelania je ich v ponuke 14 a pre magisterský stupeň vzdelania 1. V ČR na webovej stránke NCO NZO v Brne (<http://www.nconzo.cz/web/guest/seznam-vzdelavacich> programu-central) je zverejnené široké spektrum certifikovaných pracovných činností pre sestry, nie sú však rozlíšené z hľadiska stupňa dosiahnutého vzdelania. Ak účastník kurzu absolvuje certifikačný kurz, získa certifikát, v ktorom je uvedená odborná spôsobilosť pre úzko vymedzenú činnosť.

Tab. 5 Sústava certifikovaných pracovných činností pre sestry v SR

1	Audiometria
2	Endoskopické vyšetrovacie metódy v jednotlivých odboroch
3	Funkčné vyšetrovacie metódy
4	Invazívne a intervenčné diag. a terapeutické postupy v kardiológii
5	Kalmetizácia
6	Ošetrovateľská starostlivosť o diabetikov
7	ošetrovateľská starostlivosť v hematológii a transfúziológii
8	Ošetrovateľská starostlivosť v multikultúrnych komunitách
9	Organizácia a techniky v tkanivových bankách
10	Ortoptika a pleoptika
11	Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť
12	Starostlivosť o drogovu závislých
13	Sterilizácia a dezinfekcia zdravotníckych pomôcok
14	Vyšetrovacie metódy v klinickej neurofyziológii a neurodiagnostike
15	Psychoterapia (Mgr. stupeň)

Spoločné znaky vzdelávania sestier v SR a ČR

Prelomovým vo vzdelávaní sestier sa stal rok 1989, keď obe sledované krajiny implementovali smernice Rady EÚ do svojich právnych predpisov. Podmienkou pre vykonávanie zdravotníckeho povolania v kategórii sestra je získanie odbornej spôsobilosti (Konceptia..., 2006). Sestry v SR aj ČR spĺňajú odbornú spôsobilosť absolvovaním vysokoškolského vzdelávania v odbore ošetrovateľstvo/všeobecná sestra, majú aj možnosť vyššieho odborného štúdia, špecializačného štúdia a certifikačnej prípravy. V oboch krajinách však absentuje odlišenie kompetencií sestier z hľadiska dosiahnutého vzdelania v odbore.

„Smernice EÚ pre vzdelávanie sestier a pôrodných asistentiek zaraďujú povolanie sestier medzi regulované profesie s automatickým uznávaním v rámci EÚ, ktoré predpokladá koordináciu vzdelávania a odbornej prípravy“ (Farkašová et al., 2009). Európa potrebuje dobre pripravených profesionálnych zdravotníckych pracovníkov, s primeranými kompetenciami, ktorí sa celoživotne vzdelávajú a sú schopní spoľahlivo pracovať, dodržiavajú profesionálne štandardy starostlivosti, čím vytvárajú harmóniu multiprofesionálnej spolupráce a partnerstva s pacientom, rodinami a komunitou (Mlchal, 2000). Kožuchovej, Bubeníková (2014) popisujú, že prostredníctvom efektívnej

komunikácie sestry a iných profesionálov sa rozvíja ich spolupráca, ktorá im umožňuje poskytovať dobre koordinovanú, vysoko kvalitnú zdravotnú starostlivosť.

Žiaková, Bóriková, Tomagová (2011) informujú o formulovaní kompetencií sestier. Pracovná skupina pri SKSaPA na podnet odboru zdravotníckeho vzdelávania MZ SR pripravila programové zmeny na dosiahnutie cieľov koncepcie odborného vzdelávania a návrh odborných kompetencií absolventa bakalárskeho študijného programu ošetrovateľstvo. Zároveň autorky uvádzajú predpoklad, že v blízkej budúcnosti sa pripraví štruktúra kompetencií aj pre sestru s magisterským a iným postgraduálnym stupňom vzdelania tak, aby poskytovaná ošetrovateľská starostlivosť bola kvalitná, funkčná a efektívna. Súhlasne s uvedeným prizvukujú Bratová, Laurinc (2013) stanovisko odbornej praxe o potrebe stanovenia doteraz absentujúcich kompetencií sestier na základe získaného kvalifikačného stupňa vzdelania a získanej špecializácie.

Rozdielne znaky vzdelávania sestier v SR a v ČR

Z načretím do hlbšej minulosti vieme, že ošetrovateľské školy na území Slovenska boli zriaďované neskôr ako na území Čiech. Vysokoškolské vzdelávanie v odbore ošetrovateľstvo v ČR začalo v roku 1960, na Slovensku to bolo v roku 1962. Významným medzníkom pre Slovensko, čo sa týka zmien v ponímaní a postavení profesie sestry bol rok 1994, kedy bola prijatá koncepcia odboru ošetrovateľstva – dôležitý právny dokument vychádzajúci z potrieb povolania. ČR prijala Koncepciu odboru ošetrovateľstvo, ako oficiálny smer vývoja ošetrovateľstva, o 4 roky neskôr ako v SR, v roku 1998. Koncepcia odboru bola na Slovensku aktualizovaná v roku 2006 a v ČR v roku 2004. Je v nej definovaný odbor ošetrovateľstvo a vymedzené jeho ciele, predmet záujmu ošetrovateľstva ako vedy, hlavné úlohy ošetrovateľstva, sieť pracovísk, pracovníkov, riadenie odboru a zameranie výskumu (Kutnohorská, 2010). K rozdielnym znakom sme na základe našej analýzy a komparácie zaradili aj väčší výber špecializačných odborov pre sestry v SR v porovnaní s ČR. Z údajov tiež vyplýva, že ČR má viac vzdelávacích ustanovizní poskytujúcich sestrám vysokoškolské

vzdelanie ako SR. Úlohou súčasného zdravotníckeho školstva je vysoká odborná úroveň absolventov, ktorá úzko súvisí so stúpajúcimi nárokmi zdravotníctva na kvalitu a odbornosť, čím rastú aj požiadavky na vzdelávanie sestier. Súhlasne s uvedeným názorom Komová, Zamboriová, Dimunová (2004) objasňujú, že naše zdravotníctvo potrebuje dobre pripravených profesionálnych pracovníkov v ošetrovatelstve s primeranými kompetenciami, ktorí sa celoživotne vzdelávajú a sú schopní spoľahlivo pracovať.

Odišným znakom v ČR je na základe absolvovaného vzdelania a platnej legislatívy výkon profesie všeobecnej sestry pod odborným dohľadom a bez odborného dohľadu (presné objasnenie podľa § 5 zákona č. 96/2004 Sb.). Pokiaľ spôsobilosť k výkonu všeobecnej sestry získal v ČR muž, je oprávnený používať označenie odbornosti všeobecný ošetrovateľ.

Záver

Od roku 1989 sa začala písať nová éra českého i slovenského ošetrovatelstva. Vznikajú nové profesijné organizácie, dochádza k transformácii ošetrovatelstva z pohľadu vzdelávania, praxe a legislatívy. České i slovenské sestry majú mnoho možností pri rozvoji prestíže ošetrovateľskej profesie vrátane získavania vysokoškolského vzdelávania, realizácie výskumu a uplatnenia nových poznatkov v klinickej, či pedagogickej praxi (Historie ošetrovatelství, 2014). Zdravotníctvo má poslanie slúžiť človeku, udržiavať a upevňovať zdravie, ktoré je najvyššou hodnotou ľudského života (Dimunová, 2009). Novým trendom lekárskej a ošetrovateľskej starostlivosti je zabezpečenie kvalitnej starostlivosti a zlepšenie kvality života človeka (Szekelyová, Dimunová, 2014). Kvalita poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti vo významnej miere súvisí so vzdelaním zdravotníckeho personálu. Je dôležité, aby zdravotnícke služby podľa Nemčokovej (2013) poskytovali erudovaní a vhodne dostatočne motivovaní členovia ošetrovateľského tímu.

Moderná zdravotná starostlivosť kladie mimoriadny dôraz na upevňovanie zdravia a prevenciu, preto pomoc zo strany sestry je nasmerovaná k všetkým tým, s ktorými sa v rámci

výkonu povolania stretáva. Ochrana zdravia sa v celej Európe ako aj v celosvetovom meradle uskutočňuje rôznymi spôsobmi (Kilíková et al., 2013). Novodobé uplatnenie sestier súvisí aj s novodobými cieľmi v spoločnosti, ktoré sú orientované k docieleniu zdravia, podpore zdravia (z angl. výrazu „*health promotion*“). „Podpora zdravia sa týka všetkých ľudí (jednotlivcov, členov rodiny, príslušníkov komunity, v ktorej žijú, politikov, ekonómov, dobrovoľných organizácií, miestnych zastupiteľstiev, podnikateľskej sféry, médií) konkretizujú Nemcová, Hlinková et al. (2010, s. 39). Ďalej uvádzajú, že stratégie a programy podpory zdravia treba prispôbiť potrebám a možnostiam jednotlivcov a komunit. Takisto je nevyhnutné posúdiť a zväziť existujúce sociálne, kultúrne a ekonomické podmienky na podporu zdravia ako východiská pre plánovanie edukačných intervencií v tomto procese.“ Rozvoj edukačnej roly sestry a zároveň aj inovatívnu možnosť z hľadiska jej uplatnenia v ošetrovateľskej praxi zahŕňa implementácia koncepcie integrovaného modelu primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Podľa súčasných vízií integrované centrá zdravotnej starostlivosti vytvárajú najvhodnejší priestor pre prepájanie primárnej zdravotnej starostlivosti ako aj sociálnych služieb na komunitnej úrovni pre občanov daných lokalít (Implementačná stratégia..., 2014) a pozícia ošetrovateľstva sa v tomto kontexte javí ako zvlášť významná. Očakávané zmeny z futurologického hľadiska, ktoré úzko súvisia s témou nášho príspevku, detailne opisuje Hanzlíková (2011). Identifikuje potrebu zvýšenia vzdelania ošetrovateľov – očakáva sa, že na konci 21. storočia to už bude doktorská úroveň. Ďalej uvádza, že zmena obrazu sesterskej roly bude kráčať ruka v ruke s kvalitou poskytovanej starostlivosti a potrebou ošetrovateľskými riadených a uskutočňovaných činností.

Zo záverov našej obsahovej analýzy a komparácie vyplynulo, že v niektorých kategóriách neboli zistené významné rozdiely, nakoľko porovnávané krajiny v minulosti tvorili spoločnú republiku a mali vytvorený jednotný normatívny systém. Obe krajiny sú členmi Európskeho spoločenstva, a tým prebrali určité znaky v systéme poskytovania zdravotnej

starostlivosti a vzdelávania, nakoľko EÚ vydala smernice záväzné pre členské krajiny. Na druhej strane, po rozdelení na dva samostatné štáty, majú svoje špecifiká a pravidlá pre vzdelávanie v odbore Ošetrovateľstvo (SR) a Všeobecná sestra (ČR).

21. storočie stavia pred sestry, študentky ošetrovateľstva a ich pedagógov radu výziev. Je potrebné ďalej prehodnocovať náplň i formy vzdelávania vo svetle nových poznatkov a skúseností a nezabúdať pri tom na zmysel celého počínania - teda na službu jednotlivcom a snahu o zdravie spoločnosti (Adamczyk, 2010).

Zoznam bibliografických odkazov

ADAMCZYK, R. 2010. Vzdelávání sester v 21. století. [online]. *Sestra* 2010, ISSN 1210-0404, č. 6. [cit. 2014-10-15]. Dostupné na: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vzdelavani-sester-v-21-stoleti-452645>>.

BEŇUŠOVÁ, K. et al. 2006. Vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov v Slovenskej republike. In: *Buletin MZ SR* 2006, 35 s.

BOTÍKOVÁ, A. 2012. Zoznam absolventov v odbore Ošetrovateľstvo na fakulte zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave 1997-2012. In: *Ošetrovateľstvo – 50 rokov univerzitného vzdelávania na Slovensku*, ÖGVP Verlag: Wien, 2012. s. 128. ISBN 978-3-9502178-6-5.

BRATOVÁ, A., LAURINC, M. 2013. *Kompetencie sestier špecialistiek v Slovenskej republike*. [online]. [cit. 2014-10-09]. Dostupné na: <<http://www.csarim.cz/Public/csim/CSARIM%202013/Bratova.pdf>>.

DIMUNOVÁ, L. 2009. Práca na zmeny a jej dopad na výskyt kardiovaskulárnych rizikových faktorov. In: Archalausová, A. a kol. (eds.) *Cesta k profesionálnému ošetrovateľstvu*, Opava: Slezská univerzita, 2009. s. 29, ISBN 978-80-7248-521-1.

DIMUNOVÁ, L., ZAMBORIOVÁ, M. 2012. Zoznam absolventov v odbore ošetrovateľstvo na Lekárskej fakulte Univerzity P. J. Šafárika v Košiciach 1995-2012. In: *Ošetrovateľstvo – 50 rokov univerzitného vzdelávania na Slovensku*, ÖGVP Verlag: Wien, 2012. s. 109. ISBN 978-3-9502178-6-5.

- FARKAŠOVÁ, D. et al. 2009. *Ošetrovateľstvo – teória*. 3. dopl. vyd. Martin: Osveta, 2009. s. 33-38. ISBN 978-80-8063-322-6.
- FEDÁKOVÁ, Ľ., FILLOVÁ, D. 2005. Ošetrovateľstvo vo svetle historickej reflexie. In: *Universitas Šafarikiana* 2005/2006, XXXV, č. 7-8, s. 18.
- GERLICOVÁ, K. et al. 2010. Osobnosť ošetrovateľstva v Trenčianskom regióne – Mgr. Celestína Šimurková. In: Beľková, M., Matišáková, I. (eds.) *Historické pohľady na vývoj ošetrovateľstva a ošetrovateľského vzdelávania*, FZaSP Trnavskej univerzity: Trnava, 2010. s. 70-73. ISBN 978-80-8082-393-1.
- HANZLÍKOVÁ, A. 2003. Medzinárodná rada sestier. In: *Sestra* 2003, ISSN 1210-0404, č. 3, s. 14-15.
- HANZLÍKOVÁ, A. 2007. Vzdelávanie v ošetrovateľstve na Slovensku a predpoklady jeho rozvoja. In: Archalausová, A. et al. (eds.) *Cesty k profesionálnému ošetrovateľstvu*, Opava: Slezská univerzita, 2007. s. 71-77. ISBN 978-80-7248-413-3.
- HANZLÍKOVÁ, A. 2011. *Profesionálne ošetrovateľstvo a jeho regulácia*. Martin: Osveta, 2011. 155 s. ISBN 978-80-8063-36-8.
- Historie ošetrovateľství*. 2014. [online]. [cit. 2014-10-11]. Dostupné na: <<https://mefanet.lfp.cuni.cz/download.php?fid=64>>.
- HUBOVÁ, V., MICHÁLKOVÁ, H. 2012. Historie vzdělávání všeobecných sester. In: *Sestra* 2012, ISSN 1210-0404, roč. 22, č. 2, s. 20-22.
- HULKOVÁ, V. 2012. Dopad legislatívnych zmien v ošetrovateľstve súvisiacich s reformou zdravotníctva na jednotlivé typy zdravotníckych zariadení v Slovenskej republike. In: Kopáčiková, M., Cetlová L. (eds.) *Jihlavské zdravotnícke dny*, Jihlava: VŠPJ, 2012. s. 299 - 308. ISBN 978-80-8705-52-8.
- Implementačná stratégia – systém integrovaného poskytovania zdravotnej starostlivosti: Modernizácia zdravotníckej infraštruktúry a zlepšenie dostupnosti kvalitných služieb v primárnej a akútnej lôžkovej zdravotnej starostlivosti*. 2014. [online]. MZ SR, 2014. [cit. 2014-10-11]. Dostupné na: <<http://www.health.gov.sk/Zdroje/?Sekcie/IZP/Implementa%C4%8Dn%C3%A1%20strat%C3%A9gia-ICZS-monitor-kom.pdf>>.
- JUDIČÁKOVÁ, M., IŠTOŇOVÁ, M. 2013. Profesia sestry ovplyvňovaná desaťročiami. In: Judičáková, M., Ištoňová, M. Bujňák, J.

(eds.) *Preklenutím rozdielov zvyšujeme dostupnosť a rovnosť v starostlivosti pacienta/klienta*, PU: Prešov, 2013. s. 51-61. ISBN 978-80-555-0736-1.

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence (KOP). 2014. [online]. [cit. 2014-10-11]. Dostupné na: <<http://www.zsf.jcu.cz/cs/katedra/katedra-osetrovatelstvi-a-porodni-asistence>>.

KILÍKOVÁ, M. 2014. Právne vedomie registrovaných sestier ako nástroj podpory profesionálnej autonómie povolania sestry. In: Kožuchová, M. (ed.) *20 rokov Agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti na Slovensku*, Kežmarok, 2014. s. 100-107. ISBN 978-80-971586-5-1.

KILÍKOVÁ, M. et al. 2012. Vysokoškolské ošetrovateľské vzdelávanie na Slovensku v súčasnosti a aktuálne trendy rozvoja ošetrovateľstva. In: *Ošetrovateľstvo – 50 rokov univerzitného vzdelávania na Slovensku*, ÖGVP Verlag: Wien, 2012. s. 57. ISBN 978-3-9502178-6-5.

KILÍKOVÁ, M. et al. 2013. *Zdravie pri práci v profesii sestry*. VŠZaSP sv. Alžbety: Bratislava, detašované pracovisko Rožňava, 2013. s. 61. ISBN 978-80-8132-082-8.

KOMOVÁ, M. ZAMBORIOVÁ, M., DIMUNOVÁ, L. 2004. Uplatňovanie ošetrovateľského procesu v praxi a jeho vplyv na kvalitu starostlivosti. In: Dušová, B., Jarošová, D., Vrublová, Y. (eds.) *Trendy v ošetrovatelství III. Trends in nursing III.*, Ostrava: OU, 2004. s. 83-87. ISBN 80-7042-351-X.

Koncepcia odboru ošetrovateľstvo. 2006. [online]. [cit. 2014-10-11]. Dostupné na: <http://www.vusch.sk/editor/files/osetrovatelstvo/Koncepcia_odboru_osetrovatelstva.pdf>.

KOZOŇ, V. et al. 2012. *Ošetrovateľstvo – 50 rokov univerzitného vzdelávania na Slovensku*. ÖGVP Verlag: Wien, 2012. 323 s. ISBN 978-3-9502178-6-5.

KOŽUCHOVÁ, M., BUBENÍKOVÁ, M. 2014. Komunikácia – významný faktor v procese poskytovania starostlivosti u pacientov v domácom prostredí. In: Kober, L., Zrubcová, D., Bratová, A. *Ošetrovateľstvo bez hraníc IV.*, 2014. s. 154-160, ISBN 978-80-89542-45-1.

- KUTNOHORSKÁ, J. 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
- LACA, P. 2013. Proklamácia holistického prístupu v sociálnej práci a ošetrovatelstve. In: Kilíková, M., Laca, P. (eds.) *Supplement vybraných kapitol vo vedných odboroch sociálna práca a ošetrovatelstvo*, Příbram: Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna, 2013. s. 86-108. ISBN 978-80-8132-097-2.
- MICHÁLKOVÁ, H., ŠEDOVÁ, L., BENEŠOVÁ, V. 2011. I. ošetrovateľská online konferencie – Inovativnosť v celoživotnom vzdelávaní u nelékařských zdravotníckých pracovníků. In: *Kontakt* 2011, ISSN 1212-4117, roč. 13, č. 4, s. 496-497.
- MLCHAL, S. 2000. Dokument o vzdelávaní – stanovisko Stálej rady sestier EÚ (PCN). In: *Slovenský zdravotník* 2000, ISSN 1335 – 4388, roč. IX., č. 1, s. 5-8. *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*. *Nariadení vlády č. 31/2010 Sb. o oborech špecializačného vzdelávania a označení odbornosti zdravotníckých pracovníků se specializovanou způsobilostí*.
- NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. et al. 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2010. s. 39. ISBN 978-80-8063-321-9.
- NEMČOKOVÁ, A. 2013. Motivácia v povolání sestera. In: Kilíková, M., Laca, P. (eds.) *Supplement vybraných kapitol vo vedných odboroch sociálna práca a ošetrovatelstvo I.*, Příbram: Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna, 2013. s. 147. ISBN 978-80-8132-097-2.
- OTRUBOVÁ, J., JANKECHOVÁ, M. 2010. História ošetrovateľského vzdelávania v meste Nové Zámky. In: Beřková, M., Matisáková, I. (eds.) *Historické pohľady na vývoj ošetrovatelstva a ošetrovateľského vzdelávania*, FZaSP TU: Trnava, 2010. s. 110-117. ISBN 978-80-8082-393-1.
- PAVLÍKOVÁ, S. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.

- PROKŠA, M., HELD, L. et al. 2008. *Metodológia pedagogického výskumu a jeho aplikácia v didaktikách prírodných vied*. Bratislava: UK, 2008. 229 s. ISBN 978-80-223-2562-2.
- ROŠKOVÁ, A. 2013. *História a súčasnosť vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku a v Čechách*. Diplomová práca: VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, 2013.
- SLEZÁKOVÁ, Z. ZÁVODNÁ, V. 2009. Vzdelávanie. In: Žiaková, K. et al. *Ošetrovateľský slovník*. Martin: Osveta, s. 175-176. ISBN 978-80-8063-315-8.
- SLEZÁKOVÁ, Z. et al. 2012. Ďalšie vzdelávanie v ošetrovateľstve. In: *Ošetrovateľstvo – 50 rokov univerzitného vzdelávania na Slovensku*. ÖGVP Verlag: Wien, 2012. s. 67-77. ISBN 978-3-9502178-6-5.
- SZEKELYOVÁ, J. , DIMUNOVÁ, L. 2014. *Manažment rizík a bezpečnosť v operačnom trakte*. Košice: Equilibria, 2014. 83 s. ISBN 978-80-8143-155-5.
- TOPLANSKÁ, Z. 2009. Legislatíva v ošetrovateľskej praxi. In: Velková, S., Toplanská, Z. *Právne aspekty v ošetrovateľstve a pôrodnej asistencii*. Košice: UPJŠ, s. 94-139. ISBN 978-80-7097-760-6.
- Úroveň vzdelání je jedním ze zásadních předpokladů kvalitní péče. 2014. In: *Zdravotníctví a medicína 2014*, ISSN 2336-2987, č. 16, s. 21.
- VATEHOVÁ, D. 2013. Osobnosti v ošetrovateľstve. In: Kilíková, M., Laca, P. (eds.) *Supplement vybraných kapitol vo vedných odboroch sociálna práca a ošetrovateľstvo I.*, Příbram: Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna, 2013. s. 186-194. ISBN 978-80-8132-097-2.
- Vyhláška MZ SR č. 366/2005 Z.z. o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov*.
- ZAMBORIOVÁ, M. SIMOČKOVÁ, V. 2005. Motivácia pre povolanie sestry. In: Čáp, J. et al. (eds.) *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve*, Martin: JLF UK, 2005. s. 526-534. ISBN 80-88866-32-4.
- Zákon č. 96/2004 sb., o podmínkách získavání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče*.

ZELINKA, P. 2014. *Historie ošetrovatelských škol*. [online]. [cit. 2014-06-19]. Dostupné na: <<http://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/historie-osetrovatelskych-skol/>>.

ŽIAKOVÁ, K., BÓRIKOVÁ, I. TOMAGOVÁ, M. 2011. Kompetencie sestier. In: *Sestra* 2011, ISSN 1335-9444, č. 5-6, s. 16-17.

AGROPODNIKANIE AKO SOCIÁLNY A EKONOMICKÝ STIMUL RIEŠENIA NEZAMESTNANOSTI V REGIÓNE GEMER

Szolnoky Štefan

Nezamestnanosť sa stala najdiskutovanejším a najfrekvencovanejším problémom dnešnej doby. Ovplyvňuje život nielen nezamestnaným, ale výrazne zasahuje do ekonomiky štátu, ale aj do bežného života všetkých ľudí. Spôsobuje pokles ekonomickej aktivity, pokles príjmov a stagnáciu hospodárstva. Znižuje sa sociálna, ekonomická a v konečnom dôsledku aj životná úroveň krajiny. Vlády jednotlivých krajín, samosprávne orgány, odbory a verejnosť sa zhodujú v tom, že zníženie nezamestnanosti je dnes politickou prioritou. Nezamestnanosť je problém, ktorý sa dotýka každého z nás, či už priamo alebo nepriamo a preto je potrebné rýchlo, kvalitne a tiež profesionálne ho riešiť. To je jedna z príčin, prečo sme sa rozhodli pre túto tému. Ďalším dôvodom bola úroveň miery nezamestnanosti v regióne Gemer, ktorá vysoko presahuje celoslovenský priemer. Pre výpočet miery nezamestnanosti sme použili vzorec:

$$\text{Miera nezamestnanosti v \%} = \frac{\text{počet evidovaných nezamestnaných}}{\text{počet ekonomicky aktívnych obyvateľov}} \times 100$$

Agropodnikanie má svoje zázemie v oblasti poľnohospodárskych činností, najmä však na rodinných farmách. Predstavuje jedinečnú symbiózu poľnohospodárstva, cestovného ruchu, gastronómie a miestnych zvykov. Zároveň prináša na vidiek nezanedbateľný príjem pre miestne obyvateľstvo, čím vlastne aktívne sa podieľa na riešení najvýraznejšieho problému spoločnosti v súčasnosti a to je nezamestnanosť. Vymedzenie geografického priestoru Gemer – zameriavam sa hlavne na miestne prostredie, obyvateľstvo a agropodnikateľského priestoru

v okrese Rimavská Sobota, hlavne na južnú časť okresu, t.z. od Tornale po Ožďany a od Hnúšte po pohraničie.

Kto pozornejšie sleduje procesy transformácie spoločenského systému Slovenska po roku 1989, nemôže obísť skutočnosť, že verejnosť začína mladú generáciu vnímať ako najviac ohrozenú a najviac manipulovateľnú. Súčasne pre spoločnosť aj nebezpečnú skupinu, ktorá najrýchlejšie podlieha nástrahám otvorenej spoločnosti. Tento spoločenský jav je produktom systémovej zmeny vyvolanej demokraciou, ktorá spája novodobú prosperitu západnej spoločnosti a ktorá sa svojou modernizáciou bytostne dotkla ľudského života a jeho existencie.

Modernizácia, ktorá sa postupne prediera na povrch z procesov transformácie spoločenského systému, sa začína správne chápať aj ako civilizačná výzva pre jednotlivca na adaptáciu k novej kultúre, ktorá so sebou prináša aj problém uplatnenia v pracovnom procese. Mladá generácia na Slovensku v súčasnosti utvára potrebný referenčný rámec aj na problematiku zamestnanosti v súčasnosti, lebo v sebe zahŕňa komplexnú charakteristiku z hľadiska rôznych celospoločenských premien, akými sú sociálne štruktúry, vývoj mobility, úrovne a formy občianskej participácie vo verejnom systéme. Človek sa musí neustále prispôsobovať zmenám, ktoré so sebou prináša život a doba, v ktorej existuje. V minulosti mal u nás každý človek právo na zamestnanie. Na jednej strane to bol pocit akejsi „sociálnej istoty“, na strane druhej to znamenalo potláčanie konkurencie, schopností ľudí v spoločnosti. Význam práce pre život každého človeka je nesporný, pretože tvorí jeho neoddeliteľnú súčasť. Práca svojím charakterom stimuluje vývin jednotlivca a celú spoločnosť. Realita produktívnej zamestnanosti a akejkoľvek spoločnosti je nezastupiteľná nielen v súvislosti s príjmami, ktoré rodina získava, ale v bezprostrednom rade i s pocitom sebaúcty pre ňu z toho vyplývajúcej. Práca má výrazný sociálny charakter, uskutočňuje sa v konkrétnom sociálno-kultúrnom prostredí, vyvoláva sociálne dôsledky a sociálne interakcie s inými sociálnymi javmi a procesmi. Z tohto dôvodu je nezamestnanosť v našej spoločnosti ťažkým a ťaživým problémom, ktorý sa bytostne dotýka aj niektorých rodín. Súvisí to s centrálnou úlohou

práce a zamestnania v našej spoločnosti a kultúre, v ktorej existujeme. Strata zamestnania znamená depriváciu v základných potrebách, ktoré zamestnanie a práca priamo uspokojujú alebo ich uspokojenie je s nimi úzko spojené.

„Zamestnanie má v živote človeka nezastupiteľné postavenie. Je dôležitou podmienkou jeho dôstojnej existencie, prináša mu nielen materiálny prospech, ale súčasne mu dáva pocit sebarealizácie a spoločenskej užitočnosti“ (Buchtová, B. et. al, 2002, s. 75). Práca zaraďuje človeka do mnohých sociálnych vzťahov, uspokojuje jeho potreby ctižiadosti, vlastného uplatnenia a sebaúcty. Zamestnanie nemá len ekonomický charakter, ale má i sociálny a psychologický význam, ktorý je daný tým, že človeka formuje po rozumovej, emocionálnej, duševnej i telesnej stránke. „Práca je pre človeka biologická a sociálna nevyhnutnosť. Obsahová náplň pracovných činností človeka výrazne ovplyvňuje aj štruktúru potrieb, trávenia voľného času atď...“ (Stanek, et. al., 1999, s. 195). Prácou človek získava hmotné prostriedky pre sociálny status seba a svojej celej rodiny. Zamestnanie nie je len ekonomická nevyhnutnosť. Postupne sa však stáva sociálnou potrebou, kde nadobúda stále viac prostriedkov vlastného uplatnenia a rozvoja potencií človeka.

Trvalá disparita medzi ponukou a dopytom po práci, nízka schopnosť ekonomiky podporovať tvorbu nových pracovných príležitostí, pretrvávajúca vysoká miera nezamestnanosti, jej regionálny rozmer, Nezamestnanosť je vždy spojená so znížením životnej a sociálnej úrovne nezamestnaného. Rovnako hrozí i nebezpečenstvo jeho sociálnej izolácie či sociálneho zlyhania. Nezamestnanosť nie je prežívaná rovnakým spôsobom. Ak je zamestnanosť akákoľvek, strata práce pre človeka je vždy ťažkou situáciou. Je veľmi dôležité, ako sa k tomuto závažnému problému nezamestnanosti postaví absolvent. Odlišnosti možno badať aj v rôznych regiónoch Slovenska, kde je nízka miera nezamestnanosti a je dostatok voľných pracovných miest. Tam je nezamestnanosť len krátkodobá. Nezamestnanosť ako aktívny sociálny problém dnešnej doby, príčinou čoho je aj hospodárska kríza, preto má vzrastajúcu tendenciu, stáva sa závažným problémom všetkých ľudí. Je negatívny spoločenský

jav, ktorý narúša existenciu každého jednotlivca, ktorého sa bytostne dotýka.

Zamestnanosť je dôležitým ukazovateľom sebarealizácie a sebahodnotenia jednotlivca. Vplyvom nezamestnanosti človek stráca po určitom čase mnohé doterajšie schopnosti a vedomosti a to preto, že ich nevyužíva. Ide nielen o úbytok zručností a vedomostí či odbornej kvalifikácie, ale aj o celkové odvyknutie si od bežných zamestnaneckých aktivít. Nezamestnanosť nie je len prioritným problémom z ekonomického hľadiska, pretože v súčasnosti je treba venovať rovnakú pozornosť aj sociálnemu hľadisku z dôsledku nezamestnanosti. Dôležité je im čo najúčinnejšie predchádzať a najmä zamedzovať. Ak chceme znížiť nezamestnanosť mladej generácie, musíme zabezpečiť všetkým bez rozdielu prístup k pracovným príležitostiam, v ktorých by mohli nájsť a tvorivo rozvíjať osobnostný a pracovný potenciál. Ten vytvorí pozitívny predpoklad na ich uplatnenie a integráciu v spoločenskom živote.

Súčasný stav poznania nezamestnanosti

Práca v živote každého jedinca zohráva významnú úlohu. Vo všeobecnosti je možné povedať, že práca je jednou zo základných ľudských činností a potrebou, pri ktorej každý jedinec vynakladá úsilie, aby dosiahol materiálny úžitok, realizoval svoje myšlienky a rozvíjal sa, a to všetko za cieľom uspokojovania svojich vlastných potrieb. Práca nie je len obyčajnou hodnotou, je výsostnou vlastnosťou človeka, ktorá musí byť humánna. Je v súčasnej dobe ozajstným šťastím človeka, jeho uspokojenie, ale zároveň aj pocit zlosti a nespokojnosti. Dôstojná práca nie je iba politickou alternatívou. Je považovaná za základný imperatív vo Všeobecnej deklarácii ľudských práv. Právo na prácu je zaradené medzi základné ľudské práva. V dnešnej dobe je pracovný trh dosť obmedzený. Nezamestnanie sú schopní si bez pomoci niekoho ďalšieho nájsť prácu. Väčšina z nich si získa trvalú prácu iba vtedy, ak zmení svoje osobné postoje a svoje správanie. Nezamestnaní v súčasnosti sa nevedia dobre predať ako pracovná sila, nedokážu správne

odprezentovať svoje schopnosti a zručnosti, nov určitých prípadoch sa jedná aj o poruchu sebavedomia, kedy ľudia v seba samého veriť prestali. Adaptácia nezamestnaných závisí od ich celkovej osobnej a životnej situácie, od ich osobnosti, keďže nezamestnanosť je záťažová krízová situácia, s ktorou sa jednotlivci vyrovnávajú rozmanite. Problematika nezamestnanosti so sebou prináša obrovské množstvo problémov, ktoré sú záťažujúce pre celú spoločnosť. Prioritne ide o problémy s ekonomickými nákladmi, no z určitého hľadiska sú neporovnateľné s dopadmi na ľuďoch, kde dochádza k mnohým stratám a deficitom v oblastiach súvisiacich so sociálnymi a zdravotnými problémami. Miera nezamestnanosti je odrazom ekonomického zdravia toho ktorého národa. Podľa Strieženca (2001, s. 180) je nezamestnanosť definovaná ako: „nedobrovoľné a dlhotrvajúce prerušenie práce z dôvodu nemožnosti nájsť si zamestnanie. Medzi zamestnancom a zamestnávateľom neexistuje alebo bol prerušený pracovnoprávny vzťah.“ Všeobecná deklarácia ľudských práv spojených národov z 1.12.1948 článok 23, odst.1. pojednáva o zamestnaní nasledovne:

„Každý človek má právo na prácu, slobodnú voľbu povolania, primerané a uspokojivé pracovné podmienky, ako aj na ochranu proti nezamestnanosti.“ K ďalším medzinárodným dokumentom patrí - Európska sociálna charta(revidovaná), prijatá 3. mája 1996 v Štrasburgu. Táto charta bola ratifikovaná prezidentom Slovenskej republiky 20. marca 2009.

II. časť Európskej sociálnej charty vo svojom čl. 1 pojednáva o Práve na prácu, kde sa zmluvné strany zaväzujú prijať za svoj hlavný cieľ dosiahnutie čo najvyššej a najstabilnejšej úrovne zamestnanosti a snažiť sa o dosiahnutie plnej zamestnanosti, chrániť právo pracovníka zarábať si na zamestnanie, ktoré si sám slobodne zvolil, zabezpečiť bezplatné služby zamestnanosti pre každého pracovníka a poskytovať poradenstvo pri voľbe povolania. Ďalšie články tejto charty sú taktiež venované a pojednávajú o zamestnávaní a pracovných podmienka a to: čl.2 Právo na

riadne podmienky práce, čl. 3 - Právo na bezpečné a zdravé pracovné podmienky, čl. 4 - Právo na primeranú odmenu.

Podľa koncepcie ILO (Medzinárodná organizácia práce)/2003 je nezamestnaným človekom „osoba, ktorá presiahla určitú vekovú hranicu, nemá prácu, ale je schopná pracovať a aktívne si prácu hľadá“. V Ústave Slovenskej republiky je uvádzané právo na prácu pre všetkých občanov, ktorí prejavia záujem o zamestnanie. Úlohou politiky trhu je zabezpečiť také podmienky, aby si každý obyvateľ mohol toto právo uplatniť. Takisto každá krajina musí mať vypracovanú politiku zamestnanosti, ktorá by mala vytvárať a udržiavať rovnováhu medzi ponukou práce na trhu a dopytom po nej a zároveň sa snažiť o minimalizáciu miery nezamestnanosti v krajine. Nezamestnanosť je vlastne neúplne, alebo nedostatočne využitie obyvateľstva, ktoré sa uchádza o prácu.

Sociálne dôsledky straty zamestnania

Človek poznáva skutočnú hodnotu svojej práce až v momente keď ju začne strácať, alebo už definitívne stratí. Strata práce, ku ktorej došlo neželane zo strany zamestnanca, ale bola nutná zo strany zamestnávateľa môže pre človeka mať negatívne dôsledky, sociálne psychické, zdravotné a ekonomické. Pre mnohých ľudí je práve práca jediným zdrojom príjmu pre jednotlivca alebo pre celú rodinu, takže pri jej strate dochádza k neuspokojovaniu základných životných potrieb a nastáva rodinná alebo osobná ekonomická, či existenčná neistota. Mnohokrát strata práce je spájaná aj so stratou významnej role a so znížením sociálnej prestíže jedinca. Práve práca je zdrojom identity a sebaúcty. Definícia nezamestnanosti je založená na tom, že osoba schopná práce je z možnosti pracovať v platenom zamestnaní vyradená ale aj na tom, že sa so svojím vyradením neuspokojuje a hľadá nové platené zamestnanie. V závislosti od dĺžky trvania nezamestnanosti delíme nezamestnanosť nasledovne:

1. Krátkodobá nezamestnanosť – do 3 mesiacov, maximálne do 6 mesiacov,
2. Strednodobá nezamestnanosť – od 6 mesiacov do 12 mesiacov,

3. Dlhodobá nezamestnanosť – od 12 mesiacov do 24 mesiacov,
4. Veľmi dlhodobá nezamestnanosť – viac ako 24 mesiacov.

Krátkodobá a strednodobá nezamestnanosť nemá také ťažké dopady na jedinca ako dlhodobá, kde sa dopady prejavia hlavne krátkodobým poklesom prísunu finančných prostriedkov avšak nezanecháva psychologické dôsledky. Jedná sa o nezamestnanosť, ktorá nepresiahne dĺžku šiestich mesiacov, často ide v týchto prípadoch aj o nezamestnanosť pri prechode z jedného zamestnania do druhého, alebo taktiež pri zmenách životných situácií. Ak sa človek ocitne v stave dlhodobej nezamestnanosti, nastáva u neho strach a neistota z budúcnosti, pochybuje o vlastných schopnostiach, je neúspešný v spoločnosti stráca pracovné návyky a pomaly sa oddeľuje od reality. Tento subjektívne stresujúci zážitok je ešte stále spoločnosťou chápaný ako znamenie životného zlyhania jedinca. S dlhodobou nezamestnanosťou klesá aj možnosť návratu do zamestnania. Osoby dlhodobo nezamestnané majú veľký problém nájsť si nové alebo vrátiť sa do pôvodného zamestnania, pretože ich pracovná morálka je zväčša narušená, strácajú návyk na prácu, sú demotivovaní hľadať si zamestnanie, a tým sa celkovo devastuje ľudský kapitál. Spoločnosť často odsúva takýchto ľudí na okraj záujmu, stigmatizuje ich a buduje voči nim nedôveru u potenciálnych zamestnávateľov, ktorí ich nezamestnanosť považujú za ich osobné zlyhanie.

Sledovaný región Gemer je charakterizovaný rozptýlenou sídelnou štruktúrou, ktorú charakterizuje vysoký počet malých obcí a nízka hustota osídlenia.. Sledovaný región má 15 obcí, z toho 1 mesto Rimavská Sobota. Veková štruktúra obyvateľstva zhruba kopíruje priemer Banskobystrického samosprávneho kraja s priemerným vekom 37,2 roka. Obyvateľstvo v produktívnom veku tvorí 66,2 % celkového obyvateľstva, v predproduktívnom veku 18 % a v poproduktívnom veku 20 % obyvateľstva. Z celkového počtu 23 666 obyvateľov sledovaného regiónu Gemer je 51,6 % žien.

Obyvateľstvo regiónu starne a ročne prevažuje úbytok obyvateľstva nad prírastkom.

Demografické charakteristiky sledovaného regiónu

Počet obyvateľov 23 666

Hustota osídlenia (obyv./km²) 77

Rozloha sledovaného (km²) 307

Celkový prírastok / úbytok -41.

To, či sa jedinec zamestná alebo nie, je ovplyvňované mnohými faktormi ako je jeho vek, zdravotný stav, pohlavie, rodinné zázemie, vzdelanie alebo príslušnosť k etnickej skupine. Na základe pôsobenia týchto faktorov sa postupne vyčlenili skupiny, u ktorých je predpoklad, že sa budú schopní zamestnať iba na sekundárnom trhu. Jedná sa o mladšie vekové kategórie do 30 rokov, starších ľudí, ženy, ľudí so zdravotným postihnutím, rómske etnikum, alebo ľudí bez kvalifikácie. Na Slovensku je nezamestnanosť prioritným problémom spoločnosti. Podľa štatistického úradu Slovenskej republiky bola koncom roka 2010 miera nezamestnanosti na Slovensku na úrovni 12,4 %, čo znamenalo až 389 tis. nezamestnaných občanov. V porovnaní s januárom 2010 došlo k miernemu poklesu vzhľadom k januárovej miere nezamestnanosti 15,1 %, čiže 407 tis. nezamestnaných. Vývoj nezamestnanosti na území Slovenskej republiky od roku 2009 do roku 2013, z ktorého vyplýva, že miera nezamestnanosti bola najvyššia v roku 2010 a najnižšia v roku 2009, pred prepuknutím dôsledkov svetovej hospodárskej krízy na Slovensku. (Podľa štatistického úradu Slovenskej republiky, ďalej len „ŠÚSR“).

Miera nezamestnanosti na území Slovenska už v januári v roku 2013 podľa Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny (ďalej len „ÚPSVaR“) stúpila na 12,98 %, čím bolo dosiahnuté maximum za posledné 4 roky. Vyššia nezamestnanosť bola evidovaná iba v roku 2009, kedy to bolo 33,30 %. V súčasnom období sa miera nezamestnanosti opäť zvýšila na 30,4 %. Na Slovensku je miera nezamestnanosti rôzna pre každý kraj.

Z tohto prehľadu ÚPSVaR je zrejmé, že najvyššia nezamestnanosť bola ku koncu mesiaca október 2013 v Banskobystrickom kraji, kde miera nezamestnanosti dosiahla hodnotu 19,29%.

Záver

Vychádzajúc z poznatkov získaných počas sledovaného obdobia vybratého regiónu, sa dopracovalo k záveru a odporúčaniam, ktoré by najväčší problém obyvateľstva nielen z ekonomického hľadiska, ale najmä zo spoločenského a sociálneho hľadiska riešil vhodným spôsobom.

Navrhujem nasledovné opatrenia:

- Vytvorenie poradenského centra v meste Rimavská Sobota pre región a mimo neho.
- Založenie strednej školy v Rimavskej Sobote aj na zameranie na prípravu študentov v odbore Agropodnikanie a Agroturistika.
- Vytvorenie školiaceho strediska na získavanie certifikátov k obsluhu poľnohospodárskej techniky
- Zvolanie Celoslovenskej konferencie k téme sociálna práca v sektore Agropodnikania a Agroturistiky.
- Publikovanie výsledkov v odborných časopisoch a v spolupráci aj zahraničných odborníkov vytvoriť TEAM, ktorý by dlhodobo sledoval a koordinoval projekt navrhnutý na riešenie danej problematiky.
- Príprava marketingu o nové sociálne pojmy t.j. rodinná farma predaj z dvora.

Zoznam bibliografických odkazov

ČERNÁ, E. *Flexibilita a istota na trhu práce*. In: Hospodárska politika v členských zemích Európskej unie: Sborník príspevků VIII. mezinárodní vědecké konference. 8.-10. září 2010, Horní Lomná, ČR. - Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2010. 49-55 s. ISBN 978-80-7248-601-4.

Friedrich Ebert Stiftung Problematika dlhodobej nezamestnanosti v Slovenskej republike, Bratislava, 1996.

HANZLÍKOVÁ, O., PAUKNEROVÁ, D. SOUŠKOVÁ, M. Jak uspět v prvním zaměstnání. 1. vyd. Praha: GRADA Publishing, 2001. 140 s. ISBN 80-247-0121-9.

MAREŠ P. Nezaměstnanost jako sociální problém, Sociologické nakladatelství, Brno, 1994. ISBN 80-901424-9-4

MARTINCOVÁ M.: Nezamestnanosť ako makroekonomický problém, Vydané v edícii Ekonómia, Bratislava, 2005. ISBN 80-8078-038-2.

KONING DE J., KOROLKOVA K, GOUDRIAAN M., NES VAN P.: Zložky systému pravidelného a opodstatného hodnotenia politiky zamestnanosti (SPOHPZ) v Slovenskej republike, SEOR BV, Rotterdam, 2001. ISBN 80-968730-3-2

Mesačník Ústredia práce, sociálnych vecí a rodiny a Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR: Sociálna politika a zamestnanosť, ISSN 1336 5053.

MATOUŠEK, O. a kol.: *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

SCHAVEL, M. a kol. 2007. *Sociálna prevencia*. 2. vyd. Prešov: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča, 2007. 141 s. ISBN 978-80-89271-22-1.

PÁVNÝ REŽIM SOCIÁLNEJ PRÁCE A OŠETROVATEĽSTVA

Tkáč Vojtech – Vražel Jozef

Úvodné poznámky

Vzťahy sociálnej sféry v užšom zmysle a zdravotníctva, vrátane ošetrovateľstva v teórii, v praxi i v legislatívnej forme sú postavené na širokej škále problémov, ktoré sa riešia často sporadicky a vytvárajú i vyvolávajú sa v ich súvislostiach nové dimenzie a situácie v súlade so spoločenským vývojom.

Po politických zmenách v rokoch 1989 a 1990 počas prechodu k parlamentnej demokracii i k trhovej ekonomike v oblasti sociálnych vecí, zamestnanosti, miezd, rodiny atď. pôsobili kompetencie federácie – Českej a Slovenskej Federatívne Republiky, pričom oblasť zdravotníctva bola v kompetencii národných republík. Uvedený kompetenčný stav vytvoril rôzne prístupy k transformácii sociálnej sféry na federálnej úrovni v sociálnej sfére, ale vznikli aj rozdiely v českom zdravotníctve a v slovenskom zdravotníctve, vrátane „*revolučných*“ chýb v zavádzaní plurality zdravotných poisťovní, v privatizácii zdravotníctva, v „*búraní*“ fungujúcich systémov atď.

V 90-tych rokoch minulého storočia boli vypracované analýzy neriešených problémov medzi príslušným Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky a Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky a prejavila sa snaha riešiť spoločné a otvorené problémy i otázky. Vznikli inštitúcie na návrhy zmien a na riešenie existujúcich vzťahov, organizačných, materiálnych a legislatívnych problémov. Vzťah sociálnych služieb a sociálnoprávnej ochrany k poskytovaniu zdravotnej starostlivosti sa prejavil najmä v príprave a aplikácii zákona č. 195/1998 Z. z. *o sociálnej pomoci v znení neskorších predpisov*, ktorý spolu s *Vykonávacou vyhláškou Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky č. 198/1998 Z. z. na vykonanie niektorých ustanovení zákona o sociálnej pomoci* prezentovali snahy koncepčne riešiť aj otázky vzťahu sociálnych služieb, kompenzácií zdravotného postihu, lekárskej

posudkovej činnosti, poskytovania zdravotnej starostlivosti aj vo vzťahu k sociálnej práci atď.

V období tzv. zdravotníckej reformy po roku 2002, podstatou ktorej bola najmä privatizácia zdravotníctva sa komplexná právna úprava *sociálnej pomoci* diverzifikovala najmä do samostatných zákonov (*zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia, 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 a zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele v znení neskorších predpisov, zákon č. 417/2013 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi* atď.).

Hľadanie spojenia sociálnej práce a zdravotnej starostlivosti je otvoreným problémom vedy sociálnej práce a medicínskych vied, aj napriek samostatným prístupom k sociálnym problémom a k medicínskym problémom chýba integrovaný prístup k vzťahu sociálnej a zdravotnej dimenzii ľudského života. Medzi dominantné problémy vzťahu sociálnej práce a ošetrovateľstva budú stále viac prenikať demografické zmeny, starnutie populácie, predlžovanie aktívneho veku, rastúci dopyt po sociálnych a zdravotných službách, pričom tu sa prejaví pripravenosť alebo nepripravenosť slovenskej spoločnosti na tieto zásadné zmeny (*Odporúčanie Výboru ministrov Rady Európy /2009/*).

Uvedená problematika presahuje rámec tejto štúdie, tu upozorňujeme na nadčasový význam tohto relatívneho varovania. V súčasnosti sme svedkami neobvyklého prístupu k starším osobám, ktorý má všetky atribúty ageizmu, gerontofóbie a presadzuje sa tzv. *demografický alarmizmus*, ktorý spočíva v „strašení“ starobou, v komentovaní významných demografických zmien, spočívajúcich v predlžovaní strednej dĺžky života, v predlžovaní aktívneho života starších osôb a ich pracovnej aktivity a v neustálom zvyšovaní podielu osôb v poproduktívnom veku na ostatných skupinách občanov.

Väčšina obyvateľov Slovenska v produktívnom veku nemá zabezpečenú starobu, pretože sú mimo

poisťovacích/sporivých systémov. Vysoká a dlhodobá nezamestnanosť vyradila tiež státisíce našich obyvateľov zo systémov sociálnej ochrany, rastie opustenosť starších osôb, zvyšuje sa chudoba a klesajú indexy spokojnosti. Odmeňovanie za prácu je diskriminačné, až genocídne, nedáva záruky na rovnoprávne a spravodlivé dôchodkové a zdravotné poistenie a na financovanie ošetrovateľstva, opatrovania a na nákladnú sociálnu prácu. Osobitnú skupinu problémov tvorí odmeňovanie za prácu v sociálnej oblasti i v zdravotníctve.

Vo svete fungujú pripoisťovacie systémy pre pripoistenie bezvládnosti, prípadne pre prípad potreby opatrovania alebo ošetrovania fyzickej osoby treťou osobou (fyzickou osobou alebo právnickou osobou). Ako ukážku uvádzame napríklad zákon z 19. júna 1998 o poistení bezvládnosti Veľkovejvodstva Luxemburska, ktorý ustanovuje poistenie bezvládnosti ako „nového“ rizika v rámci sociálneho zabezpečenia v dôsledku choroby, pracovného úrazu, invalidity alebo staroby (La loi sur l'assurance dépendance..., 2005).

Absencia pripoistenia pre bezvládnosť je hroziavou vizitkou politických garnitúr na Slovensku a ich laxného prístupu k sociálnym reformám, ako i ignorovanie osvedčených praktík sociálnej praxe v iných štátoch. V súčasnosti sa dynamicky rozvíjajú právne prístupy k medicíne, vyžadujú sa stále vyššie úrovne vzdelania a vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. Od forenznej medicíny cez medicínske právo a zdravotnícke právo sa kreuje v odbornej sfére tzv. *bioprávo*, ktoré komentuje K. Tóth tak, že tento pojem môže nahradiť slovné spojenia a status *zdravotníckeho práva* /, „health law“/ (TÓTH, K., 2015).

Najnovšie pokroky v sociálnej práci definujú tzv. *socionómiu* ako náuku o sociálnej práci na čele so *socionómami*, takže vo vzťahu medicíny, práva a sociálnej práce sa ešte dočkáme nového (aj vedeckého) pokroku, ktorý by iste privítala dosť obchádzaná prax sociálnej práce.

Aktuálne zmeny v legislatíve sociálnej práce a ošetrovateľstva

Európska únia prijala s účinnosťou od 1. marca 2010 dlhodobú *Stratégiu na zabezpečenie inteligentného, udržateľného a inkluzívneho rastu: Európa 2020*.

Aktuálne a priebežné hodnotenie Stratégie nie je priaznivé, najmä z hľadiska zamestnanosti a zmiernovania i odstraňovania chudoby. V súčasnosti sa realizujú čiastkové podsystémy citovanej Stratégie, osobitne je to napríklad stratégia, známa pod názvom *Podpora reforiem sociálnej ochrany (VP/2014/006 Soutien aux réformes de la protection sociale)*.

V rámci podpory reforiem sociálnej ochrany sa v súčasnosti realizuje *Európsky program zamestnanosti a sociálnej inkluzie (Le programme européen pour l'emploi et l'innovation sociale «EaSi» 2014-2020, Le programme EaSI)*.

Program EaSI je finančným nástrojom, ktorý na európskej úrovni predpokladá podporu udržateľnej a kvalitnej zamestnanosti, prispieva ku garanciam adekvátnej a korektnej sociálnej ochrane a k zápasom proti sociálnej exkluzii, chudobe a k zlepšovaniu pracovných podmienok. Súčasťou podpory zamestnanosti jednotlivých skupín zamestnancov, okrem iných, sa počíta aj s podporou tvorby a udržania tzv. *bielych pracovných miest*, teda podpory zamestnanosti v oblasti sociálnej práce a zdravotníctva.

V roku 2013 došlo vo vnútroštátnom práve sociálneho zabezpečenia k významným zmenám v právnej regulácii sociálneho poistenia rozšírením osobného rozsahu zamestnancov na účely nemocenského poistenia, dôchodkového poistenia a poistenia v nezamestnanosti. Dochádza k zmenám v spôsobe zvyšovania dôchodkových dávok a úrazových dávok, k úprave vymeriavacieho základu pre samostatne zárobkovo činné osoby na platenie poistného, zjednotili/zvýšili sa maximálne vymeriavacie základy na poistné v sociálnom poistení atď.

V súlade s predlžovaním veku dožitia sa od roku 2017 zavedie automatický stabilizátor, ktorý prezentuje väzbu medzi ustanoveným dôchodkovým vekom a strednou dĺžkou života. Ak sa bude predlžovať stredná dĺžka života, bude sa zvyšovať aj ustanovený vek možného odchodu do starobného dôchodku a naopak, pri klesaní strednej dĺžky života sa úmerne zníži aj vek odchodu do starobného dôchodku. Uvedené opatrenia sa priamo i nepriamo dotknú ošetrovania a opatrovania starších osôb, poskytovania sociálnych služieb starším osobám a prijímateľom sociálnych služieb osobám, ktoré dosiahli dôchodkový vek.

V lete v roku 2014 sa uskutočnili systematické zmeny v sociálnej legislatíve a v zdravotnej legislatíve, a to v *zákone č. 185/2014 Z. z. z 24. júna 2014, ktorým sa zmenil a doplnil zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve v znení neskorších predpisov.*

Zmeny v *zákone č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov* smerovali k zavedeniu princípu *lege artis* v ustanoveniach § 4 ods. 6, podľa ktorého ošetrovateľská starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb a v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately **je poskytovaná správne, ak je poskytnutá v súlade so štandardnými ošetrovateľskými postupmi.** Podľa novelizovaných ustanovení § 7 ods. 1, písm. d/ sa ustanovuje, že aj ošetrovateľská starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb a v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately. Podľa novelizovaného ustanovenia § 7 ods. 8 sa ďalej ustanovuje, že ošetrovateľskú starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb osobám, ktorým sa poskytujú sociálne služby v týchto zariadeniach/v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately osobám, pre ktoré sa vykonávajú opatrenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, poskytujú zamestnanci zariadenia sociálnych služieb/zamestnanci zariadenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, *ktorí spĺňajú podmienky pre výkon zdravotníckeho povolania.* Pre úplnosť treba uviesť, že podmienky pre výkon zdravotníckeho povolania v uvedených obidvoch typoch sociálnych zariadení ustanovuje § 31 *zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve v znení neskorších predpisov.* Vzájomná spätosť poskytovania zdravotnej/ošetrovateľskej starostlivosti a sociálnej práce v zariadeniach sociálnych služieb sa v už citovanom *zákone o sociálnych službách* upravila, v súvislosti so zdravotníckymi zákonmi, v ustanoveniach § 22 *zákona o sociálnych službách*, podľa ktorého zariadenia

sociálnych služieb – zariadenia pre seniorov (§ 35), zariadenia opatrovateľskej služby (§ 36), domovy sociálnych služieb (§ 38) a špecializované zariadenia (§ 39) môžu okrem poskytovania sociálnych služieb podľa zákona o sociálnych službách poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť, ktorú poskytujú zamestnanci zariadenia, ktorí spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania.

Sociálne zariadenia môžu uzatvárať *zmluvu o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb* (§ 7a ods. 1 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 185/2014 Z. z.).

Ustanovenia novelizovaného § 22 zákona o sociálnych službách obsahujú detailne regulácie aj o tzv. *kvalifikovanej zodpovednej osobe*, ktorá pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia je zodpovedná za odborné poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. V § 22 ods. 4 sú uvedené kvalifikačné predpoklady tzv. zodpovednej osoby, ustanovuje sa nezlučiteľnosť výkonu tejto funkcie s viacerými pracovnoprávnymi vzťahmi. Okrem iného sa vymedzuje postavenie sestry so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v odboroch vnútorné lekárstvo/v komunite/v psychiatrii. Osobitne sa ustanovujú tiež podmienky poskytovania zdravotných výkonov pri poskytovaní sociálnej služby deťom.

Novelizovaný zákon o sociálnych službách upravuje tiež podmienky poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti z hľadiska princípu *lege artis*, vytvorenia základného materiálneho a technického vybavenia a ustanovenia o vedení ošetrovateľskej dokumentácie, ako aj prechodné ustanovenia k účinnosti úprav od 1. júla 2014.

V *Prílohe č. 9 k zákonu č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách* sú uvedené náležitosti pre *Základné materiálne a technické vybavenie na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti*.

Obdobné novelizačné ustanovenia vo vzťahu k ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnoprávnej

ochrany detí a sociálnej kurately sú ustanovené v novelizovanom znení § 47a zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele (poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v príslušnom zariadení, úhrady zdravotných výkonov ošetrovateľskej starostlivosti prostredníctvom verejného zdravotného poistenia a zmluva o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, ustanovenie tzv. kvalifikovanej osoby, zodpovednej za odborné poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti /tzv. zodpovedná osoba/, postavenie sestry so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť /pediatria, komunita, psychiatria/).

Zákon o sociálnoprávnej ochrane obsahuje tiež princíp *lege artis* pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, podmienky materiálneho a technického vybavenia (Príloha k zákonu), povinnosti pri vedení ošetrovateľskej dokumentácie v rozsahu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti a prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 1. júla 2014.

Novelizácia zákona o sociálnych službách a zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti sú predmetom aktuálnej kritiky. D. Palúchová kritizuje relatívne novú právnu úpravu z 28. mája 2014, ktorá priamo ovplyvnila postavenie zdravotných sestier v zariadeniach sociálnych služieb, odobrala im kompetencie, zredukovala počet zdravotných výkonov, ktoré vykonávali a podporila priamo opatrovateľskú starostlivosť (PALÚCHOVÁ, D. Zodpovednosť zdravotníckych pracovníkov, 2015, v tlači).

Predmetom kritiky je hodnotenie opatrovateľskej činnosti, ktorá je nepostačujúca vzhľadom na polymorbiditu klientov a na nepostačujúce vzdelávanie opatrovateľov. Autorka konštatuje, že legislatíva z roku 2014 je postavená na deviatich výkonoch ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb a v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany a sociálnej kurately. Je to podľa autorky neprofesionálne a neefektívne (PALÚCHOVÁ, D. Zodpovednosť zdravotníckych pracovníkov, s. 145, 2015).

Rovnako hodnotí aj financovanie výkonov zdravotnou poisťovňou ako odmeňovanie zariadení za zlú a nekomplexnú starostlivosť, tiež štandardy počtov opatrovateľov a proporcie so zdravotníckym personálom. Zákon o sociálnych službách sa venuje *zdravotno-sociálnym prepojeniam* v ustanovení povinností poskytovateľa sociálnej služby (§ 7 a nasledujúce), povinnostiam poskytovateľa pri ochrane života, zdravia a dôstojnosti prijímateľa sociálnej služby (§ 10), pri definovaní sociálnych služieb v prípadoch riešenia nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodov ťažkého zdravotného postihnutia (pozri k tomu príslušnú právnu úpravu o príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia atď.), nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku. Osobitné právne režimy platia pre opatrovateľskú službu, pre posudkovú službu a v jej rámci je to úprava tzv. zdravotnej posudkovej činnosti (§ 49 zákona o sociálnych službách), v spojení zdravotného posudku a sociálneho posudku vzniká posudok o odkázanosti na sociálnu službu (§ 51). V intenciách § 70 zákona o sociálnych službách sa upravuje sociálna služba poskytovaná v zdravotníckom zariadení ústavnej sociálnej starostlivosti atď.

Nový 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 obsahuje niektoré relevantné ustanovenia aj vo vzťahu k poskytovanou zdravotníckych služieb v rámci sociálnej práce, ale i poskytovanie sociálnej práce v rámci zdravotníckych služieb. Zákon o sociálnej práci vymedzuje interdisciplinárny charakter sociálnej práce tým, že sociálny pracovník a asistent sociálnej práce uplatňujú prístupy zodpovedajúce cieľu vykonávanej sociálnej práce a poznatkom odboru sociálna práca s využitím odborných metód práce v závislosti od zamerania sociálnej práce. Sociálny pracovník a asistent sociálnej práce vykonávajú sociálnu prácu vo vzájomnej súvislosti s inými odbornými činnosťami z oblasti psychológie, práva, medicíny, pedagogiky, sociológie a z ďalších oblastí.

V čase uzávierky príspevku sa očakávalo vydanie nariadenia vlády Slovenskej republiky o sústave nadstavbových

odborných činností, o kvalifikačných predpokladoch a o osobitných kvalifikačných predpokladoch pre príslušnú nadstavbovú odbornú činnosť, vzdelávacie programy podľa nadstavbových odborných činností, štandardy vzdelávacích programov a kvalifikačné predpoklady pre prijatie do vzdelávacieho programu.

Nová právna úprava sociálnej práce po kompletizácii v roku 2014 v novom zákone o sociálnej práci a po prijatí vykonávacích predpisov doplní medzinárodnoprávny režim sociálnej práce v intenciách revidovanej Európskej sociálnej charty Rady Európy a patrí v Európe medzi najprogressívnejšie systémy komplexnej právnej úpravy. Vzťah sociálnej práce a zdravotníctva/ošetrovateľstva sa prejavuje v mnohých dimenziách, odporúčame ďalšiu legislatívnu pozornosť venovať aj komplexnej právnej úprave resocializácie, ktorú odporúčame inkorporovať do samostatného komplexného a koncepčného právneho !resocializačného kódexu“, vrátane tzv. totalitnej resocializácie v penitenciárnej starostlivosti, v reedukačných zariadeniach, kde treba rezort školstva presvedčiť, že ich preferovanie *edukatívnej funkcie* v resocializačných zariadeniach pod správou Ministerstva školstva Slovenskej republiky sú dávno v zahraničí prekonané prístupy. V sociálnej práci aj vo vzťahu k zdravotnému stavu prijímateľa/klienta sociálnej práce či ošetrovateľstva je dôležitá *právna subjektivita občana*. Podľa zákona č. 40/1964 Zb. *Občiansky zákonník* sa právne a zdravotnícke aspekty prejavujú v právnej úprave obmedzenia alebo pozbavenia spôsobilosti občana na právne úkony. Podľa ustanovení § 10 Občianskeho zákonníka v prípade, že fyzická osoba pre duševnú poruchu, ktorá nie je len prechodná, nie je vôbec schopná robiť právne úkony, *súd ju pozbaví spôsobilosti na právne úkony*.

Súd *obmedzí spôsobilosť na právne úkony* fyzickej osoby a rozsah obmedzenia určí v rozhodnutí, ak táto fyzická osoba pre duševnú poruchu, ktorá nie je len prechodná, alebo pre nadmerné požívanie alkoholických nápojov alebo omamných prostriedkov či jedov je schopná robiť len niektoré právne úkony. V prípade,

že sa zmenia alebo ak odpadnú dôvody, ktoré k nim viedli, súd *pozbavenie* alebo *obmedzenie* spôsobilosti zmení alebo zruší.

Podľa ustanovení § 186 zákona č. 99/1963 Zb. Občianskeho súdneho poriadku návrh na začatie konania o spôsobilosti na právne úkony (pozbavenie, obmedzenie alebo vrátenie spôsobilosti na právne úkony) môže podať aj zdravotnícke zariadenie, ktoré je v takomto prípade účastníkom konania. Súd ustanoví tomu, o ktorého spôsobilosti sa bude konať opatrovníka pre konanie. O zdravotnom stave vyšetrowaného súd vypočuje vždy znalca, na ktorého návrh tiež súd môže nariadiť aby bol vyšetrowaný po čas najviac troch mesiacov vyšetrowaný v zdravotníckom zariadení, ak je to nevyhnutne potrebné na vyšetrenie zdravotného stavu. V prípade nadmerného užívania alkoholických nápojov alebo omamných prostriedkov/jedov môže súd prerušiť konanie na čas, ak sú síce podmienky pre obmedzenie právnej spôsobilosti, ale možno očakávať, že sa stav vyšetrowaného zlepši. Trovy konania platí štát.

Občiansky súdny poriadok ustanovuje v § 191a a v nasledujúcich ustanoveniach tiež procesné podmienky konania o vyslovenie prípustnosti prevzatia alebo držania v ústave zdravotníckej starostlivosti.

V zákone č. 461/2003 Z. z., o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov majú odbornú relevanciu ku skúmanému vzťahu sociálnej práce i ošetrovateľstva a zdravotnej starostlivosti aj ustanovenia o jednotlivých podsystemoch sociálneho poistenia, ktoré v rozhodujúcej miere sú prejavom vzťahu sociálnych udalostí v zmysle sociálnom, i v zmysle medicínskom (nemocenské poistenie, invalidné poistenie /pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť a miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť/, starobné poistenie, úrazové poistenie /pracovná rehabilitácia a rehabilitačné, náhrada za bolesť a náhrada za sťaženie spoločenského uplatnenia/ atď.).

Podľa ustanovení § 156 citovaného zákona o sociálnom poistení sú upravené ustanovenia o zdravotných výkonoch na účely sociálneho poistenia.

Rovnako súvisí so skúmanou problematikou aj systém služieb zamestnanosti, podmienený zdravotným stavom, najmä vo vzťahu k osobám so zdravotným postihnutím.

Zákon č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti upravuje právne vzťahy pri poskytovaní služieb zamestnanosti a definuje, okrem iných, aj ako skupinu znevýhodnených uchádzačov o zamestnanie aj občanov so zdravotným postihnutím. Na účely tohto zákona sa ustanovujú pravidlá lekárskej posudkovej služby, ktorou je posudzovanie zdravotnej spôsobilosti uchádzača o zamestnanie. Podľa ustanovení § 20 zákona o službách zamestnanosti sa vytvára odborné konzílium posudkových lekárov atď.

Zoznam bibliografických odkazov

La loi sur l'assurance dépendance au Grand-Duché de Luxembourg, Luxembourg, Inspection générale de la sécurité sociale.. Assurance Dépendance, Cellule d'Évaluation et d'Orientation. Avril 2005, 28 s.

PALÚCHOVÁ, D. Zodpovednosť zdravotníckych pracovníkov v zariadeniach sociálnych služieb po novele zákonov v zdravotno-sociálnej oblasti. In: Zdravotnícke právo. Zborník príspevkov z medzinárodného vedeckého seminára, január 2015, v tlači

TKÁČ, V. K transformácii sociálneho systému. In: *Práca a sociálna politika*. Roč. 1. 1993, č. 9, s. 2

TKÁČ, V. Úvod ku Koncepcii transformácie sociálnej sféry Slovenskej republiky. In: *Práca a sociálna politika*. Roč. 4. 1996, č. 1, s. 4

TKÁČ, V. *Podklad pre prípravu koncepcie kreovania Komory sociálnych pracovníkov*. Bratislava: Sociálno-zdravotnícke spektrum. Vedecko-odborný časopis pre sociálnych pracovníkov a chronicky chorých. 2014. ONLINE ISSN 1339-22379. PRINT ISSN 1339-1577. [http:// www.szspektrum.eu/aktualne-vydanie](http://www.szspektrum.eu/aktualne-vydanie)

TÓTH, K. Od forenznej medicíny po bioprávo. s. 10-13. In: TÓTH, K.-PAGÁČOVÁ, I. Zdravotnícke právo. Zborník príspevkov z medzinárodného vedeckého seminára. 2015, v tlači

ŽILOVÁ, A. *Théorie du travail social communautaire. Community Social work Theory*. Fribourg: Association Internationale Sciences, Éducatives, Cultures, Tradition Fribourg – Suisse. 2010, 196 s. ISBN 978-2-9700716-2-4, s. 196

Odporúčanie Výboru ministrov Rady Európy, prijaté 8. júla 2009 na 1063. zasadaní Rec(2009)6 o starnutí a zdravotnom postihnutí v 21. storočí: udržateľné rámce, ktoré umožnia vyššiu kvalitu života v inkluzívnej spoločnosti

Zákon č. 99/1963 Zb. Občiansky súdny poriadok

Zákon č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon)

Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele

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. 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

Zákon č. 575/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

AKTUÁLNE PROBLÉMY POSKYTOVANIA OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI FORMOU ADOS

Vatehová Drahomíra - Vateha Rastislav

Úvod

V priebehu dejín od najstarších čias až po súčasnosť sa poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí alebo v inom prirodzenom sociálnom prostredí vyvíjalo. Zmenilo sa z neškolenej práce na povolanie regulované štátom. V súčasnosti profesionálnu ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu poskytujú v domácom prostredí alebo v inom prirodzenom sociálnom prostredí fyzickým osobám všetkých vekových kategórií sestry alebo pôrodné asistentky s príslušnou odbornou spôsobilosťou metódou ošetrovateľského procesu prostredníctvom agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré riešia mnohé problémy. Cieľom práce je poukázať na špecifiká a problémy v práci sestier v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti.

Charakteristika agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti

Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti je ambulantná forma zdravotnej starostlivosti poskytovanej v domácom prostredí alebo v inom prirodzenom sociálnom prostredí fyzickým osobám všetkých vekových kategórií, ktoré spĺňajú určité kritéria, a to: vyžadujú ošetrovateľskú starostlivosť, sú imobilné, čiastočne mobilné a nie sú schopné samostatne prísť do ambulantného zdravotníckeho zariadenia, nevyžadujú ústavnú zdravotnú starostlivosť alebo ju odmietajú. Cieľom domácej ošetrovateľskej starostlivosti v súčasnosti je poskytnúť osobe komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu, zameranú na zlepšenie a udržanie kvality života, zmiernenie utrpenia, prevenciu komplikácií, doliečovanie po skončení ústavnej zdravotnej starostlivosti, rehabilitáciu a poradenstvo, zdravotnú výchovu a edukáciu jednotlivca, resp. rodiny a komunity v súvislosti so zdravotným stavom (Žiaková, 2009, s. 12). V súlade s cieľmi programu

Svetovej zdravotníckej organizácie sa domáca ošetrovateľská starostlivosť v komunite zameriava na podporu, upevňovanie a posilňovanie zdravia, prevenciu chorôb a pozitívnu spoluúčasť jednotlivcov, rodín a komunít na rozvíjaní zdravia spoločnosti. Okrem toho sa podieľa aj na sekundárnej prevencii, t. j. aktivity smerujúce k prinavráteniu zdravia. Takisto sa zameriava na predchádzanie komplikácií chronických ochorení a na poskytovanie útechy a láskavej opatery ľuďom každého veku v rámci hospicovej ošetrovateľskej starostlivosti, t.j terciárna prevencia. Domáca ošetrovateľská starostlivosť môže byť krátkodobá (napr. poúrazové a pooperačné stavy) a dlhodobá (chronicky chorí, geriatrickí pacienti, umierajúci) (Hanzlíková, 2006, s.255).

Vybrané legislatívne východiská ADOS

Sestry pracujúce v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti sa riadia právnymi predpismi: zákonmi, nariadeniami vlády, vyhláškami, odbornými usmerneniami. Ošetrovateľskú starostlivosť ako zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytuje sestra s odbornou spôsobilosťou metódou ošetrovateľského procesu v rámci ošetrovateľskej praxe definuje Zákon NR SR *o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Tento zákon ďalej hovorí o tom, čo zahrňa ošetrovateľská prax, t.j. vyhodnocovanie ošetrovateľských potrieb a zdrojov ich zabezpečenia, vedenie ošetrovateľskej dokumentácie a vyhodnocovanie výsledkov ošetrovateľskej starostlivosti, výchovu pacienta k podpore, udržiavaniu a obnove zdravia a poskytovanie informácií o potrebnej ošetrovateľskej starostlivosti, výchovu zdravotníckych pracovníkov v ošetrovateľstve a k profesionálnej etike, spoluprácu s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi. Ďalej pojednáva o zdravotnej dokumentácii (Zákon NR SR č. 576/2004 Z. z., § 2). O uhrádzaní zdravotnej starostlivosti hovorí Zákon NR SR o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (Zákon NR SR č.*

577/2004 Z. z., § 18-25). O podmienkach na výkon zdravotníckeho povolania, medzi ktoré patrí spôsobilosť na právne úkony v celom rozsahu, zdravotná spôsobilosť, odborná spôsobilosť a bezúhonnosť pojednáva Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve. Tento zákon v § 8 hovorí aj o tom, že zdravotnícke zariadenia musia byť personálne zabezpečené v súlade so svojim odborným zameraním (Zákon NR SR č. 578/2004). Výnos MZ SR o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení vymedzuje v rámci personálneho zabezpečenia odborného zástupcu ADOS, ktorý osobne zodpovedá za odborné poskytovanie zdravotnej starostlivosti v zdravotníckom zariadení. Odborný zástupca musí mať teoretické vedomosti a praktické zručnosti (Výnos MZ SR č. 09812/2008-OL). Nariadenie vlády SR o verejnej minimálnej sieti určuje koľko sestier pracujúcich v ADOS je na 10 000 obyvateľov, t. j. jedno sesterské miesto na 10 000 obyvateľov (Nariadenie vlády SR č. 751/2004 Z. z.). O ďalšom vzdelávaní sestier hovorí Nariadenie vlády o spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností (Nariadenie vlády SR č. 322/2006 Z. z.). Sestra v ADOS musí vedieť, ktoré výkony môže robiť samostatne. To zahŕňa Vyhláška, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom (Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z.). Sestra po posúdení pacienta stanovuje ošetrovateľské diagnózy. Na Slovensku platí Vyhláška, v ktorej je uvedený zoznam sesterských diagnóz (Vyhláška MZ č. 306/2005 Z. z.). Neoddeliteľnou súčasťou práce sestier a povinnosťou poskytovateľa je vedenie ošetrovateľskej dokumentácie. Zdravotnícke zariadenia, vrátane ADOS sú povinné údaje zo zdravotnej dokumentácie spracúvať, poskytovať a sprístupňovať podľa vyššie uvedeného Zákona č. 576/2004 Z.z. (§ 18). Dokumentáciu vedú sestry pracujúce v ADOS jednotne,

minimálne v rozsahu a spôsobom uvedeným v prílohách Odborného usmernenia o vedení zdravotnej dokumentácie (Odborné usmernenie MZ SR č. 07594/2009-OZS).

Personálne zabezpečenie ADOS

Poskytovateľom domácej ošetrovateľskej starostlivosti môže byť fyzická osoba (napr. zdravotnícky pracovník), alebo právnická osoba (napr. nemocnica, poliklinika, iné organizácie), ktorá poskytuje zdravotnú starostlivosť na základe povolenia. Fyzická osoba poskytuje zdravotnú starostlivosť na základe licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe. Právnická osoba má určeného odborného zástupcu s licenciou na výkon činnosti odborného zástupcu (Zákon NR SR 578/2004, § 11-12). Personálny manažment ADOS upravuje Vyhláška MZ SR č. 428/2006 Z. z. o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení a Výnos MZ SR z 10. septembra 2008 č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení uvedený vo Vestníku MZ SR, roč. 2008, čiastka 32-51/2008, Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti č. 07547/2007-OZSO uvedené vo Vestníku MZ SR r. 2007, ročník 55, čiastky 8 – 10 a Nariadenie vlády č. 640/2008 o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Vyhláška MZ SR č. 428/2006 Z. z. ustanovuje sestru – odborného zástupcu agentúry s príslušnou odbornou spôsobilosťou podľa Nariadenia vlády SR č. 324/2006 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa Nariadenie vlády SR č. 742/2004 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania. ADOS tvoria minimálne dve sestry, ktoré splňajú odbornú spôsobilosť – špecializáciu v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v komunite alebo v príslušnom špecializačnom odbore podľa Nariadenia vlády SR č. 322/2006 Z. z. o spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializovaných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností. Ošetrovateľskú starostlivosť vykonávajú odborníci s predpísaným

ošetrovateľským vzdelaním, ktoré získali v zhode s právnymi normami pre vzdelávanie sestier. Väčšinu sestier v teréne tvoria sestry so stredným odborným vzdelaním s maturitou a špecializáciou - domáca starostlivosť alebo ošetrovateľstvo v komunite a sestry s vyšším odborným vzdelaním (VOV) – diplomované sestry. V manažmente agentúry sa uplatňujú najmä sestry s vysokoškolským vzdelaním I. a II. stupňa (bakalárske a magisterské vzdelanie v odbore Ošetrovateľstvo). Všetci pracovníci agentúry musia mať adekvátnu prax pri lôžku pacienta – minimálne 5 rokov a byť registrovaní v Komore sestier a pôrodných asistentiek SR.

Zdravotnícki pracovníci agentúry tvoria multidisciplinárny tím. **Sestra manažérka** (prípadne odborný zástupca právnickej osoby) je pilierom agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Zodpovedá za rozvoj a perspektívy ošetrovateľstva. Je to sestra s vysokoškolským vzdelaním a špecializáciou ošetrovateľská starostlivosť v komunite s minimálne päťročnou ošetrovateľskou praxou. Musí mať okrem povahových daností aj odborné vedomosti a zručnosti. Musí sa vedieť orientovať v aktuálnej legislatíve, ekonomických otázkach, pracovnoprávných vzťahoch a administratívnych otázkach súvisiacich s činnosťou agentúry. Samostatným úsekom riadiacej práce sestry manažérky je kontrolná činnosť, ktorá je zameraná na kontrolu práce odborných pracovníkov agentúry pri poskytovaní služieb pacientom a ich rodinným príslušníkom, reprezentáciu agentúry k ostatným spolupracujúcim subjektom. Okrem ošetrovateľskej dokumentácie si každá manažérka vypracúva pracovné náplne odborných pracovníkov, ktoré sú súčasťou ich osobného spisu. Ďalšou neodmysliteľnou súčasťou osobného spisu každého pracovníka musí byť podpísané poučenie o dodržiavaní bezpečnostných predpisov, hmotná zodpovednosť za zverený inventár agentúry. Každdej manažérke záleží na tom, aby jej pracovníci poskytovali domácu ošetrovateľskú starostlivosť na vysokej odbornej úrovni a musí teda myslieť na zvyšovanie ich kvalifikácie formou ďalšieho vzdelávania na rôznych stupňoch. Komunikuje so sestrami a šíri teoretické a praktické vedomosti (Kilíková, 2013, s.30-31). Ďalšou členkou

tímu je **sestra koordinátorka**, ktorá organizuje a koordinuje poskytovanie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti. Na základe indikácie lekára primárnej starostlivosti, lekára špecialistu alebo ošetrujúceho lekára lôžkového zariadenia prijíma žiadosti na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. Podľa typu, charakteru, fázy ochorenia vyberie z tímu skúsenú sestru, ktorá vypracuje adekvátny ošetrovateľský plán, realizuje a koordinuje jeho splnenie.

Terénna sestra - sestra s ukončeným stredoškolským vzdelaním na strednej zdravotníckej škole podľa vtedajších právnych predpisov, alebo s vysokoškolským vzdelaním (Bc.) so špecializáciou ošetrovateľská starostlivosť v komunite a s päťročnou praxou pri lôžku. Vykonáva všetky odborné ošetrovateľské činnosti v domácnosti klienta metódou ošetrovateľského procesu. Okrem odborných vedomostí sestra v ADOS musí byť aj emocionálne zrelá, dobre vychádzať s ľuďmi, komunikovať jasne a presvedčivo, používať kognitívne schopnosti k dosiahnutiu čo najlepšieho výsledku. Má byť odolná a pokojná v kritických a vyhrotených situáciách (Kilíková, 2013, s. 146). Má byť schopná vypracovať plán ošetrovateľskej starostlivosti. V pláne ošetrovateľskej starostlivosti by malo byť zohľadnené zainteresovanie aj ďalších odborných pracovníkov. Práca sestry v teréne má svoje špecifiká. Pracuje v domácom prostredí pacienta. Často sú to aj pacienti zo sociálne slabších skupín, či neprispôsobiví občania. Sestra v teréne preto musí okrem poskytovania zdravotnej starostlivosti riešiť aj sociálne problémy pacientov. Ošetrovateľskú starostlivosť poskytuje aj v odľahlých obciach, kde často nie je iná dostupnosť zdravotnej starostlivosti. V kritických situáciách musí často sama zvládnuť aj neodkladnú zdravotnú starostlivosť a musí vykonať rozhodnutia, za ktoré berie zodpovednosť. Pracuje samostatne, často bez možnosti konzultácie s lekárom. Ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi sú **fyzioterapeuti**. Fyzioterapeuti vykonávajú odbornú rehabilitačnú starostlivosť najmä o dlhodobu a chronicky chorých. Zameriavajú sa na udržiavanie, podporu a obnovu funkčnej zdatnosti alebo na spomalenie progresie u osoby s vrodenou chybou, chorobou alebo úrazom, s cieľom prinavrátiť

stratené schopnosti alebo funkcie ľudského organizmu ako celku. **Iní (nezdravotníckí pracovníci)** sú administratívni pracovníci, ktorí spracovávajú výkazy, kontrolujú úplnosť dokumentácie ako podklad pre zdravotné poisťovne, vedú účtovníctvo, ktoré má byť v ADOS vedené správne, úplne, preukázateľne, zrozumiteľne a spôsobom zaručujúcim trvalosť účtovných záznamov (Hanzlíková, 2006, s.257-258).

Špecifiká poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v ADOS

Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti majú nezastupiteľné miesto v komunitnej starostlivosti. Najvýznamnejšiu časť klientov ADOS tvoria starší ľudia. Starnutie populácie púta pozornosť sociológov, ekonómov, politikov a demografov. Dôchodcovia sú rôznorodou skupinou ľudí, o ktorej sa často hovorí predovšetkým v súvislosti s obavami z nákladov na sociálne zabezpečenie a na zdravotnú starostlivosť (Bočáková, 2013, 15). Práve domáca ošetrovateľská starostlivosť má pomôcť zvládnuť vzrastajúci ekonomický tlak. Na rozvoj domácej starostlivosti vplýva okrem starnutia populácie, ekonomického tlaku aj zmena štruktúry rolí v rodine, vzrastajúci dopyt po službách v domácnosti zo strany verejnosti, rozvoj modernej technológie a politické faktory. Ošetrovateľská starostlivosť umožňuje ľuďom zlepšiť, chrániť alebo obnoviť zdravie, vyrovnat' sa so svojimi zdravotnými problémami a dosiahnuť čo možno najlepšiu kvalitu života aj napriek chorobe, invalidite až po smrť. Sestry v ADOS poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu, v rámci ktorého sestra v domácom prostredí (dom, byt pacienta), alebo v inom prirodzenom sociálnom prostredí (zariadenia pre seniorov, zariadenia sociálnych služieb, penzióny, denné stacionáre, charitatívne zariadenia) posudzuje, stanovuje ošetrovateľské diagnózy, realizuje a vyhodnocuje ošetrovateľskú starostlivosť. V indikovaných prípadoch môže sestra ADOS poskytnúť aj jednorazový výkon u pacienta (odber biologického materiálu, kontrola TK u imobilných hypertonikov, aplikácia injekcie a pod.). To však musí navrhujúci lekár v zdravotnej dokumentácii zdôvodniť (napr. z prevádzkových dôvodov). Domáca ošetrovateľská starostlivosť sa poskytuje podľa indikácie lekára

primárnej starostlivosti, najmä na základe zdravotného stavu pacienta, návrhu lekára špecialistu, na návrh ošetrojúceho lekára lôžkového zdravotníckeho zariadenia. Ak je po hospitalizácii pacienta potrebná ošetrovateľská starostlivosť v domácom prostredí, praktický lekár informuje sestru ADOS a vypíše návrh na poskytovanie DOS. Počas starostlivosti sestra manažérka informuje praktického lekára o každej zmene zdravotného stavu pacienta, dohodne s ním zmenu liečby a zmenu rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti, informuje ho o priebehu starostlivosti, alebo mu odovzdá písomnú správu, v ktorej zhrnie doterajší priebeh ošetrovateľskej starostlivosti a zhodnotí dosiahnuté výsledky. Ak dôjde k zlepšeniu stavu a už nie je domáca ošetrovateľská starostlivosť potrebná, informuje sestra manažérka o tejto skutočnosti praktického lekára a po konzultácii s ním ukončuje starostlivosť (Hanzlíková, 2006, s. 258).

Financovanie ADOS sa realizuje prostredníctvom zdravotných poisťovní na základe verejného zdravotného poistenia. Platí Katalóg zdravotných výkonov (Nariadenie vlády SR č. 223/2004 Z. z.), ktorý určuje, ktoré výkony sa môžu vykonávať v domácom prostredí. Zdravotné poisťovne zaviedli okrem toho systém mesačných finančných limitov, ktorý keď ADOS prekročí, nemá starostlivosť o pacientov uhradenú. Poisťovne tiež zaviedli zakázané kombinácie výkonov. Sú interným predpisom poisťovne a preto manažérka ADOS konzultuje s revíznou sestrou príslušnej zdravotnej poisťovne aké kombinácie výkonov sa môžu kombinovať a vykazovať.

Záver

Práca sestier v ADOS má svoje špecifiká. Ošetrovateľská starostlivosť sa poskytuje v domácom prostredí alebo v inom prirodzenom sociálnom prostredí pacienta. Riadi sa príslušnými legislatívnymi opatreniami. Tím pracovníkov ADOS je multidisciplinárny. Sestry v ADOS musia mať odborné a osobnostné predpoklady. Ďalší rozvoj a možnosti rozšírenia poskytovania zdravotnej starostlivosti formou ADOS je limitovaný zdravotnými poisťovňami.

Zoznam bibliografických odkazov

BOČAKOVÁ, O. Seniori ako významná súčasť spoločnosti a možnosti ich kvality života. In *Dimenzie vývoja súčasnej spoločnosti*. Ed. Tomášiková, A., Kubišová, Z. 1. vyd. Trenčín: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, 2013. 122 s. ISBN 978-80-8075-630-7.

HANZLÍKOVÁ, A. 2006. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. 2. nezmenené vyd. Martin: Osveta, 2006. 280 s. ISBN 80-8063-213-8

HANZLÍKOVÁ, A. *Profesionálne ošetrovatel'stvo a jeho regulácia*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2011. 155 s. ISBN 978-80-8063-360-8

KILÍKOVÁ, M. 2013. *Teória manažmentu v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Příbram: Ústav sv. Jána Nepomuka Neumana, VŠZ a SP sv. Alžbety v Bratislave, 2013. 391 s. ISBN 978-80-260-3845-0

KILÍKOVÁ, M. 2013. *Teorie moderního ošetrovatel'ství I*. 1. vyd. Příbram: Ústav sv. Jána Nepomuka Neumana, VŠZ a SP sv. Alžbety v Bratislave, 2013. 196 s. ISBN 978-80-260-3755-2

Nariadenie vlády SR č. 223/2005 Z. z. o ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov

Nariadenie vlády SR č. 751/2004 Z. z. o verejnej minimálnej sieti
Odborné usmernenie MZ SR č. 07547/2007-OZSO o poskytovaní domácej ošetrovatel'skej starostlivosti

Odborné usmernenie MZ SR č. 07594/2009-OZS o vedení zdravotnej dokumentácie

Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovatel'skej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom

Vyhláška MZ č. 306/2005 Z. z., ktorou sa stanovuje zoznam sesterských diagnóz

Vyhláška MZ SR č. 428/2006 Z. z. o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení

Výnos MZ SR č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení

ŽIAKOVÁ, K. a kol. 2009. *Ošetrovateľský slovník*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2009. 218 s. ISBN 978-80-8063-315-8

Zákon NR SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Zákon NR SR č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti

Zákon NR SR č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve

MANAŽMENT DOMÁCEJ STAROSTLIVOSTI A HODNOTENIE KVALITY STAROSTLIVOSTI

Zamboriová Mária

Úvod

Delimitácia akútnych lôžok priniesla so sebou zároveň aj skrátenie pobytu pacienta v nemocnici. Pre zabezpečenie ďalšej zdravotnej starostlivosti boli zriadené agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Výhodnosť využívania ADOS v zdravotníckom systéme spočíva predovšetkým v šetrení finančných prostriedkov v systéme verejného zdravotného poistenia a zvyšovaní kvality života pacienta, nakoľko liečenie prípadne doliečovanie prebieha v jeho prirodzenom prostredí.

Podľa DeWitovej (2009) medzi priekopníkov domácej ošetrovateľskej starostlivosti môžeme zaradiť známeho britského biznismena a filantropa Wiliama Rathbonea, ktorý sa ako prvý v roku 1959 zasadil za modernú koncepciu domáceho ošetrovateľstva. Historicky významným medzníkom bol rok 1899, kedy sa prvé národné sesterské organizácie spojili, čím vznikla Medzinárodná rada sestier (International Council of Nurses – ICN), so sídlom vo Švajčiarsku, ktorá funguje dodnes. Tá, okrem iného, kodifikovala ošetrovateľskú starostlivosť v nemocničnom a domácom prostredí. Od jej vzniku sa dôraz kládol predovšetkým na rozvoj a podporu, pre štáty ekonomicky výhodnejšej, domácej formy ošetrovateľskej starostlivosti. Počas medzivojnového obdobia sa však začala, z pragmatických dôvodov, koncentrovať ošetrovateľská starostlivosť z domovov naspäť do nemocníc. Opätovný rozmach domácej ošetrovateľskej starostlivosti nastal v sedemdesiatych rokoch 20. storočia (Jarošová, 2000).

Po roku 1989 ošetrovateľstvo prešlo mnohými zásadnými zmenami. Do systému vzdelávania a poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti sa premietli normy a princípy WHO, programov PHARE, TEMPUS, LEMON. V oblasti ošetrovateľstva a poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti akceptuje všetky dohovory, princípy a štandardy Európskej únie, WHO a ICN.

Pojem domáca ošetrovateľská starostlivosť sa v odbornej literatúre najčastejšie uvádza ako komplexná ošetrovateľská starostlivosť, čím máme na mysli akékoľvek činnosti a služby sestier poskytované klientovi v jeho domácnosti. Internacionálne zaužívaný pojem domácej ošetrovateľskej starostlivosti v odborných kruhoch je home care. Niektoré zahraničné zdroje uvádzajú i pojmy ako in-home care, domiciliary care, či social care. Cieľom týchto pojmov je presne charakterizovať domácu ošetrovateľskú starostlivosť ako starostlivosť neposkytovanú sestrami, lekármi či iným zdravotníckym (rozumej medicínskym) personálom (Rice a kol., 2006). Smith (2008) definuje DOS ako starostlivosť poskytovanú tým pacientom, ktorí nie sú chorí natoľko, aby nevyhnutne potrebovali nemocničnú starostlivosť, ale zároveň nie sú schopní postarať sa o seba samostatne v domácom prostredí. Kým v minulosti DOS neobsahovali poskytovanie zdravotnej starostlivosti, tie dnešné už poskytujú celý rad komplexných služieb, zdravotnícke nevynímajúc. Okrem toho pomáhajú pacientom a jeho rodinným príslušníkom k prinávrateniu samostatnosti do maximálnej možnej miery. Dôležitou funkciou DOS je tiež významná finančná úspora oproti pobytu pacienta v ústavnom zdravotníckom zariadení. Určitú väzbu ADOS na štát vo svojej definícii vidia Quinn a Hughes (2007). Tvrdia, že ADOS je zariadenie dlhodobej starostlivosti s licenciou od štátu. Ponúka 24-hodinovú ošetrovateľskú opatrovateľskú, zdravotnú starostlivosť, rehabilitáciu a celý rad iných terapií, procedúr a liečebných programov klientom, ktorý sú v domácom prostredí a sú na takúto pomoc odkázaní. Vidieť ale, že takáto definícia je viazaná na teritórium (v tomto prípade USA), nevzťahuje sa tak na všetky štáty en bloc.

Domáca ošetrovateľská starostlivosť v podmienkach USA. Americká legislatíva rozlišuje dve základné skupiny domácej ošetrovateľskej starostlivosti:

Home health care – starostlivosť zväčša o chorých dospelých a seniorov v procese rekonvalescencie po medicínskych zákrokoch, vyžadujúcich si zdravotnícku starostlivosť avšak bez nutnosti ďalšej hospitalizácie. Tento druh starostlivosti je limitovaný časom poskytovaným klientovi a to na maximálne

jednu hodinu denne. Patria sem napríklad krátkodobé ošetrovanie zdravotnými sestrami alebo rôzne rehabilitačné terapie. Takýto druh starostlivosti je poskytovaný registrovanými sestrami (RNs), fyzioterapeutmi (PTs), ergoterapeutmi (OTs), domácimi zdravotníckymi asistentmi (HHAs), medicínskymi sociálnymi pracovníkmi (MSWs).

Druhou početnejšou skupinu poskytovateľov domácich ošetrovateľských služieb, v Spojených štátoch, je skupina tzv. Home care, teda poskytovateľov bez rôznych zdravotníckych licencií. Jedná sa prevažne o pomocné a asistenčné služby akými sú pomoc pri obliekaní, kúpaní, vstávaní a líhaní si do postele, používaní toalety, príprave jedál, sprevádzaní na zdravotnícke vyšetrenie, nákupoch a pod. Home health care je čiastočne hradená a zo zdravotného poistenia, no plne ju možno uhradiť individuálnym doplatkom alebo špeciálnym zdravotným pripoistením. Home care je hradená výlučne z individuálnych zdrojov klienta, resp. klientovej rodiny (Rice a kol., 2006).

Domáca ošetrovateľská starostlivosť v podmienkach Veľkej Británie

Keďže jurisdikcia Veľkej Británie pozostáva zo štyroch nezávislých jurisdikcií (Anglicko, Škótsko, Wales a Severné Írsko) budeme sa preto venovať Anglickej, ktorá je najväčšia čo do počtu občanov a harmonizujúca zvyšné jurisdikcie. V zásade však môžeme povedať, že domáca ošetrovateľská starostlivosť vo Veľkej Británii je pacientom/klientom poskytovaná buď súkromnými homecare, care homes agentúrami alebo príspevkovými organizáciami sociálneho odboru a to buď prostredníctvom vlastných zamestnancov nemocníc alebo tzv. treatment centres, alebo prenajatím zamestnancov zo súkromných agentúr (day care clubs). Starostlivosť je obvyčajne poskytovaná raz alebo dvakrát denne, s cieľom udržať chorých alebo zdravotne postihnutých klientov v čo možno najlepšom zdravotnom stave (Care UK, 2011).

Poskytovateľov domácich ošetrovateľských služieb vo Veľkej Británii združuje Asociácia poskytovateľov domácej ošetrovateľskej starostlivosti Veľkej Británie (The United Kingdom Homecare Association – UKHCA). Združuje približne

1 600 poskytovateľov domácej ošetrovateľskej starostlivosti z celej Veľkej Británie (UKHCA, 2005). Podobne ako v podmienkach USA, i tu sa domáca ošetrovateľská starostlivosť delí do dvoch základných skupín: **Home nursing** alebo domáce ošetrovateľstvo, ktoré zahŕňa služby fyzioterapeutov alebo ergoterapeutov, teda obdobné služby ako v prípade USA.

Pomoc v domácnosti (Domestic Help and technical aids) podobne ako Home care v USA aj táto pomoc v domácnosti pozostáva z činností akými sú pomoc pri obliekaní, kúpaní, vstávaní a líhaní si do postele, používaní toalety, príprave jedál, sprevádzaní na zdravotnícke vyšetrenie, nákupoch a pod. Služby home nursing sú zväčša spoplatnené a úplne zadarmo sú len pre sociálne odkázaných pacientov a ľudí nad 60 rokov. Služby spojené s pomocou v domácnosti sú čiastočne financované zo zdrojov klientov a čiastočne prostredníctvom špeciálnych vládnych fondov a rôznych filantropických nadácií a pod. (Hutchinson a kol., 2013).

Domáca ošetrovateľská starostlivosť v podmienkach Rakúska
Vývoj celej spoločnosti, medziľudských vzťahov a význam rodiny sa začali meniť už začiatkom 20. storočia. Neustále rastúce pracovné vyťaženie, zmena životného štýlu spôsobili v Rakúsku prechod od viacgeneračnej a viacčlennej rodiny k menejčlenným rodinám. Výsledkom je strata podpornej funkcie rodiny v oblasti starostlivosti o starých či chorých členov rodiny. Problematika fungovania a financovania sociálnej a ošetrovateľskej starostlivosti sa v Rakúsku stala často diskutovanou témou. Rakúska sociálna politika stojí na dvoch pilieroch:

- finančné zabezpečenie sociálnych rizík v starobe, chorobe, pri úrazoch a v nezamestnanosti,
- finančné zabezpečenie životných nákladov pre tých ľudí, ktorí nie sú schopní vlastnými silami si obstarat' prostriedky k existencii (Hundstorfer, 2012).

Podobne ako v prípade USA a Veľkej Británie, aj v rakúskych podmienkach rozlišujeme dve formy poskytovania ošetrovateľských služieb. Rozdiel je len v tom, že rakúsky model člení sociálnu a ošetrovateľskú starostlivosť na inštitucionálnu a neinštitucionálnu:

Inštitucionálna starostlivosť. Rakúsko v 20. storočí zaznamenalo pozoruhodný rast a zvyšovanie životnej úrovne obyvateľov. Je pochopiteľné, že bolo nutnosťou zvyšovať kvantitu, ale najmä kvalitu inštitúcií sociálnej starostlivosti. Pri hľadaní nového modelu fungovania domovov dôchodcov sa príkladom stal dánsky a švédsky model, kde obyvatelia domovov dôchodcov mali vlastné byty v rámci zariadení. Vznikla široká sieť verejných, neverejných a súkromných poskytovateľov starostlivosti, ktorá sa neustále rozširuje, a výrazná je snaha o zvyšovanie kvality poskytovaných služieb. V súčasnosti si rakúski občania môžu vybrať z rôznych druhov **inštitucionálnej starostlivosti**: nemocnice, domovy dôchodcov s rôznymi stupňami odkázanosti klientov a paletou poskytovaných služieb, Seniorencentren sú centrá pre seniorov, Altenheimen a Pflegeheime – opatrovateľské ústavy, sociálne ústavy, ústavy pre hendikepovaných klientov, ústavy orientované vo svojej činnosti podľa diagnóz, ako je Parkinsonova choroba, Alzheimerova demencia, bdelé kómy a pod. **Neinštitucionálna starostlivosť** zahŕňa nasledujúce služby: ambulantné, mobilné, čiastočne stacionárne, denné stacionárne. Tieto služby poskytujú verejní a neverejní poskytovatelia ošetrovateľských služieb prostredníctvom domácej ošetrovateľskej služby, opatrovateľskej služby, pomoci seniorom, pomoci v domácnosti, mobilnej fyzikálnej terapie, logoterapie, požičiavania pomôcok a bezplatného servisu (Mačkinová, 2010).

Najrozšírenejšou formou domácej ošetrovateľskej starostlivosti v Rakúsku je domáca ošetrovateľská služba. Najväčší dopyt po tejto forme starostlivosti bol zaznamenaný po roku 1993, čo úzko súviselo so zavedením príspevku na opatrovanie – tzv. Pflegegeld. Na základe žiadosti osoby alebo jej príbuzných a posudku praktického lekára je vykonané posúdenie a odkázaná osoba je zaradená do niektorého zo siedmich stupňov a získava finančný príspevok vo výške od 145 do 1 531 € vyplácaný mesačne. Po jeho zavedení sa veľmi rýchlo rozvinul trh pre poskytovateľov tohto druhu sociálnych služieb. Štatistiky hovoria, že v r. 2007 poberalo „pflegegeld“ 400 000 rakúskych občanov, čo tvorí 5 % všetkého obyvateľstva (Mačkinová, 2010).

Domáca ošetrovateľská starostlivosť v podmienkach Českej republiky

V Českej republike sa domáca ošetrovateľská starostlivosť poskytuje prostredníctvom šiestich rôznych foriem:

- Akútna domáca starostlivosť – indikovaná klientom s krátkodobým akútnym ochorením, ktoré si však nevyžaduje hospitalizáciu.
- Dlhodobá domáca starostlivosť – najrozšírenejšia forma domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Určená je chronicky chorým pacientom.
- Preventívna domáca starostlivosť – určená pre klientov, u ktorých ošetrujúci lekár odporučí v pravidelných intervaloch kontrolu zdravotného stavu pacienta.
- Domáca hospicová starostlivosť – zameraná na starostlivosť o klientov v preterminálnom a terminálnom štádiu ochorenia,
- Domáca starostlivosť ad hoc – ide o alternatívne jednorazové využitie služieb zdravotných sestier z ordinácii ošetrujúcich lekárov.
- Pooperačná starostlivosť tzv. jednoduchá chirurgia, po ktorej pacient ostáva v domácom prostredí. Ošetrujúci personál pacienta navštevuje v pravidelných intervaloch za účelom ošetrovania. Tento druh ošetrovateľskej starostlivosti má dva pozitívne efekty – pacient sa ľahšie zotaví v domácom prostredí a pre zdravotnícke zariadenia sa v tomto prípade jedná o nákladovo menej náročnú službu (Misconiová, 2006).

Domáca ošetrovateľská starostlivosť je v ČR financovaná tromi spôsobmi. Z verejného zdravotného poistenia. Priamou platbou pacienta. Sponzorskými darmi, z nadácií, grantov a pod. (Národní centrum domácí péče ČR, 2006). V ČR má nárok na poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti každý občan ČR, ktorého ošetrujúci lekár po zhodnotení zdravotného stavu a stavu vlastného sociálneho prostredia klienta rozhodne o poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Na základe rozhodnutia ošetrujúcich lekárov je poskytovaná domáca ošetrovateľská starostlivosť státisícom klientov všetkých

vekových kategórii, indikačných a diagnostických skupín (Misconiová, 2006).

Domáca ošetrovateľská starostlivosť na Slovensku v systéme zdravotnej starostlivosti funguje od roku 1995 a je súčasťou mimonemocničnej zdravotnej starostlivosti. DOS je poskytovaná agentúrami domácej ošetrovateľskej starostlivosti (v ďalšom texte len „ADOS“). Sú to zdravotnícke zariadenia, ktoré na Slovensku existujú od polovice 90. rokov a ich vznik bol podmienený snahou o znižovanie nákladov na ošetrovanie pacientov, ich včasnejším prepúšťaním z lôžkových zariadení a ošetrovaním v domácom prostredí (Hudecová, 2011).

ADOS predstavujú novodobú, súčasnú formu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá je poskytovaná ako humánna, holistická starostlivosť smerovaná k ľudskej bytosti v jej domácom, vlastnom sociálnom prostredí. Podľa Lepiešovej a kol. (1996) tvoria ADOS samostatnú funkčnú jednotku v rámci siete zdravotníckych zariadení na Slovensku. Úlohou ADOS je poskytovať komplexnú zdravotnícku starostlivosť jednotlivcom alebo skupinám v prirodzenom sociálnom prostredí od narodenia až do konca života. Služby ADOS sú určené pacientom všetkých vekových skupín, ktorí potrebujú odbornú ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu, a ktorí nemusia byť hospitalizovaní, ale nemôžu samostatne chodiť na ošetrovanie do ambulancie, nakoľko sú čiastočne alebo úplne imobilní. Alebo ich zdravotný stav si nevyžaduje nepretržitý pobyt v ústavnom zdravotníckom zariadení, ako aj osobám, ktoré túto starostlivosť odmietli (Kontrová a kol., 2006). Hoci väčšina pacientov, ktorých ošetrujú sestry ADOS je chronicky chorá, domáce ošetrovanie sa môže poskytovať aj pri náhlych či krátkodobých ochoreniach, prípadne po zákrokoch v rámci jednodňovej chirurgie, ktoré vyžadujú následnú ošetrovateľskú alebo rehabilitačnú starostlivosť (Bušová, 2008).

DOS sa poskytuje: na základe indikácie lekára primárnej starostlivosti, na návrh lekára špecialistu, na návrh ošetrojúceho lekára lôžkového zdravotníckeho zariadenia (Padyšáková, Kováčsová, 2010).

Okrem uvedených spôsobov indikácie DOS je možná aj intervencia zo strany pacienta/klienta. Ten by mal navštíviť najbližšiu ADOS podľa miesta svojho bydliska. Vedúca sestera konkrétnej ADOS najčastejšie pacienta navštívi za účelom získania obrazu o jeho aktuálnom zdravotnom stave a ošetrovateľskom či rehabilitačnom probléme, ktorý je potrebné riešiť. Zároveň môže vypracovať predbežný návrh na poskytovanie služieb DOS či rehabilitáciu. Pacient podpisuje s ADOS dohodu o poskytovaní domácej starostlivosti, platnú minimálne pol roka. V prípade, že si pacient nárokuje hradenie platieb pre ADOS zo zdrojov verejného zdravotného poistenia, musí písomný návrh na DOS potvrdiť všeobecný lekár, u ktorého je pacient registrovaný. V prípade rehabilitácie je to lekár FBLR. K návrhu sa väčšinou dokladajú kópie prepúšťacích správ alebo iných lekárskeho nálezu a tiež kópia preukazu poistenca (Bušová, 2012).

Ošetrovateľské a rehabilitačné výkony poskytované v rámci DOS, ktoré spadajú do rámca finančných kompetencií z prostriedkov verejného zdravotného určuje Katalóg zdravotných výkonov. K základným výkonom v rámci DOS patrí množstvo ošetrovateľských výkonov (Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 223 zo 4. mája 2005, ktorým sa mení nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov). Ošetrovanie vykonávajú sestry denne alebo niekoľkokrát do týždňa počas návštevných služieb u pacientov. Tieto návštevy delíme do dvoch skupín podľa časovej náročnosti:

- do 30 minút – spojená s jednoduchšími úkonmi, ako napr. odber zdravotníckych materiálov, starostlivosť o permanentný katéter a iné jednorazové zásahy;
- nad 30 minút – jedná sa o zložitejšie zásahy, ktoré si vyžadujú viac práce, ako napr. procesy súvisiace s narušenou celistvosťou kože, paliatívna a analgetická parenterálna starostlivosť a i. (Kováčová, 2003).

Služby domácej rehabilitácie poskytujú fyzioterapeuti so špecializovaným vzdelaním. V odôvodnených prípadoch sa poskytuje aj rehabilitácia pri vrodených alebo získaných

poruchách pohybového aparátu u detí a dospelých (Bušová, 2012).

ADOS by však mali vedieť reflektovať akékoľvek špeciálne požiadavky klienta a takto poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť aj špecifickým pacientom. Môže ísť napríklad o psychicky postihnutých pacientov, dialyzovaných, s mentálnym postihnutím, pacientom s roztrúsenou sklerózou, diabetikom a pod. Na fakultatívnej úrovni môžu ADOS kooperovať aj s ďalšími profesionálmi a poskytovať tak liečebnú rehabilitáciu, sociálnu starostlivosť, osobnú asistenciu a i.

Ojedinele sa tak v praxi môžeme stretnúť aj s prípadmi, keď niektoré ADOS poskytujú v rámci svojich služieb aj domácu opatrovateľskú službu. Opatrovateľky tak poskytujú pomocné služby predovšetkým pri rozličných samoobslužných činnostiach (osobná hygiena, kúpanie, umývanie, obliekanie, vykonávanie výmeny plienok, polohovanie, pomoc pri zabezpečovaní stravy (malý nákup, donáška stravy, varenie, príprava a podávanie stravy), činnosť spoločníka, dohľad a sprevádzanie pacienta na vyšetrenia, na úrady, nákupy, pomoc v domácnosti, pri upratovaní, vysávaní, žehlení a údržbe šiat a bielizne). Domáca opatrovateľská služba je sociálna služba a preto nie je hradená zo zdravotného poistenia. Návrh od lekára nie je potrebný, pacient o ňu žiada priamo v agentúre na základe rozhodnutia o jeho odkázanosti na opatrovateľskú službu. Za túto službu klient platí, alebo môže byť hradená z jeho životného poistenia alebo u zamestnaných klientov zo sociálneho fondu zamestnávateľa. Súhrnne môžeme povedať, že v praxi poznáme dva spôsoby poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti prostredníctvom ADOS – priama a nepriama starostlivosť. O priamej starostlivosti hovoríme v súvislosti s poskytovaním ošetrovateľských služieb samotnou ADOS. Teda ide o činnosti ako stanovenie diagnózy a liečebných postupov v súlade s indikáciou lekára, výkon ošetrovateľských činností prostredníctvom tzv. kmeňových zamestnancov, edukáciu, prevenciu chorôb a pod. V prípade nepriamej starostlivosti sa ADOS orientuje na služby externých profesionálov, iných ADOS, či ostatných podobne zameraných inštitúcií (Bušová, 2006).

V súčasnom období možno badať rapídny nárast záujmu o služby ADOS, čím sa naplňa u chorých, ale aj zdravých ľudí poslanie komunitného ošetrovateľstva (Raková a kol., 2007). Dôvodom je na jednej strane záujem štátu šetriť finančné prostriedky v zdravotníctve a na druhej strane ide aj o záujem zo strany klientov, ktorí čoraz viac uprednostňujú liečbu v domácom prostredí. Medzi akcelerujúce faktory nárastu dopytu po službách ADOS patria predovšetkým:

- stále sa stupňujúci ekonomický tlak jednak na ústavné zdravotnícke zariadenia a jednak na rozpočet pacientov,
- starnutie populácie a rastúca pracovná vyťaženosť ekonomicky aktívnych členov rodín,
- zmeny štruktúry rolí v rodine – živitelia rodín musia pracovať obaja a viac, ako tomu bolo v minulosti,
- vzrastajúci dopyt po poskytovaní služieb v domácnosti zo strany verejnosti – väčšia psychická pohoda pacienta pri liečbe v domácom prostredí,
- rozvoj modernej technológie – uľahčenie komunikácie pacientov, sestier so zdravotníkmi napr. v prípade vzniku mimoriadnej udalosti,
- politické faktory (Gulášová a kol., 2006).

Každá vedomá ľudská aktivita sa vyznačuje svojou orientáciou na cieľ. Rovnako to platí aj pre činnosť ADOS. Medzi hlavné ciele ADOS radíme:

- minimalizáciu nákladov na hospitalizáciu pacientov,
- zabezpečovanie dodržiavania liečebného režimu,
- znižovanie negatívnych vplyvov ochorenia na pacienta a jeho najbližšie okolie, maximalizácia snáh pacienta o jeho sebestačnosť (Misconiová, 2006).

Gulášová a kol. (2006) tieto ciele ešte rozširuje o:

- zabezpečovanie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti v súlade s ústavnou starostlivosťou, resp. so starostlivosťou opatrovateľskej služby,
- humanizáciu starostlivosti o pacientov,
- zabezpečovanie ošetrovateľskej starostlivosti kedykoľvek a komukoľvek (systém 24/7, teda 24 hodín denne, 7 dní v týždni),

- výchovu širokej verejnosti k pocitu zodpovednosti za vlastné, ako aj za zdravie svojich blízkych,
- vybudovanie akejsi spolupatričnosti, spoluúčasti, resp. spolucítania s pacientom a rozvíjanie prirodzených ľudských sociálnych citov. Ústredným motívom ADOS je celkové zlepšenie kvality života pacienta. Edukáciou pacienta, ale aj jeho blízkeho okolia možno kvalitu jeho života neustále zvyšovať. Edukácia v tomto prípade nespočíva len v nadobúdaní znalostí týkajúcich sa klientovej choroby, ale predovšetkým v získavaní a osvojovaní si nového životného štýlu ako pacienta, tak i jeho blízkych. Vidíme, že ide o akúsi prevenciu, ktorá zdravotnícky systém zaťažuje menej ako samotná liečba (Smith a kol., 2008). V tomto kontexte chápeme kvalitu života ako psychický stav pacienta odzrkadľujúci jeho aktuálny zdravotný stav. Ide teda o subjektívne nazeranie pacienta na objektívne problémy, resp. jeho subjektívne prežívanie reality, hodnotenie a potreby toho, čo by chcel, resp. čoho mu nie je dopriate (Janáčková, 2008).

Individuálny prístup znamená, že každého pacienta v DOS vnímame ako jedinečnú ľudskú bytosť, ktorá má svoje individuálne potreby, preto je aj DOS poskytovaná na základe konkrétnych potrieb pacienta. Komplexnosť DOS spočíva v poskytovaní širokého spektra služieb spojených s liečbou, ošetrovaním, rehabilitáciou, psychickou a duševnou podporou a opatrovaním pacienta. Dlhodobý horizont poskytovania DOS znamená, že tieto služby sú poskytované podľa potrieb pacienta a jeho rodiny v horizonte niekoľkých dní, týždňov, mesiacov či rokov (Mastiliaková, 2012).

DOS je charakteristická tiež tým, že svoje snaženie smeruje na podporu zdravia a prevenciu chorôb, pričom DOS okrem konkretizovanej starostlivosti o pacienta poskytuje tiež služby primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencie. Práve aspekt prevencie chorôb je úzko spojený s ekonomickosťou DOS, keďže prevencia je pre systém menej nákladná ako liečba (Bušová, 2008, 2010).

Problémy, resp. negatívne stránky DOS pramenia najmä z rozsahu kompetencií terénnych sestier. V teréne sa sestra stretáva s mnohými komplikáciami týkajúcimi sa zdravotného

stavu pacienta, jeho povahy a nálad. Sestra je pri výkone povolania odkázaná sama na seba. Musí konať zodpovedne, mnoho krát promptne a neraz sa tak dostáva do sporov so samotným klientom (agresívni klienti) alebo s klientovou rodinou. Klienti tiež mnoho krát požadujú od sestier výkony, ktoré sú buď mimo rámec vzdelania sestry alebo nespádajú do katalógu zdravotných výkonov hradených z prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Práve tento kompetenčný nesúlady môže spúšťať rozpory medzi sestrou a klientom (Bušová, 2008, 2010).

Ďalším problémom je určitá názorová predpojatosť lekárov na ADOS. Lekári sa často mylne domnievajú, že „naordinovanie“ DOS pacientovi im ukrojí z ich mesačných limitov dohodnutých so zdravotnými poisťovňami. Alebo sestram z ADOS jednoducho nedôverujú a majú obavy pacientovi odporúčať DOS. Realita je však iná. Sestry z ADOS disponujú adekvátnym vzdelaním, ktoré im dáva kompetencie túto prácu zvládať bez väčších problémov. Navyše sa mnoho sestier neustále vzdeláva a získava tak nové informácie o novinkách v ošetrovatelstve (Hlavačková, 2010).

Verejnú minimálnu sieť ADOS upravuje Nariadenie vlády č. 640/2008 o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Počet miest sestier v ADOS na Slovensku je 808,6 (údaj je prepočítaný na počty sesterských miest a určený na počet obyvateľov SR).

Personálny manažment ADOS upravuje rad legislatívnych noriem. Ide predovšetkým o nasledujúce právne normy:

- Vyhláška MZ SR č. 428/2006 Z. z. o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení,
- Výnos MZ SR z 10. septembra 2008 č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení uvedený vo Vestníku MZ SR, roč. 2008, čiastka 32-51/2008,

- Odborné usmernenie pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti v ADOS uvedené vo Vestníku MZ SR r. 2000, ročník 53, čiastky 35 – 36,
- Nariadenie vlády č. 640/2008 o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (Padyšáková, Kováčsová, 2010).

V zmysle hore uvedených nariadení, vyhlášok a zákonov, personálne zloženie ADOS pozostáva: Diplomovaná sestra s bakalárskym alebo magisterským vzdelaním a špecializáciou v komunite a s dvomi rokmi praxe pri lôžku. Hovoríme tiež o profesii sestry manažérky, ktorá je zároveň aj odborným garantom a zástupcom právnickej osoby. Nesie teda zodpovednosť za prevádzku ADOS z pohľadu odbornosti, dohliada na materiálno-technické a personálne zabezpečenie a kontroluje činnosť agentúry. Komplexne manažuje poskytovanie služieb DOS (Hanzlíková, 2006).

Financovanie ADOS

Za najvýznamnejšiu prioritu Ministerstva zdravotníctva SR možno označiť zníženie celkových nákladov rezortu. Pacient, ktorého liečba pokračuje v domácom prostredí, má lepšie predpoklady pre rýchlejšiu rekonvalescenciu. Súčasne tiež platí, že náklady na pacienta, o ktorého sa starajú rodinní príslušníci spoločne s ADOS, sú niekoľkonásobne nižšie v porovnaní s nákladmi na hospitalizovaného pacienta. O spôsobe liečby, resp. následnej starostlivosti, a o tom, či previezť pacienta domov, alebo mu zabezpečiť potrebnú lekársku starostlivosť v nemocnici, spolurozhoduje pacient spoločne s ošetrojúcim personálom nemocnice (Bušová, 2008).

Pri splnení podmienok na hradenie zo zdravotného poistenia je ošetrovateľská starostlivosť hradená všetkými zdravotnými poisťovňami, rehabilitačné výkony vykonávané fyzioterapeutom sú taktiež hradené z prostriedkov zdravotných poisťovní. (Bušová, 2008). Súhrnne by sme zdroje financovania DOS mohli rozdeliť do deviatich zdrojov financovania: zdroje zdravotných poisťovní, dotácie obcí, obvodných úradov, štátu, zdroje rôznych nadácií, zdroje získané domácim i zahraničným

sponzorom, zdroje získané z 2% zo zaplatených daní z príjmu právnických a fyzických osôb, vlastná platba klienta.

Je známym faktom, že zdravotníctvo je vo všeobecnosti na Slovensku finančne poddimenzované. A tak ako v celom zdravotníctve, problémy sú aj v ADOS. Platí síce Katalóg zdravotných výkonov, ktorý určuje povolené výkony vykonávané v domácom prostredí, avšak ich cena sa od roku 1995, teda za viac ako 18 rokov, zvýšila len o cca 35%. Okrem toho sa postupne zo zoznamu výkonov hradených z prostriedkov verejného zdravotného poistenia vytrácali všetky výkony spojené s prevenciou, edukáciou, prípadne s vyhľadávaním chorých v mieste pôsobnosti ADOS. Veľkou bariérou je v súčasnosti aj nepreplácanie výkonov, ktoré sa podobajú sociálnym výkonom (napr. hygiena pacienta) (Janík, 2006).

Cena výkonov sa dnes pohybuje v priemere od 0,80 € po 2,50 €. Stále je však zo strany štátnych orgánov ignorovaná skutočnosť, že sa sestra musí ku každému pacientovi individuálne dopraviť (s tým sú spojené náklady nielen na stratu času, ale aj náklady na dopravu). Tak nevyhnutná podmienka výkonu DOS, akou je fyzická preprava sestry k pacientovi, nie je ani po vyše 18 rokoch zo strany poisťovní uznaná za oprávnený výdavok a ADOS tak musia tento neodbúrateľný výdavok znášať samé. Zohľadnená je len časová strata spojená s cestou k pacientovi, ktorá je vlastne zahrnutá v 30, resp. viac ako 30-minútovej DOS (finálne tak stráca pacient, ktorému sa sestra z tohto dôvodu venuje kratší čas). Vznikla tak situácia, kedy majú ADOS značné problémy poskytovať určité výkony hradené z prostriedkov verejného zdravotného poistenia, nakoľko úhrada zdravotných poisťovní za náklady na tieto výkony nepokrýva ani reálne náklady s nimi súvisiace. A patria k nim aj výkony, ktoré sú v systéme DOS najžiadanejšie a najčastejšie indikované (príprava a podanie infúzie v domácom prostredí, sledovanie infúzie, ošetrovateľská rehabilitácia, odber krvi doma u pacienta, výmena stomického setu a následná toaleta pri stómii, podanie injekcie a pod.). Finálne tak tieto nízke úhrady nepokrývajú náklady na mzdu sestry, zákonné sociálne a zdravotné odvody, dane, SZM, a už vôbec nehovoria o doprave k pacientovi alebo

o nákladoch, ktoré každá ADOS má (napr. nájomné, energie, telefóny, likvidácia TKM, ale aj špeciálneho odpadu osobitne, kancelársky tovar, náklady spojené s neustále sa rozrastajúcou povinnou zdravotnou dokumentáciou o každom pacientovi, mzda koordinátora, manažéra, atď.). Všetko to má za následok znižovanie dostupnosti DOS hradenej zo zdrojov verejného zdravotného poistenia (Bušová, 2010).

Ďalším pre ADOS nepopulárnym krokom bolo zavedenie finančných limitov zo strany zdravotných poisťovní, ktoré keď ADOS prekročí, nemá starostlivosť o pacientov uhradenú. Od roku 2011 zdravotné poisťovne drasticky znížili úhrady za domáce rehabilitačné služby vykonávané fyzioterapeutmi pracujúcimi v ADOS. Úhrada pre ADOS za rehabilitačnú návštevu fyzioterapeuta u klienta tak v súčasnosti pokrýva asi 30% nákladov spojených s touto službou. Dostupnosť rehabilitácie v rámci DOS hradenej zo zdravotného poistenia sa takto podstatne znížila. Dnes je už nemožné nájsť ADOS, ktorá by zamestnávala fyzioterapeutov a poskytovala liečebnú rehabilitáciu plne hradenú zo zdravotného poistenia (Bušová, 2008, 2010).

KVALITA AKO SÚČASŤ POSKYTOVANIA DOS

Pojem kvalita pochádza z latinského slova *qualitas* (akosť, vlastnosť) a *qualis* (aký). Vypovedá o vlastnostiach ako takých, resp. môže vypovedať o určitých preferenciách – preferovaných vlastnostiach. Kvalita ako preferovaná vlastnosť predstavuje určitý porovnávací štandard. Pre štandardy je charakteristická ich variabilita závisiaca na vývoji nových vedomostí, poznatkov alebo kultúrnych preferencií. Z tohto dôvodu môžeme konštatovať, že nejestvuje jednotný a trvalo udržateľný štandard kvality. Kvalitu objektu vnímame skrze dvoch dimenzií:

- subjektívnej – vnímaná jednotlivcom, posudzovaná na základe jeho osobných subjektívnych pocitov a vnemov;
- objektívnej – predstavuje sledovanie určitých presne nastavených, dohodnutých a všeobecne akceptovaných kritérií (Kostičová, Badalík, 2010).

Zadefinovať kvalitu ako všeobecný pojem by sme mohli ako „stupeň dokonalosti, resp. priblíženie sa k ideálu. Poňatie kvality vychádza z hodnôt daných spoločnosťou a z individuálnych hodnôt jedincov, ktorí ju definujú.“ (Jarošová, 2000, s. 80).

Kvalitná zdravotná starostlivosť však navyše zahŕňa aj psychologické, etické, organizačné a ekonomické aspekty. Pokiaľ chceme poskytovať kvalitnú zdravotnú starostlivosť, je potrebné konsenzuálne spojiť názory na kvalitu z pohľadu lekárov, sestier, ošetrovateľov a ostatných zdravotníckych pracovníkov spolu s názormi pacientov, zdravotných poisťovní, manažérov zdravotníckych zariadení a ďalších účastníkov podieľajúcich sa na poskytovaní zdravotnej starostlivosti (Kostičová, Badalík, 2010).

Kvalita zdravotníckych a ošetrovateľských služieb je o to komplikovanejšia, že sa odohráva výlučne medzi pacientom a zdravotníckym pracovníkom. Preto je i objektívne posúdenie kvality poskytnutej zdravotníckej či ošetrovateľskej služby mimoriadne zložité. Preto je i snahou odborníkov v poslednom období určiť dimenzie zdravotnej starostlivosti, ktoré možno považovať z hľadiska spokojnosti klientov za podstatné. Výstupom takejto snahy môžu byť atribúty kvalitnej starostlivosti, ktoré Bartlová (2000) definuje ako:

- umenie starať sa o pacientovo zdravie a kvalitu života na čo možno najvyššej profesionálnej úrovni,
- technickú kvalitu nielen samotného ošetrovateľského procesu, ale i materiálno-technického zabezpečenia,
- dostupnosť ošetrovateľskej (zdravotnej) starostlivosti nielen z pohľadu finančného, ale i kapacitného (dostatok personálu a ostatných kapacít),
- finančné záležitosti akými sú prostredie, primeranosť, kontinuita a účinnosť ošetrovateľského procesu,
- profesionálne kompetencie a interpersonálna kvalita,
- spokojnosť pacienta s cenou za poskytnutú ošetrovateľskú (zdravotnú) starostlivosť, lekárske informácie a lekárske rady,

- psychosociálne asistencie súvisiace s terapeutickým počúvaním a asistenciou,
- všeobecné a biomedicínske liečenie. V súčasnom systéme zdravotníctva na Slovensku naberá kvalita na dôležitosť. Na jednej strane silnejú ekonomické tlaky v systéme zdravotníctva a na strane druhej rastú aj nároky pacientov/klientov na kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Samotné hodnotenia kvality OS a DOS je možné interpretovať z pohľadu vykonávateľa hodnotiteľa kvality. Prvým hodnotiteľom je lekár. Ten prácu sestry hodnotí podľa toho, ako zabezpečuje diagnosticko-terapeutický plán pacienta. Sestra hodnotí kvalitu OS z dvoch rovín. Prvou je zistenie, či OS bola poskytnutá v súlade s ordináciou lekára. Oveľa širšou a aj hodnotnejšou koncepciou hodnotenia kvality je, ak sa sestra stotožnila nielen s ordináciou lekára, ale aj s koncepciou ošetrovateľského procesu a individualizovanou starostlivosťou. Najdôležitejším pohľadom v systéme hodnotenia kvality OS je pacient, teda priamy príjemca OS, resp. DOS. Ten hodnotí kvalitu poskytnutej OS na základe toho, ako boli uspokojené jeho základné potreby. Okrem toho celkové hodnotenie kvality je ovplyvnené i celkovou úpravou sestry, ako aj spôsobom, akým sestra s pacientom a jeho okolím komunikuje. Pacienti sestru hodnotia i keď s ňou nie sú v bezprostrednom kontakte a to tak, že ju porovnávajú s inými sestrami, resp. na základe toho hodnotia a porovnávajú kvalitu celého zdravotníckeho zariadenia s konkurenčnými. V systéme DOS, resp. ošetrovateľstve ako celku je kvalita kontaktu a práce s pacientom súčasťou komplexnej a špecializovanej starostlivosti, pričom miera jeho psychickej a fyzickej pohody je rovnako dôležitým kritériom celkovej úrovne starostlivosti, ako kvalita diagnosticko-terapeutickej starostlivosti.

Manažment sa usiluje merať a hodnotiť kvalitu na základe takých kritérií, ktoré budú ľahko merateľné a umožnia hodnotiť jednotlivé sestry, ako aj porovnať zdravotnícke zariadenie s konkurenciou. Slovenská legislatíva má záujem na tom, aby sa zdravotnícka, ako aj ošetrovateľská starostlivosť na Slovensku, uberala smerom inovácií a harmonizácie štandardov so štandardmi európskych poskytovateľov. Príkladom je Vestník

Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 14535/2006-OO, zo dňa 6. júla 2006, roč. 54. Ten v článku 2.2 dosahovanie kvality v zdravotníckych zariadeniach definuje tak, že „poskytovatelia zdravotnej starostlivosti sú povinní nepretržite zabezpečovať systém kvality, ktorého cieľom je zabezpečiť poskytovanie nepretržitej minimálne štandardizovanej starostlivosti. Systém kvality zabezpečuje poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti podľa: štandardizovaných postupov, princípu dodržiavania minimálneho normatívu personálneho zabezpečenia a materiálno-technického vybavenia spĺňajúcim požiadavky na bezpečnosť – bližšie opísané v kapitole 2.5, systému celoživotného vzdelávania, certifikátov kvality, štatistického vyhodnocovanie výsledkov poskytovanej starostlivosti.“

Pomocou štandardizácie ošetrovateľských postupov je možné výrazne skvalitniť poskytovanú starostlivosť bez dodatočného navýšenia nákladov. Základom štandardizácie je totiž zmena postoja a myslenia, ktorá sama osebe nič nestojí a pritom dokáže splniť hlavný účel – zabezpečiť dôkladné vykonanie ošetrovateľského úkonu podľa odporúčaných postupov a pravidiel s jedným konkrétnym cieľom – starať sa o zdravie a blaho pacienta so súčasnou maximalizáciou kvality jeho života.

Misconiová (2006) vníma ošetrovateľský štandard ako všeobecne akceptovateľnú a vopred dohodnutú profesnú úroveň kvality, ako determinant záväznej normy pre kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť a objektívny hodnotiaci nástroj poskytovanej starostlivosti. Štandardy sú dôležité nielen pre sestry, ktoré vďaka nim získajú kompetenčný a právny rámec, v rámci ktorého ošetrovateľskú starostlivosť poskytujú, ale aj pre pacientov, ktorí takto budú informovaní o množstve, kvalite a spôsobe poskytovania ošetrovateľských služieb. Ošetrovateľské štandardy sú nevyhnutné pre zvyšovanie kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti, pretože jednoznačne vymedzujú minimálnu úroveň starostlivosti, ktorá musí byť poskytnutá. Výhody ošetrovateľských štandardov by sme mohli podľa Kontrovej a kol. (2005) zhrnúť do štyroch bodov:

1. predstavujú všeobecne záväznú normu, ktorá ukladaná povinnosť poskytovať kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť,
2. predstavujú optimálny a objektívny nástroj hodnotenia kvality poskytnutej zdravotnej starostlivosti,
3. predstavujú pacientom istoty, ktoré zaisťujú najmenej minimálny štandard kvalitnej starostlivosti,
4. chráni sestry pred neoprávneným postihom, pretože môžu preukázať, že dodržali príslušný štandard.

Typy štandardov. V súlade so základným poslaním štandardov kvality vychádzajúcim z koncepcie ICNP (zostavený na platforme NANDA, NIC, NOC) môžeme štandardy rozdeliť do troch kategórií:

1. Štrukturálne štandardy vychádzajú z personálnych, materiálno-technických, organizačných a hygienických prostriedkov. Inými slovami sa jedná o celkovú organizáciu ošetrovateľského procesu.
2. Procesuálne štandardy sa týkajú samotného ošetrovateľského procesu. Môžu sa týkať buď ošetrovateľských postupov alebo ošetrovateľského procesu zameraného buď na konkrétne ošetrovateľské problémy alebo na samotné ochorenie pacienta.
3. Štandardy hodnotenia výsledku sú orientované na formuláciu takých nástrojov, ktoré pomôžu manažmentu alebo externej verejnosti hodnotiť oddelenie, služby alebo zdravotnícke zariadenie ako celok. Pri formulácii štandardu je potrebné definovať systém hodnotenia – audit, ktorý by mal byť v prevažnej miere zameraný na objektívne, teda merateľné stránky týkajúce sa kvality ošetrovateľskej starostlivosti (Kontrová a kol., 2005).

Pokiaľ sa na štandardy kvality budeme dívať z pohľadu hierarchie, môžeme zadefinovať dve skupiny – centrálné štandardy a lokálne štandardy. Centrálné štandardy sú nadradené ostatným štandardom. Vydáva ich nadradený orgán, v podmienkach SR je to MZ SR. Vydáva len tzv. rámcové štandardy, na základe ktorých by mali byť vyhotovované lokálne štandardy. Rámcové štandardy určujú základné ciele odboru ošetrovateľstva a kritéria pre jeho realizáciu (napr. pracovné

náplne sestier, kompetencie a požadované vzdelanie jednotlivých profesií).

Lokálne štandardy (vychádzajúce z centrálnych štandardov) sa vypracovávajú v konkrétnych pracoviskách či zdravotníckych zariadeniach. Pri koncipovaní lokálnych štandardov je ideálne, ak je do tohto procesu zapojených čo najviac dotknutých zamestnancov. Takto majú pocit kolektívnej zodpovednosti, keďže sa na ich tvorbe sami podieľali. Ich dodržiavanie by malo byť premietnuté i do pracovných náplní a pracovných zmlúv.

Indikátory kvality sú merateľné kritéria, ktoré v porovnaní s určitým štandardom či smernicou dokumentujú, do akej miery bol tento štandard dosiahnutý, naplnený (Kilíková, Jakušová, 2008). Vhodne nastavené kritériá nám umožňujú porovnávať súčasne dosahované výsledky s minulými. Princíp indikátorov spočíva v tom, že sa určité kvalitatívne údaje „pretransformujú“ do kvantitatívnych. Dôležité je, aby všetky subjektívne stanovené kritéria boli objektívne merateľné a kvantifikovateľné s čo možno najvyššou vypovedacou schopnosťou (Kilíková, Jakušová, 2009). Pokiaľ by indikátory nemali dostatočnú vypovedaciu schopnosť, šlo by len o štatistiku, ktorá by nemala zmysel pre manažment kvality ošetrovateľskej, resp. zdravotníckej starostlivosti. Pokiaľ sa manažment zariadenia rozhodne indikátory kvality zakomponovať do komplexného manažérskeho informačného systému, výsledkom bude optimálny systém včasného varovania, ktorý pomôže včas rozpoznať prípadné riziká súvisiace s kvalitou poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. V praxi sa používajú dva typy indikátorov (Gladkij, Heger, Strnad, 1999): **Indikátory početnosti** udávajú frekvenciu vzniku náhodných udalostí objavujúcich sa v danom zariadení za určité obdobie. **Varovné indikátory** sú vyjadrené v absolútnych číslach a vyjadrujú počet vzniknutých závažných udalostí. Sú vhodným nástrojom na benchmarking, (porovnanie určitého kritéria s konkurenciou).

Povinnosť hodnotiť kvalitu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na Slovensku majú zdravotné poisťovne. Hodnotenie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa

vyhodnotenia indikátorov kvality vychádza z ustanovenia § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach a nariadenia vlády SR č. 752/2004 Z. z. Indikátory vypracúva MZ SR v spolupráci so zdravotnými poisťovňami a slúžia na monitoring vybraných oblastí poskytovania zdravotnej starostlivosti. Jedným z kritérií pri zbere indikátorov kvality je aj hodnotenie poskytovateľa lôžkovej zdravotnej starostlivosti samotným pacientom. Hodnotenie sa týka poskytovateľov všeobecnej a špecializovanej ambulantnej starostlivosti a ústavnej zdravotnej starostlivosti. Indikátory kvality pre rok 2010 sú uvedené v Prílohe B.

Pokiaľ má už zdravotnícke zariadenie špecifikované indikátory kvality a dokáže na ich základe sústavne zabezpečiť poskytovanie zdravotnej starostlivosti na požadovanej kvalitatívnej úrovni, môže pristúpiť k udeľovaniu certifikátov kvality. Proces certifikácie prebieha pomocou auditov kvality. Audity vyzdvihujú kvalitné stránky poskytovanej zdravotnej starostlivosti a na druhej strane poukazujú na nedostatky, ktoré je potrebné odstrániť. Systém auditov využívajú certifikačné spoločnosti, ktoré udeľujú zdravotníckym zariadeniam (ale aj ostatným spoločnostiam z každej sféry hospodárstva) certifikáty kvality, ktoré poskytovateľov zdravotnej starostlivosti odlišujú od konkurencie a to tým, že certifikovaný poskytovateľ môže používať tzv. známku kvality, ktorá potvrdzuje, že daný poskytovateľ, zdravotnícke zariadenie sa radí systémom manažérstva kvality podľa STN EN ISO 9001. V súčasnosti platná norma ISO 9001:2009 špecifikuje požiadavky na systém riadenia kvality v organizáciách, ktoré chcú a potrebujú preukázať svoju schopnosť trvale poskytovať služby v súlade s príslušnými predpismi a požiadavkami pacientov/klientov, a ktoré sa usilujú o zvyšovanie spokojnosti pacientov/klientov. Základnou požiadavkou je zaviesť, dokumentovať, uplatňovať a udržiavať systém riadenia kvality a neustále ho zlepšovať.

Certifikačné spoločnosti najprv v zariadení vykonajú tzv. vstupný audit. Pomocou neho zhodnotia, či poskytovateľ postupuje v zmysle filozofie ISO 9001. Navrhnú prípadné opatrenia na odstránenie nedostatkov, technologické postupy,

príručku kvality a smernice, ktoré bude musieť poskytovateľ dodržiavať. Výsledkom vstupného auditu je vydanie certifikátu kvality, ktorého platnosť je tri roky. Po troch rokoch dochádza k recertifikácii. Tzn., že certifikačná spoločnosť opätovne skontroluje dodržiavanie princípov kvality a po odstránení prípadných nedostatkov je platnosť certifikátu kvality predĺžená o ďalšie trojročné obdobie.

Základnými princípmi na ktoré sa systém manažérstva kvality zameriava je: Orientácia na zákazníka; Vodcovstvo – vedenie spoločnosti predstavuje vrchol organizačnej štruktúry organizácie; Zapojenie ľudí – participácia zamestnancov spoločnosti na systéme manažérstva kvality; Procesný prístup – definovanie jednotlivých činností ako procesov a ich vzájomných interakcii; Systémový prístup k manažerstvu – meranie, analýza, návrh riešení; Neustále zlepšovanie – nevyhnutnosť pre prežitie v neustále silnejúcom konkurenčnom prostredí; Orientácia na fakty pri rozhodovaní; Kvalitné dodávateľsko-odberateľské vzťahy.

Zavedením systémov manažérstva spoločnosť získa systémové metódy, postupy ako riadiť svoju spoločnosť smerom k základným princípom systémov manažérstva. Prezentuje sa ako spoločnosť, ktorá splnila požiadavky klientov (pacientov), obchodných partnerov, štátnych inštitúcií či iných zainteresovaných strán.

Medzi výhody tejto certifikácie patrí predovšetkým celkové posilnenie pozícií manažmentu zdravotníckeho zariadenia a zvýšenie konkurencieschopnosti zariadenia. Certifikácia zvyšuje hodnoty organizácie, jej imidž a znižuje náklady. Medzi ďalšie výhody certifikácie v zmysle noriem ISO 9001:2009 radíme: *zavedenie poriadku a systémového prístupu do všetkých firemných činností, podstatné zvýšenie dôveryhodnosti zariadenia, stabilizáciu dosahovanej úrovne kvality v čase, ľahšie zapracovanie a zapojenie sa nových pracovníkov k plneniu cieľov spoločnosti, riadené ovplyvňovanie trendov v kvalite produktov, vytvorenie základu pre ďalšie zlepšovanie kvality a tým úspech v konkurenčnom boji, vzájomne výhodné obchodné vzťahy* (Poling, 2010).

Okrem toho, certifikované zariadenie spravidla dostáva o niekoľko percent vyššie finančné planenia zo strany zdravotných poisťovní za poskytnutú zdravotnú starostlivosť ako zariadenie necertifikované.

Zvyšovanie kvality poskytovanej DOS je dôležité z dvoch hľadísk. Prvým je záujem o čo možno najpohodľnejšie prežívanie pacienta, často postihnutého bolestivými chorobami. Druhým hľadiskom v snahe zvyšovať kvalitu DOS je pretrvávajúci konkurenčný tlak medzi už etablovanými ADOS, ktoré práve prostredníctvom zvyšovania kvality môžu na trhu získať konkurenčnú výhodu umožňujúcu byť úspešnými z dlhodobého hľadiska. Problém nášho prieskumu možno determinovať otázkou: **Ako vnímajú klienti/pacienti ADOS, pôsobiacich v trebišovskom okrese, kvalitu poskytovanej DOS, ako aj celkovú profesionálnu úroveň sestier?**

Cieľom je zistiť mieru spokojnosti klientov s úrovňou poskytovanej DOS poskytovaných ADOS v rámci okresu Trebišov.

Cieľ 1: Zistiť štatisticky významné faktory, resp. determinanty ovplyvňujúce spokojnosť klientov ADOS s celkovou úrovňou poskytovanej DOS;

Cieľ 2: Zistiť štatisticky významné faktory, resp. determinanty ovplyvňujúce spokojnosť klientov ADOS s celkovou profesionálnou úrovňou sestier poskytujúcich DOS.

Hypotézy

1H_A – Existuje štatisticky významný vzťah medzi hodnotením kvality poskytovanej DOS a vybranými demografickými charakteristikami (vek, pohlavie, vzdelanie, bydlisko).

2H_A – Existuje štatisticky významný vzťah medzi hodnotením kvality poskytovanej DOS a časovými charakteristikami návštev sestry u klienta (frekvencia a trvanie návštev sestry u klienta).

3H_A – Existuje štatisticky významný vzťah medzi hodnotením kvality poskytovanej DOS a vybranými charakteristikami ochorenia klienta (dĺžka využívania DOS a typ ochorenia vyžadujúceho DOS).

4H_A – Existuje štatisticky významný vzťah medzi hodnotením celkovej profesionálnej úrovne sestier poskytujúcich DOS a ich

vybranými profesnými charakteristikami (dochvilnosť, odborná zdatnosť, komunikácia, rešpektovanie názorov a potrieb pacienta).

5H_A – Existuje štatisticky signifikantný vzťah medzi hodnotením celkovej profesionálnej úrovne sestier poskytujúcich DOS a angažovanosťou pacienta a jeho okolia (rodina, lekár) do ošetrovateľského procesu.

Metodika. Výskumné šetrenie sa uskutočnilo v období od 1. novembra 2013 do 31. decembra 2013. Spádová oblasť - okres Trebišov, presnejšie do všetkých ADOS na jeho území pôsobiacich. (Nadácia na pomoc onkologickým pacientom, 2010). ADOS Helena Horváthová, so sídlom v Strede nad Bodrogom, ADOS NATÁLIA s.r.o., so sídlom v Trebišove, ADOS Edita Takáčová, so sídlom v Slovenskom Novom meste, ADOS PR Slovakia spol. s.r.o., so sídlom v Trebišove, ADOS Arcidiecézna charita Košice, so sídlom v Trebišove. Realizovaný bol u všetkých klientov/pacientov, ktorí boli v tom čase v zmluvnom vzťahu s niektorou z vyššie uvedených ADOS.

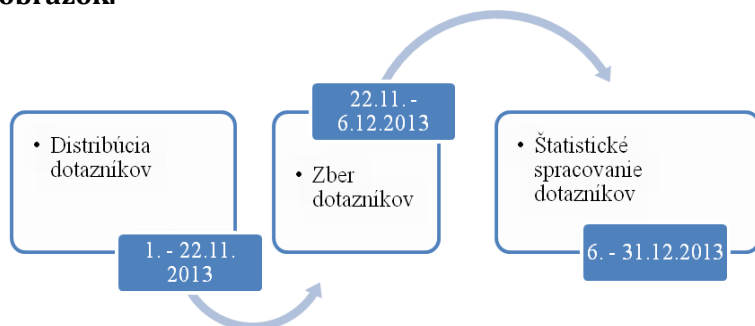
V zásade je prieskum zameraný na dva rámce subjektívneho hodnotenia kvality:

- Hodnotenie kvality ADOS ako celku – dôraz je kladený na zistenie subjektívneho pocitu klientov týkajúceho sa úrovne služieb ADOS v globále, teda s ohľadom na všetky aspekty poskytovanej DOS: kvalita služieb, odbornosť personálu, dostatočnosť frekvencie návštev, dĺžka návštev a pod.;
- Hodnotenie kvality, resp. profesionálnej úrovne sestier poskytujúcich DOS prostredníctvom ADOS na základe rôznych hľadísk..

Metódy prieskumu. Naša práca vychádza z číselných údajov. „Zisťuje množstvo, rozsah alebo frekvenciu výskytu javov, resp. ich mieru (stupeň), číselné údaje sa dajú matematicky spracovať. Možno ich sčítať, vypočítať ich priemer, vyjadriť ich v percentách alebo použiť ďalšie metódy matematickej štatistiky (vyjadriť smerodajnú odchýlku, korelačný koeficient, štatistickú významnosť rozdielu medzi dvoma alebo viacerými výsledkami a pod.). Výhodou kvantitatívne orientovaného výskumu je možnosť

precízneho a jednoznačného vyjadrenia výskumných údajov v podobe čísel.“ (Kozoň, 2009, s. 19). Pre zber údajov sme využili dotazník. Na účely nášho výskumu bol dotazník rozdelený do dvoch častí, pričom pozostával celkovo z 20 otázok. Prvá časť dotazníka – sociodemografické charakteristiky – pozostávala zo 6 otázok, ktoré boli zamerané na demografiu štatistickej vzorky. Okrem veku, pohlavia, vzdelania a rodinného stavu sme zisťovali aj typ bývania a štruktúru domácnosti respondentov. V druhej časti sme pozornosť zamerali už na samotné zisťovanie jednotlivých charakteristík úrovne poskytovanej DOS, ako aj celkové subjektívne vnímanie kvality ako samotných ADOS, tak i profesionálnej úrovne sestier poskytujúcich DOS. Celkovo zisťujúca časť pozostávala z 14 otázok. Otázky v dotazníku boli v dvoch prípadoch otvorené (otázky č. 1 a 10), v troch prípadoch kombináciou uzavretých a polootevorených (otázky č. 6, 8 a 9) a vo zvyšných prípadoch uzavreté.

Organizácia a spracovanie prieskumu. Celkovo bolo pacientom/klientom ADOS prostredníctvom sestier rozdáných 142 dotazníkov kompletne vyplnených a vrátených bolo 110 dotazníkov. Návratnosť teda predstavovala 77,46%. **Časovú os celého realizovaného prieskumu zachytáva nasledujúci obrázok.**



Obrázok 1 Časová os realizácie prieskumu

Výsledky prieskumu boli spracovávané prostredníctvom programu MS Excel. Na štatistické spracovanie výsledkov sme využívali metodiku Pearsonovho Chí-kvadrát testu vyjadreného

vzťahom [1] (Rimarčík, 2007, s. 162), pričom kontingenčné tabuľky boli zostavované v programe MS Excel.

$$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \quad [1],$$

kde O sú zistené hodnoty a E sú teoretické hodnoty.

Okrem Pearsonovho Chí-kvadrát testu boli použité aj metódy jednoduchej štatistickej percentuálnej metódy, aritmetického priemeru, komparácie, analýzy a syntézy.

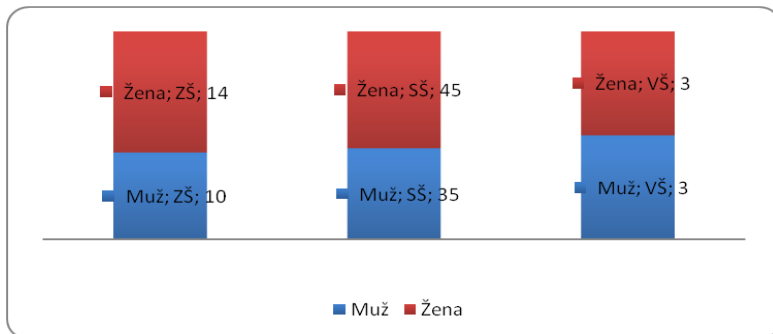
Charakteristika vzorky Základné demografické charakteristiky respondentov dokumentujú tabuľky a grafy uvedené v texte nižšie. Podľa veku a pohlavia bolo rozdelenie respondentov nasledovné.

Tabuľka 1 Rozdelenie respondentov podľa veku a pohlavie

vek	do 49 r.		50 až 64 r.		65 až 74 r.		75 a viac r.		Celkom	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>početnosť podľa pohlavia</i>										
<i>Muž</i>	5	5	10	9	21	19	12	12	48	44
<i>Žena</i>	4	3	8	7	11	28	9	17	62	56
<i>Celkom</i>	9	8	18	16	32	47	21	29	110	100

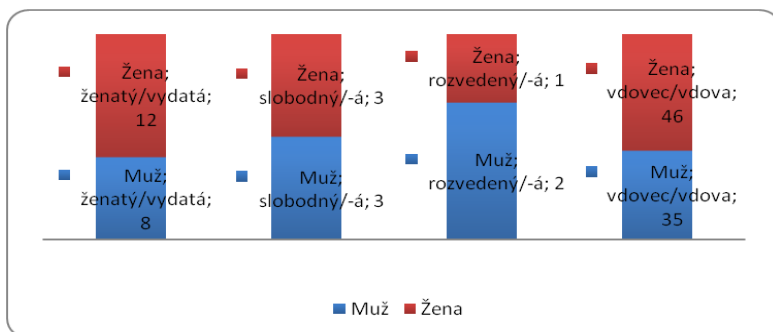
Z celkového počtu respondentov 110 bolo 48 mužov (43,6%) a 62 žien (56,4%). Podrobné rozdelenie respondentov na základe vekových škál je uvedené v tabuľke 1. Najpočetnejšiu skupinu tvorili 65 až 74-roční pacienti, ktorých bolo 52 (47,3%). Druhou najpočetnejšou skupinou boli 75 a viacroční v počte 31 (28,2%), nasledovala skupina 50 až 64-ročných s počtom 18 (16,4%) a najmenej zastúpenou skupinou boli respondenti do 49 rokov veku v počte 9 (8,2%). Z uvedeného teda vyplýva, že najpočetnejšou skupinou občanov okresu Trebišov, využívajúcou

služby ADOS, sú prevažne ľudia v dôchodcovskom veku, ktorí predstavujú až 75,5% všetkých klientov ADOS. Len malú skupinu (16,4%) tvoria ľudia nad 50 rokov a ľudia do 49 rokov (8,2%). Túto mladšiu kategóriu klientov (dohromady 24,6%) predstavujú prevažne ľudia po úrazoch, chronických ochoreniach a ľudia vyžadujúci si opateru po operačných zákrokoch.



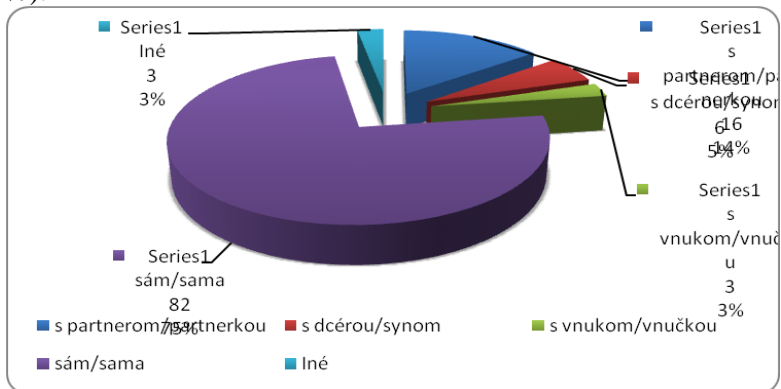
Graf 1 Rozdelenie respondentov podľa vzdelania

Najpočetnejšou vzdelanostnou skupinou respondentov boli stredoškolsky vzdelaní ľudia (72,7 %). Nasledovali respondenti so základným vzdelaním v celkovom počte 21,8 %. Poslednú skupinu tvorili vysokoškolsky vzdelaní respondenti s celkovým počtom 5,4 %.



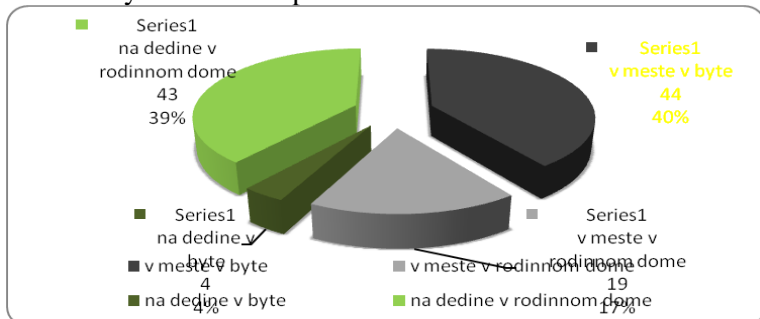
Graf 2 Rozdelenie respondentov podľa rodinného stavu

Najviac respondentov predstavuje skupina vdovec/vdova s počtom 81 (73,6 %). Nasleduje skupina ženatý/vydatá s počtom 20 (18,2 %). Nasleduje skupina slobodný/-á s celkovým počtom 5,5 % a poslednou je skupina rozvedení s celkovým počtom 2,7 %).



Graf 3 Rozdelenie respondentov podľa osôb zdieľajúcich spoločnú domácnosť s respondentom

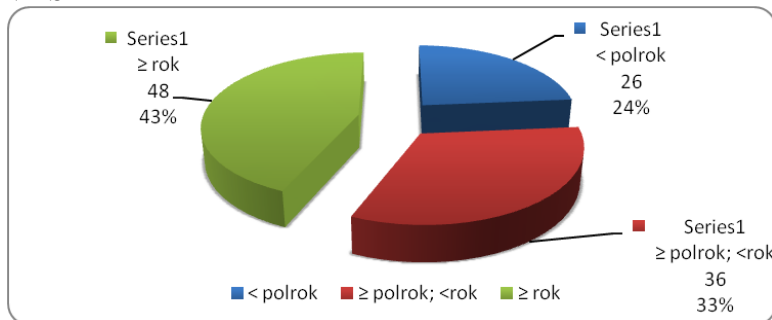
Najpočetnejšou skupinu sú respondenti žijúci vo svojej domácnosti sami (75 %). S partnerom/partnerkou v spoločnej domácnosti žije len 14 % pacientov a s inými príslušníkmi žije dohromady len 11 % respondentov.



Graf 4 Rozdelenie respondentov podľa miesta a typu bydliska
 Najviac respondentov žije v meste v byte (40 %). Nasledovala skupina žijúca na vidieku v rodinnom dome v počte 43 (39 %), skupina žijúca v meste v rodinnom dome, celkovo 19 respondentov (17 %). Poslednou skupinou, čo do početnosti, boli

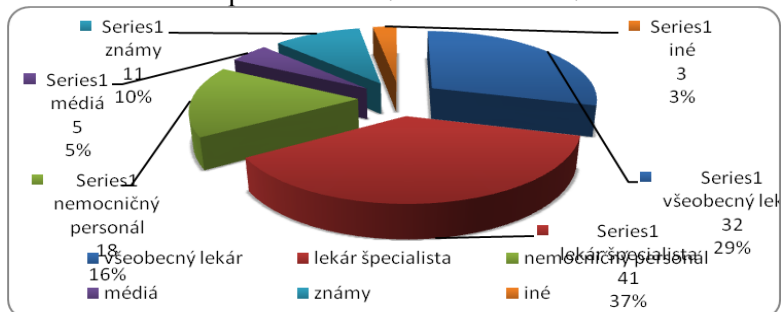
respondenti žijúci na vidieku v bytoch v počte 4 (4 %). Väčšiu časť respondentov teda tvoria obyvatelia miest, ktorých je celkovo 57 %.

VÝSLEDKY



Graf 5 Rozdelenie respondentov podľa doby využívania služieb ADOS

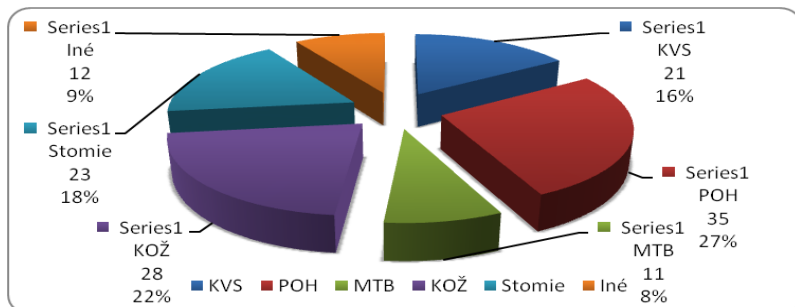
Viac ako rok využívajúcich služby 43% respondentov. Druhou najpočetnejšou skupinou sú respondenti využívajúci služby ADOS v intervale viac ako polrok a menej ako rok tj. 33%. Najmenej početnou skupinou sú respondenti využívajúci služby ADOS kratšie ako pol roka 24%.



Graf 6 Rozdelenie respondentov podľa zdroja informácií o možnosti využívať služby ADOS.

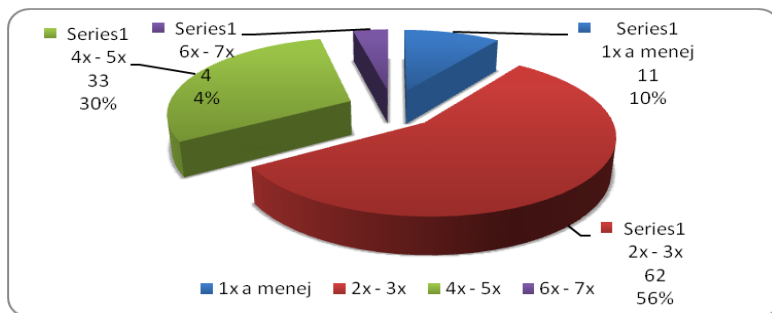
Lekár špecialista v 41 prípadoch (37 %) naordinoval klientovi využívanie služieb ADOS. Všeobecný lekár tak urobil v 32 (29 %) prípadoch. Medzi ďalšie informačné zdroje radíme nemocničný personál (16 %), známi a príbuzní pacientov (10 %),

médiá (5%) a iné zdroje (3 %). Už na začiatku prieskumu bolo možné predpokladať, že významným zdrojom informácií, resp. najviac odporúčaní na využívanie služieb ADOS vzíde od lekárov.

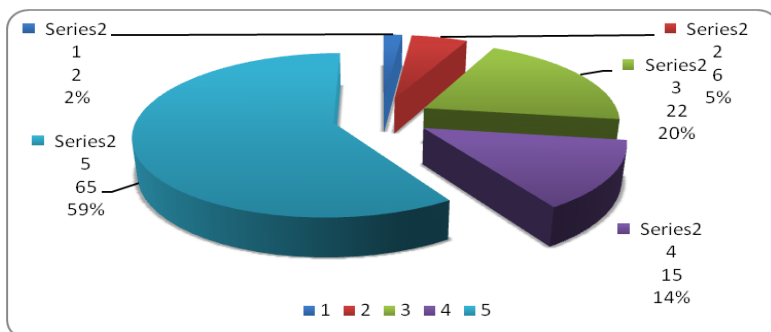


Poznámka: KVS = kardiovaskulárne ochorenia, POH = ochorenia pohybového aparátu, MTB = metabolické ochorenia, KOŽ = kožné choroby

Graf 7 Rozdelenie respondentov podľa druhu ochorenia
 Zistilisme, že osemnásť pacientov trpeli súčasne dvomi ochoreniami a jeden pacient trpel naraz až tromi ochoreniami. Najviac zastúpení boli pacienti s ochoreniami pohybového aparátu v počte 27 %, nasledovaní pacientmi s kožnými ochoreniami v celkovom počte 22 %. Na rovnakej úrovni sa vyskytovali prípady výskytu stomii (18 %) a kardiovaskulárne ochorenia 16 %. Metabolické a iné ochorenia predstavovali 11%.

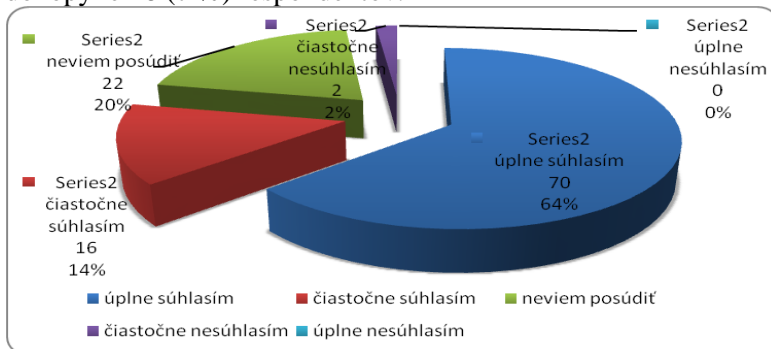


Graf 8 Rozdelenie respondentov podľa frekvencie návštev sestry
 Najpočetnejšiu skupinu tvoria respondenti, ktorých sestra navštevuje 2 až 3-krát týždenne, celkovo 62 prípadov (56 %). Nasleduje frekvencia návštev 4 až 5-krát týždenne v 33 prípadoch (30 %), v 11 % prípadov to bolo 1-krát a menej často ako týždenne. Najmenej početnou skupinou boli respondenti, ktorých sestra navštevovala 6 až 7-krát týždenne, v 4 prípadoch (4 %).



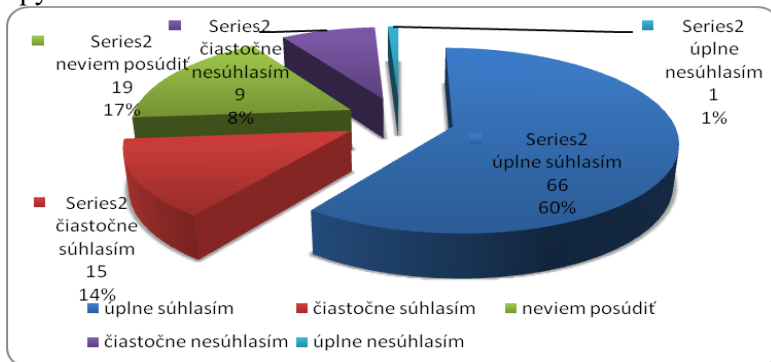
Graf 9 Rozdelenie respondentov podľa hodnotenia dochvilnosti sestier

Z grafu 9 je evidentné, že až 65 (59 %) respondentov hodnotí dochvilnosť sestier najvyšším počtom bodov. Štyrmi z piatich bodov hodnotí dochvilnosť sestier 15 (14 %) respondentov. Ako priemer (3 z 5 bodov) hodnotí dochvilnosť sestier 22 (20 %) respondentov. Ako podpriemer (1 a 2 body z 5) hodnotí sestry dokopy len 8 (7 %) respondentov.



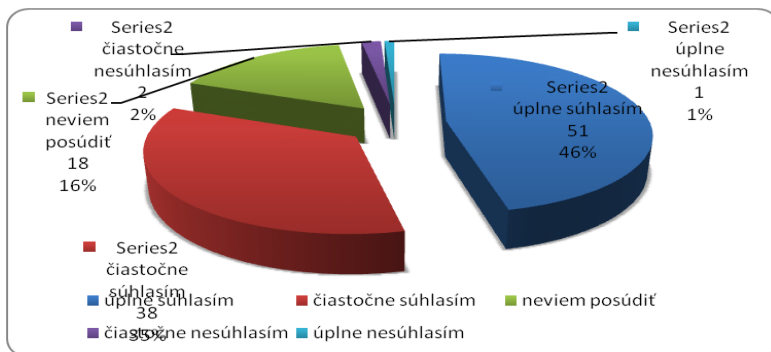
Graf 10 Rozdelenie respondentov podľa odbornej zdatnosti sestier

S tvrdením, že ich sestra je v plnej miere profesionálne zdatná bezvýhradne súhlasilo až 70 (64 %) respondentov. Čiastočne súhlasilo 16 (14%) respondentov. Nevedelo sa vyjadriť 22 (20%) respondentov a nesúhlasné stanovisko vyjadrili len dvaja (2 %) opytovaní.



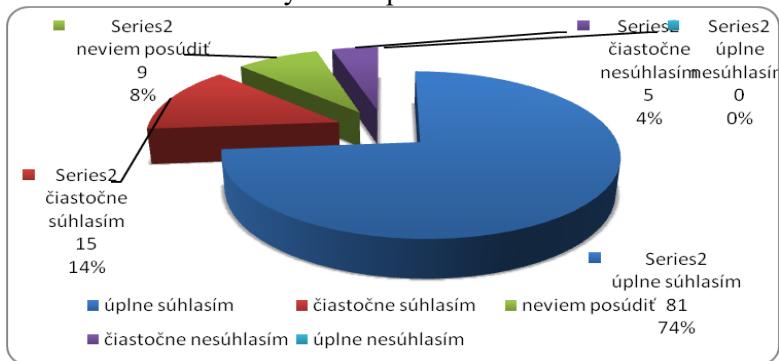
Graf 11 Rozdelenie respondentov podľa úrovne komunikácie sestry

S tvrdením, že ošetrujúca sestra komunikuje „ľudsky“ a zároveň profesionálne bezvýhradne súhlasilo 66 (60 %) respondentov. S menšími výhradami súhlasilo 14 % respondentov. Nevedelo sa vyjadriť 17% respondentov a s týmto tvrdením čiastočne (8 %) alebo úplne nesúhlasilo (1 %) dohromady 10 respondentov, čo z celkového počtu predstavuje len 9 %.



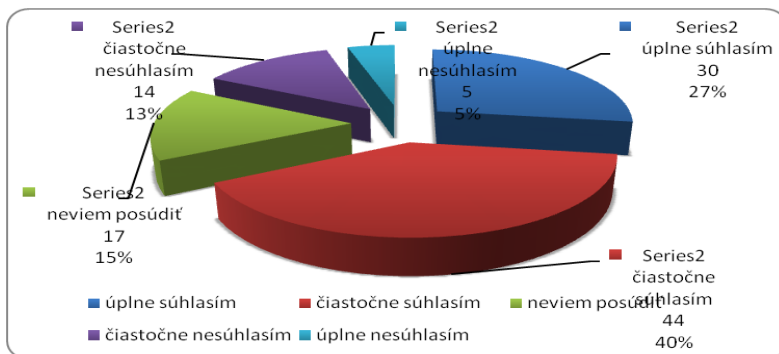
Graf 12 Rozdelenie respondentov podľa motivácie pacienta a vzájomnej interakcie medzi sestrou a pacientom.

S tvrdením, že sestra zapája a motivuje pacienta k spolupráci v rámci ošetrovateľského procesu súhlasilo bezvýhradne 51 (46 %) respondentov, s menšími výhradami s tvrdením súhlasilo 38 (35 %) respondentov. Nevedelo sa vyjadriť 18 (16 %) a nesúhlasilo dohromady 3% respondentov.



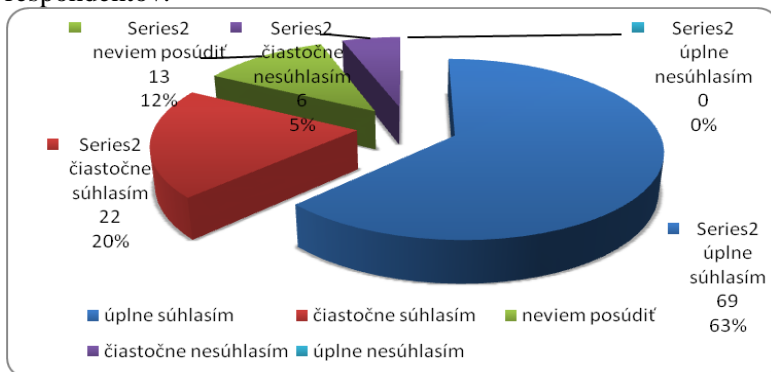
Graf 13 Rozdelenie respondentov podľa miery rešpektovania názorov, potrieb a výhrad pacienta zo strany sestry.

Na základe údajov grafu 13 môžeme konštatovať, že s názorom, že sestra tieto potreby, názory a výhrady rešpektuje bezvýhradne súhlasilo 81 (74 %) a s menšími výhradami súhlasilo 15 (14 %) respondentov. Nevedelo sa vyjadriť 9 (8 %) respondentov a nesúhlasilo 9 (8 %) respondentov.



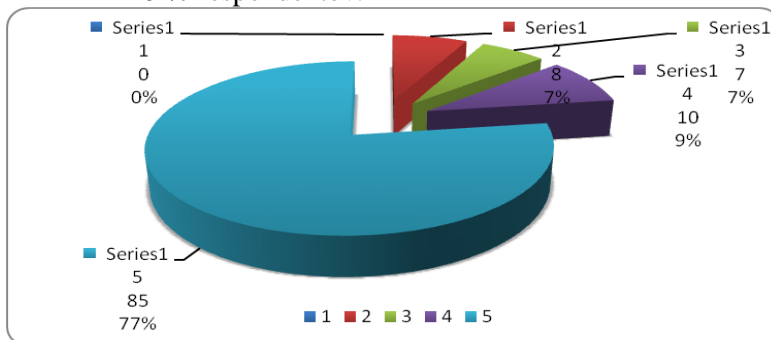
Graf 14 Rozdelenie respondentov podľa miery zapájania a edukovania rodinných príslušníkov pacienta do ošetrovateľského procesu.

S tvrdením, že sestra edukuje a zapája rodinných príslušníkov do ošetrovateľského procesu bezvýhradne súhlasilo 30 (27 %) a s výhradami (čiastočne) súhlasilo 44 (40 %) respondentov. Nevedelo sa vyjadriť 17 (15 %) respondentov. Čiastočne s tvrdením nesúhlasilo 14 (13%) a úplne nesúhlasilo 5 (5 %) respondentov.



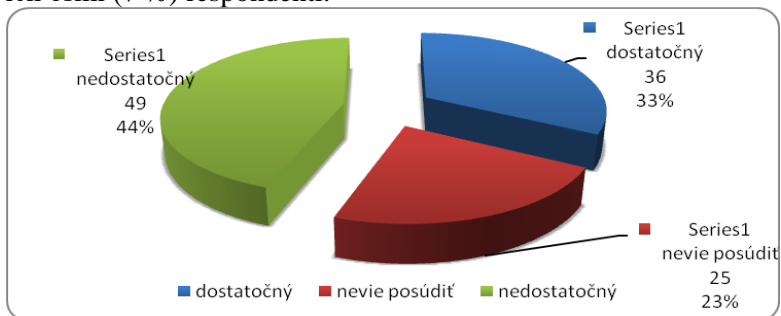
Graf 15 Rozdelenie respondentov podľa miery spolupráce a komunikácie sestry s ošetrujúcim lekárom pacienta.

Až 63 % respondentov súhlasilo bez výhrad a 20 % súhlasilo čiastočne s tým, že sestra spolupracuje s ošetrujúcim lekárom v dostatočnej miere. Nevedelo sa vyjadriť 12 % a s tvrdením nesúhlasilo 5 % respondentov.

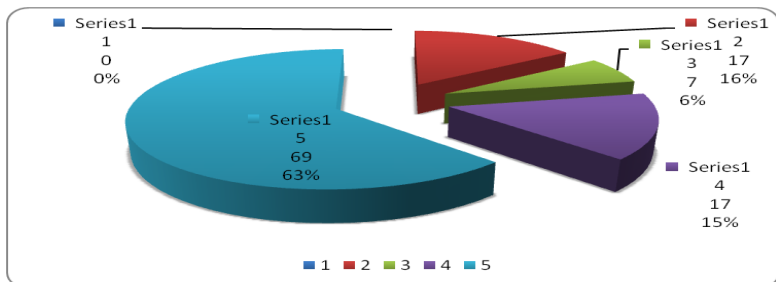


Graf 16 – Rozdelenie respondentov podľa hodnotenia celkovej profesionálnej úrovne sestier.

Z údajov grafu 16 môžeme vidieť, že až 85 (77 %) respondentov ohodnotilo celkovú profesionálnu úroveň sestier najvyšším počtom bodov. Počtom bodov 4 z 5 bodov ohodnotilo profesionalitu sestier 10 (9 %) a priemerne (počtom bodov 3) 7 (7 %) respondentov. Dvomi bodmi hodnotili profesionalitu sestier len ôsmi (7 %) respondenti.



Graf 17 Rozdelenie respondentov podľa času, ktorý venuje sestra pacientovi pri jednotlivých návštevách v jeho domácom prostredí. 49 (44 %) respondentov vníma čas sestry strávený pri pacientovi ako nedostatočný. Dĺžku tohto času nevedelo posúdiť 25 (23 %) respondentov a ako dostatočný ho vnímalo len 36 (33 %) respondentov. Máme teda za to, že problémom pri celkovom hodnotení kvality služieb ADOS, ako aj celkovej profesionality sestier výrazne ovplyvňuje krátkosť času sestry stráveného s pacientom.



Graf 18 – Rozdelenie respondentov podľa hodnotenia celkovej kvality ADOS poskytujúcich DOS Z údajov grafu 18 vyplýva záver, že respondenti hodnotili celkovú kvalitu služieb poskytovaných ADOS pozitívne, avšak o niečo horšie ako bola hodnotená kvalita, resp. profesionalita sestier poskytujúcich DOS. Až 69 (53%) hodnotilo kvalitu ADOS najvyšším počtom bodov (piatimi) a štyrmi bodmi 17 (15%) respondentov. Priemerne hodnotilo kvalitu ADOS 7 (6 %) respondentov. Len dva body prideliť 17 (16 %) respondentov.

Testovanie a overovanie hypotéz v kontexte cieľov prieskumu

Tabuľka 2 Subjektívne hodnotenie kvality ADOS vs. vek respondenta

Celková kvalita	≤ 49 r.		50 - 64 r.		65 - 74 r.		≥ 75 r.		Spolu
	O	E	O	E	O	E	O	E	
výborná	6	7,03 6	13	14,07 3	42	40,65 5	25	24,23 6	86
priemerná	1	0,57 3	2	1,145	2	3,309	2	1,973	7
podpriemerná	2	1,39 1	3	2,782	8	8,036	4	4,791	17
Spolu	9	9	18	18	52	52	31	31	110
Celková kvalita	≤ 49 r.		50 - 64 r.		65 - 74 r.		≥ 75 r.		$\Sigma\chi^2$
	χ^2		χ^2		χ^2		χ^2		
výborná	0,153		0,082		0,045		0,024		0,303
priemerná	0,319		0,638		0,518		0,000		1,475
podpriemerná	0,267		0,017		0,000		0,131		0,415
$\Sigma\chi^2$	0,738		0,736		0,563		0,155		2,192

Pre hladinu významnosti $p = 0,05$ a počet stupňov voľnosti $k = 6$, bola v tabuľkách kritických hodnôt nájdená kritická hodnota 12,59. Keďže kritická hodnota nebola prekročená ($2,192 < 12,59$)

konštatujeme, že neexistuje štatisticky signifikantný vzťah medzi hodnotením kvality poskytovanej DOS a vekom respondenta.

Tabuľka 3 Subjektívne hodnotenie kvality ADOS vs. pohlavie respondenta

Celková kvalita	muž		žena		Spolu
	O	E	O	E	
výborná	39	37,53	47	48,47	86
priemerná	2	3,055	5	3,945	7
podpriemerná	7	7,418	10	9,582	17
Spolu	48	48	62	62	110
Celková kvalita	muž		žena		$\Sigma\chi^2$
	χ^2		χ^2		
výborná	0,058		0,045		0,103
priemerná	0,364		0,282		0,646
podpriemerná	0,024		0,018		0,042
$\Sigma\chi^2$	0,445		0,345		0,790

Pre hladinu významnosti $p = 0,05$ a počet stupňov voľnosti $k = 2$, bola v tabuľkách kritických hodnôt nájdená kritická hodnota 5,98. Keďže kritická hodnota nebola prekročená ($0,790 < 5,98$) konštatujeme, že neexistuje štatisticky signifikantný vzťah medzi hodnotením kvality poskytovanej DOS a pohlavím respondenta.

Tabuľka 4 Subjektívne hodnotenie kvality ADOS vs. vzdelanie respondenta

Celková kvalita	ZŠ		SŠ		VŠ		Spolu
	O	E	O	E	O	E	
výborná	22	18,76	61	62,55	3	4,691	86
priemerná	1	1,527	4	5,091	2	0,382	7
podpriemerná	1	3,709	15	12,36	1	0,927	17
Spolu	24	24	80	80	6	6	110
Celková kvalita	ZŠ		SŠ		VŠ		$\Sigma\chi^2$

<i>kvalita</i>	χ^2	χ^2	χ^2	
<i>výborná</i>	0,558	0,038	0,610	1,206
<i>priemerná</i>	0,182	0,234	6,858	7,274
<i>podpriemerná</i>	1,979	0,562	0,006	2,547
$\Sigma\chi^2$	2,719	0,834	7,473	11,026

Pre hladinu významnosti $p = 0,05$ a počet stupňov voľnosti $k = 4$, bola v tabuľkách kritických hodnôt nájdená kritická hodnota 9,48. Keďže kritická hodnota bola prekročená ($11,026 > 9,48$), konštatujeme, že existuje štatisticky významný vzťah medzi hodnotením kvality poskytovanej DOS a vzdelaním respondentov. Najvyššia štatistická závislosť medzi skúmanými premennými vznikla u respondentov s VŠ vzdelaním a najnižšia so SŠ vzdelaním.

Tabuľka 5 Subjektívne hodnotenie kvality ADOS vs. bydlisko respondenta

<i>Celková kvalita</i>	<i>mesto byt</i>		<i>mesto dom</i>		<i>dedina byt</i>		<i>dedina dom</i>		<i>Spolu</i>
	<i>O</i>	<i>E</i>	<i>O</i>	<i>E</i>	<i>O</i>	<i>E</i>	<i>O</i>	<i>E</i>	
<i>výborná</i>	30	34,40	14	14,85	4	3,12	38	33,61	86
<i>priemerná</i>	4	2,800	1	1,209	0	0,25	2	2,736	7
<i>podpriemerná</i>	10	6,800	4	2,936	0	0,61	3	6,645	17
<i>Spolu</i>	44	44	19	19	4	4	43	43	110
<i>Celková kvalita</i>	<i>mesto byt</i>		<i>mesto dom</i>		<i>dedina byt</i>		<i>dedina dom</i>		$\Sigma\chi^2$
	χ^2		χ^2		χ^2		χ^2		
<i>výborná</i>	0,563		0,049		0,244		0,571		1,427
<i>priemerná</i>	0,514		0,036		0,255		0,198		1,003
<i>podprieme</i>	1,506		0,385		0,618		2,000		4,50

<i>rná</i>					9
$\Sigma\chi^2$	2,583	0,471	1,116	2,769	6,939

Pre hladinu významnosti $p = 0,05$ a počet stupňov voľnosti $k = 6$, bola v tabuľkách kritických hodnôt nájdená kritická hodnota 12,59. Keďže kritická hodnota nebola prekročená ($6,939 < 12,59$), konštatujeme, že neexistuje štatisticky významný vzťah medzi hodnotením kvality poskytovanej DOS a bydliskom respondenta.

Záver z testovania prvej hypotézy: Neexistuje štatisticky významný vzťah medzi hodnotením kvality poskytovanej DOS a vybranými demografickými charakteristikami respondentov (vek, pohlavie, bydlisko). Jedinou výnimkou je vzdelanie respondentov, ktoré má *štatisticky významný vplyv* na hodnotenie kvality ADOS respondentmi. Práve vysokoškolsky vzdelaní respondenti citlivejšie vnímajú rôzne aspekty kvality poskytovanej DOS.

Tabuľka 6 Subjektívne hodnotenie kvality ADOS vs. frekvencia návštev sestry u respondenta

Celková kvalita	Ix a		$2x - 3x$		$4x - 5x$		$6x - 7x$		Spolu
	O	E	O	E	O	E	O	E	
výborná	5	8,60 0	4 8	48,47 3	2 9	25,80 0	4 7	3,12	86
priemerná	0	0,70 0	4 3,945		3 2,100		0 5	0,25	7
podpriemerná	6	1,70 0	1 0	9,582	1 5,100		0 8	0,61	17
Spolu	11	11	2	62	3	33	4	4	110
Celková kvalita	Ix a		$2x - 3x$		$4x - 5x$		$6x - 7x$		$\Sigma\chi^2$
	χ^2		χ^2		χ^2		χ^2		
výborná	1,507		0,005		0,397		0,244		2,152
priemerná	0,700		0,001		0,386		0,255		1,341

podpriemerná	10,876	0,018	3,296	0,618	14,809
$\Sigma\chi^2$	13,083	0,024	4,079	1,116	18,302

Pre hladinu významnosti $p = 0,05$ a počet stupňov voľnosti $k = 6$, bola v tabuľkách kritických hodnôt nájdená kritická hodnota 12,59. Keďže kritická hodnota bola prekročená ($18,302 > 12,59$), konštatujeme, že existuje štatisticky významný vzťah medzi hodnotením kvality poskytovanej DOS a frekvenciou návštev sestry u respondenta.

Tabuľka 7 Subjektívne hodnotenie kvality ADOS vs. trvanie návštev sestry u respondenta

Celková kvalita	dostatočný		nevie posúdiť		nedostatočný		Spolu
	O	E	O	E	O	E	
výborná	30	28,15	21	19,55	35	38,31	86
priemerná	3	2,291	3	1,591	1	3,118	7
podpriemerná	3	5,564	1	3,864	13	7,573	17
Spolu	36	36	25	25	49	49	110
Celková kvalita	dostatočný		nevie posúdiť		nedostatočný		$\Sigma\chi^2$
	χ^2		χ^2		χ^2		
výborná	0,122		0,108		0,286		0,516
priemerná	0,219		1,248		1,439		2,906
podpriemerná	1,181		2,122		3,890		7,193
$\Sigma\chi^2$	1,523		3,479		5,614		10,616

Pre hladinu významnosti $p = 0,05$ a počet stupňov voľnosti $k = 4$, bola v tabuľkách kritických hodnôt (Príloha D) nájdená kritická hodnota 9,48. Keďže kritická hodnota bola prekročená ($10,616 > 9,48$), konštatujeme, že existuje štatisticky významný vzťah medzi hodnotením kvality poskytovanej DOS a trvaním návštev sestry u respondenta. Čas, ktorý sestra strávi s klientom má

štatisticky významný vplyv na celkovú kvalitu ADOS vnímanú klientom.

Záver z testovania druhej hypotézy: Existuje štatisticky významný vzťah medzi frekvenciou návštev sestry a hodnotenou kvalitou, ako aj medzi časom, ktorý sestra strávi s pacientom a hodnotenou kvalitou. Najsilnejšiu štatistickú závislosť sme zaznamenali v prípade frekvencie návštev 1 a menej krát týždenne. Keďže až 6 z 11 respondentov hodnotilo, v prípade frekvencie návštev 1 a menej krát týždenne, kvalitu ako podpriemernú, možno konštatovať, že znižujúci sa počet návštev priamoúmerne znižuje hodnotenie kvality ADOS vnímanej respondentom. Takisto vidieť významný štatistický vzťah medzi kvalitou a krátkosťou času, ktorý venuje sestra pri jednotlivých návštevách svojim klientom. Pomerne vysoká čiastková kritická hodnota (3,890) bola zaznamenaná v prípade podpriemerne hodnotenej kvality ADOS a nedostatočného času pri návštevách sestier. Práve tento fakt jednoznačne potvrdzuje významnosť takejto štatistickej závislosti.

Tabuľka 8 Subjektívne hodnotenie kvality ADOS vs. dĺžka využívania DOS respondentom

Celková kvalita	< polrok		≥ polrok; <rok		≥ rok		Spolu
	O	E	O	E	O	E	
výborná	21	20,3 3	30	28,15	35	37,53	86
priemerná	4	1,65 5	2	2,291	1	3,055	7
podpriemerná	1	4,01 8	4	5,564	12	7,418	17
Spolu	26	26	36	36	48	48	110
Celková kvalita	< polrok		≥ polrok; <rok		≥ rok		$\Sigma\chi^2$
	χ^2		χ^2		χ^2		
výborná	0,022		0,122		0,170		0,315
priemerná	3,325		0,037		1,382		4,744

podpriemerná	2,267	0,439	2,830	5,536
$\Sigma\chi^2$	5,614	0,599	4,382	10,595

Pre hladinu významnosti $p = 0,05$ a počet stupňov voľnosti $k = 4$, bola v tabuľkách kritických hodnôt nájdená kritická hodnota 9,48. Keďže kritická hodnota bola prekročená ($10,595 > 9,48$) konštatujeme, že existuje štatisticky významný vzťah medzi hodnotením kvality poskytovanej DOS a dĺžkou využívania DOS respondentom.

Tabuľka 9 Subjektívne hodnotenie kvality ADOS vs. typ ochorenia respondenta

Celková kvalita	KVS		POH		MTB		KOŽ		Stomie		Iné		Spolu
	O	E	O	E	O	E	O	E	O	E	O	E	
výborná	2	16,6	3	27,		8,7	2	22,	1	18,		9,5	103
	1	38	2	731	7	15	1	185	5	223	7	08	
priemerná	0	1,77	1	2,9	1	0,9	2	2,3	4	1,9	3	1,0	11
	7		62		31		69		46		15		
podpriemerná	0	2,58	2	4,3	3	1,3	5	3,4	4	2,8	2	1,4	16
	5		08		54		46		31		77		
Spolu	21		35		11		28		23		12		130
Celková kvalita	KVS		POH		MTB		KOŽ		Stomie		Iné		$\Sigma\chi^2$
	χ^2		χ^2		χ^2		χ^2		χ^2		χ^2		
výborná		1,143		0,657		0,338		0,063		0,570		0,661	3,433
priemerná		1,777		1,299		0,005		0,058		2,167		3,879	9,185
podpriemerná		2,585		1,236		2,002		0,701		0,483		0,185	7,191
$\Sigma\chi^2$		5,505		3,193		2,344		0,821		3,220		4,726	19,810

Pre hladinu významnosti $p = 0,05$ a počet stupňov voľnosti $k = 10$, bola v tabuľkách kritických hodnôt nájdená kritická hodnota 18,29. Keďže kritická hodnota bola prekročená ($19,810 > 18,29$),

konštatujeme, že existuje štatisticky signifikantný vzťah medzi hodnotením kvality poskytovanej DOS a typom ochorenia respondenta.

Záver z testovania tretej hypotézy: Existuje štatisticky signifikantný vzťah medzi kvalitou ADOS a tým, ako dlho klienti využívajú služby ADOS, ako aj medzi kvalitou ADOS a typom ochorenia respondenta. Najvýznamnejší vplyv má doba kratšia ako pol roka a dlhšia ako rok. V prvom prípade sa môže jednať o prvotnú frustráciu klienta prameniáciu z nutnosti využívať pomoc cudzej osoby. V druhom prípade môže naopak dlhodobosť a chronicnosť zdravotných problémov viesť k frustrácii, čo má za následok kritickejší postoj k hodnoteniu kvality DOS.

Je zrejmé, že tiež typ ochorenia výrazne vplýva na hodnotenie kvality ADOS. Najsilnejší štatistický vplyv majú kardiovaskulárne ochorenia, stómie, ochorenia pohybového aparátu, ako aj iné ochorenia. Najmenší vplyv majú kožné ochorenia.

Tabuľka 10 Subjektívne hodnotenie celkovej profesionálnej úrovne sestier poskytujúcich DOS vs. dochvilnosť sestier

Celková kvalita	dostatočná		nie je posúdiť		nedostatočná		Spolu
	O	E	O	E	O	E	
výborná	76	69,0 9	18	19	1	6,909	95
priemerná	3	5,09 1	2	1,4	2	0,509	7
podpriemerná	1	5,81 8	2	1,6	5	0,582	8
Spolu	80	80	22	22	8	8	110
Celková kvalita	dostatočná		nie je posúdiť		nedostatočná		$\Sigma\chi^2$
	χ^2		χ^2		χ^2		
výborná	0,691		0,053		5,054		5,797
priemerná	0,859		0,257		4,366		5,482
podpriemerná	3,990		0,100		33,551		37,64 1

$\Sigma\chi^2$	5,540	0,410	42,971	48,920
----------------	-------	-------	--------	---------------

Pre hladinu významnosti $p = 0,05$ a počet stupňov voľnosti $k = 4$, bola v tabuľkách kritických hodnôt nájdená kritická hodnota 9,48. Keďže kritická hodnota bola významným spôsobom prekročená ($48,920 > 9,48$) konštatujeme, že existuje štatisticky signifikantný vzťah medzi hodnotením celkovej profesionálnej úrovne sestier poskytujúcich DOS a dochvilnosťou sestier. Dochvilnosť vnímajú respondenti mimoriadne citlivo, o čom svedčí zhruba 5-násobné prekročenie tabuľkovej kritickej hodnoty.

Tabuľka 11 Subjektívne hodnotenie celkovej profesionálnej úrovne sestier poskytujúcich DOS vs. odborná zdatnosť sestier

Celková kvalita	dostatočne		nevie posúdiť		nedostatočne		Spolu
	O	E	O	E	O	E	
výborná	76	74,27	18	19	1	1,727	95
priemerná	6	5,473	1	1,4	0	0,127	7
podpriemerná	4	6,255	3	1,6	1	0,145	8
Spolu	86	86	22	22	2	2	110
Celková kvalita	dostatočne		nevie posúdiť		nedostatočne		$\Sigma\chi^2$
	χ^2		χ^2		χ^2		
výborná	0,040		0,053		0,306		0,399
priemerná	0,051		0,114		0,127		0,292
podpriemerná	0,813		1,225		5,020		7,058
$\Sigma\chi^2$	0,904		1,392		5,454		7,750

Pre hladinu významnosti $p = 0,05$ a počet stupňov voľnosti $k = 4$, bola v tabuľkách kritických hodnôt nájdená kritická hodnota 9,48. Keďže kritická hodnota nebola prekročená ($7,750 < 9,48$) konštatujeme, že neexistuje štatisticky signifikantný vzťah medzi hodnotením celkovej profesionálnej úrovne sestier poskytujúcich DOS a dochvilnosťou sestier.

Tabuľka 12 Subjektívne hodnotenie celkovej profesionálnej úrovne sestier poskytujúcich DOS vs. profesionalita komunikácie sestier s pacientom

Celková kvalita	dostatočne		nie je posúdiť		nedostatočne		Spolu
	O	E	O	E	O	E	
výborná	75	69,9 5	17	16,4 1	3	8,636	95
priemerná	5	5,15 5	1	1,20 9	1	0,636	7
podpriemerná	1	5,89 1	1	1,38 2	6	0,727	8
Spolu	81	81	19	19	10	10	110
Celková kvalita	dostatočne		nie je posúdiť		nedostatočne		$\Sigma\chi^2$
	χ^2		χ^2		χ^2		
výborná	0,364		0,021		3,678		4,064
priemerná	0,005		0,036		0,208		0,249
podpriemerná	4,061		0,106		38,227		42,39 3
$\Sigma\chi^2$	4,429		0,163		42,114		46,70 6

Pre hladinu významnosti $p = 0,05$ a počet stupňov voľnosti $k = 4$, bola v tabuľkách kritických hodnôt nájdená kritická hodnota 9,48. Keďže kritická hodnota bola významným spôsobom prekročená ($46,706 > 9,48$) konštatujeme, že existuje štatisticky významný vzťah medzi hodnotením celkovej profesionálnej úrovne sestier poskytujúcich

Tabuľka 13 Subjektívne hodnotenie celkovej profesionálnej úrovne sestier poskytujúcich DOS vs. rešpektovanie názorov a potrieb pacienta

Celková kvalita	dostatočne		nie je posúdiť		nedostatočne		Spolu
	O	E	O	E	O	E	
výborná	85	82,91	7	7,773	3	4,318	95
priemerná	5	6,109	1	0,573	1	0,318	7
podpriemerná	6	6,982	1	0,655	1	0,364	8
Spolu	96	96	9	9	5	5	110

Celková kvalita	dostatočne	nevie posúdiť	nedostatočne	$\Sigma\chi^2$
	χ^2	χ^2	χ^2	
výborná	0,053	0,077	0,402	0,532
priemerná	0,201	0,319	1,461	1,981
podpriemerná	0,138	0,182	1,114	1,434
$\Sigma\chi^2$	0,392	0,578	2,977	3,947

Pre hladinu významnosti $p = 0,05$ a počet stupňov voľnosti $k = 4$, bola v tabuľkách kritických hodnôt nájdená kritická hodnota 9,48. Keďže kritická hodnota nebola prekročená ($3,947 < 9,48$) konštatujeme, že existuje štatisticky významný vzťah medzi hodnotením celkovej profesionálnej úrovne sestier poskytujúcich DOS a rešpektovaním názorov a potrieb pacienta.

Záver z testovania štvrtej hypotézy: Z výsledkov testovania je zrejmé, že mimoriadne silný štatisticky vzťah existuje medzi hodnotením celkovej profesionality sestry a jej dochvilnosťou. Nami zistená kritická hodnota zhruba 5-krát prevyšuje tabuľkovú kritickú hodnotu. Túto skutočnosť dokresľuje i početnosť respondentov, ktorí sa k podpriemernej profesionálnosti sestier vyjadrili v piatich prípadoch z ôsmich, a to pod vplyvom nedodržiavania časového harmonogramu návštev sestier u pacienta.

Tabuľka 14 Subjektívne hodnotenie celkovej profesionálnej úrovne sestier poskytujúcich DOS vs. angažovanosť pacienta v ošetrovateľskom procese

Celková kvalita	dostatočne		nevie posúdiť		nedostatočne		Spolu
	O	E	O	E	O	E	
výborná	79	76,86	14	15,55	2	2,591	95
priemerná	5	5,664	2	1,145	0	0,191	7
podpriemerná	5	6,473	2	1,309	1	0,218	8
Spolu	89	89	18	18	3	3	110
Celková kvalita	dostatočne	nevie posúdiť	nedostatočne		$\Sigma\chi^2$		
	χ^2	χ^2	χ^2				

výborná	0,059	0,154	0,135	0,348
priemerná	0,078	0,638	0,191	0,906
podpriemerná	0,335	0,365	2,802	3,501
$\Sigma\chi^2$	0,472	1,156	3,127	4,755

Pre hladinu významnosti $p = 0,05$ a počet stupňov voľnosti $k = 4$, bola v tabuľkách kritických hodnôt nájdená kritická hodnota 9,48. Keďže kritická hodnota nebola prekročená ($4,755 < 9,48$) konštatujeme, že existuje štatisticky významný vzťah medzi hodnotením celkovej profesionálnej úrovne sestier poskytujúcich DOS a angažovanosťou pacienta v ošetrovateľskom procese.

Tabuľka 15 Subjektívne hodnotenie celkovej profesionálnej úrovne sestier poskytujúcich DOS vs. angažovanosť rodinných príslušníkov pacienta v ošetrovateľskom procese

Celková kvalita	dostatočne		nie je posúdiť		nedostatočne		Spolu
	O	E	O	E	O	E	
výborná	70	63,9 1	14	14,6 8	11	16,41	95
priemerná	3	4,70 9	1	1,08 2	3	1,209	7
podpriemerná	1	5,38 2	2	1,23 6	5	1,382	8
Spolu	74	74	17	17	19	19	110
Celková kvalita	dostatočne		nie je posúdiť		nedostatočne		$\Sigma\chi^2$
	χ^2		χ^2		χ^2		
výborná	0,580		0,032		1,783		2,395
priemerná	0,620		0,006		2,653		3,279
podpriemerná	3,568		0,472		9,474		13,51 3
$\Sigma\chi^2$	4,768		0,510		13,910		19,18 8

Pre hladinu významnosti $p = 0,05$ a počet stupňov voľnosti $k = 4$, bola v tabuľkách kritických hodnôt nájdená kritická hodnota 9,48.

Keďže kritická hodnota bola prekročená ($19,188 > 9,48$) konštatujeme, že existuje štatisticky významný vzťah medzi hodnotením celkovej profesionálnej úrovne sestier poskytujúcich DOS a angažovanosťou rodinných príslušníkov pacienta v ošetrovateľskom procese.

Tabuľka 16 Subjektívne hodnotenie celkovej profesionálnej úrovne sestier poskytujúcich DOS vs. angažovanosť ošetrojúceho lekára pacienta v ošetrovateľskom procese

Celková kvalita	dostatočne		nevie posúdiť		nedostatočne		Spolu
	O	E	O	E	O	E	
výborná	81	78,59	10	11,23	4	5,182	95
priemerná	5	5,791	1	0,827	1	0,382	7
podpriemerná	5	6,618	2	0,945	1	0,436	8
Spolu	91	91	13	13	6	6	110
Celková kvalita	dostatočne		nevie posúdiť		nedostatočne		$\Sigma\chi^2$
	χ^2		χ^2		χ^2		
výborná	0,074		0,134		0,270		0,478
priemerná	0,108		0,036		1,001		1,145
podpriemerná	0,396		1,176		0,728		2,300
$\Sigma\chi^2$	0,578		1,346		1,998		3,922

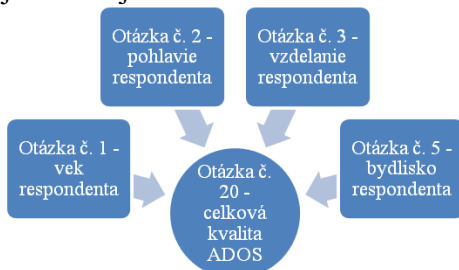
Pre hladinu významnosti $p = 0,05$ a počet stupňov voľnosti $k = 4$, bola v tabuľkách kritických hodnôt nájdená kritická hodnota 9,48. Keďže kritická hodnota nebola prekročená ($3,922 < 9,48$) konštatujeme, že neexistuje štatisticky významný vzťah medzi hodnotením celkovej profesionálnej úrovne sestier poskytujúcich DOS a angažovanosťou ošetrojúceho lekára pacienta v ošetrovateľskom procese.

Záver z testovania piatej hypotézy: Neexistuje štatisticky významný vzťah medzi hodnotením celkovej profesionálnej úrovne sestier poskytujúcich DOS a angažovanosťou pacienta a jeho ošetrojúceho lekára do ošetrovateľského procesu. Výnimku

tvorí vzťah hodnotenia celkovej profesionálnej úrovne sestier a angažovanosti rodinných príslušníkov pacienta v ošetrovateľskom procese.

Diskusia

V rámci cieľa 1 – zistiť štatisticky významné faktory, resp. determinanty ovplyvňujúce spokojnosť klientov ADOS s celkovou úrovňou poskytovanej DOS – sme stanovili 3 hypotézy, prostredníctvom ktorých sme skúmali signifikanciu vzťahov medzi hodnotením celkovej kvality ADOS a jednotlivými faktormi. **V rámci prvej hypotézy** sme testovali na hladine významnosti 0,05 signifikanciu štatistického vzťahu medzi hodnotením kvality poskytovanej DOS a vybranými demografickými charakteristikami respondentov (vek, pohlavie, vzdelanie, bydlisko). Skúmali teda štatistické závislosti medzi dotazníkovou otázkou č. 20 a ostatnými vybranými otázkami tak, ako to ilustruje nasledujúci obrázok.



Obrázok 2 Skúmané štatistické závislosti v rámci prvej hypotézy

V rámci skúmaných demografických charakteristík respondentov má ako jediné na hladine významnosti 0,05 štatisticky signifikantný vplyv na subjektívne vnímanie kvality ADOS vzdelanie respondentov. Keďže kritická hodnota bola v tomto prípade prekročená ($11,026 > 9,48$), prijali sme alternatívnu hypotézu. Najvyššia štatistická závislosť medzi skúmanými premennými vznikla u respondentov s VŠ vzdelaním ($\chi^2 = 7,473$) a najnižšia so SŠ vzdelaním ($\chi^2 = 0,834$). Znamená to, že vysokoškolsky vzdelaní respondenti citlivejšie vnímajú rôzne aspekty kvality poskytovanej DOS a v dvoch prípadoch zo šiestich hodnotili kvalitu ADOS ako priemernú a v jednom

dokonca ako podpriemernú. V tomto ohľade však nemožno vyvodit' nijaké závery, ktoré by na základe nejakých opatrení pomohli zmenit' subjektívne vnímanie kvality ADOS vysokoškolsky vzdelanými pacientmi. Podobný výskum zameraný na zisťovanie vnímania kvality života pacientov, využívajúcich služby ADOS na vzorke 50 respondentov, zrealizovala v roku 2011 trojica autoriek Dimunová, Veselská Dankulincová a Stropkaiová (2013). Ich výskum potvrdil štatistickú významnosť vo vzťahu medzi vzdelaním pacientov a vnímaním celkovej kvality života (postoj k smrti a životu, mieru sociálneho zapojenia, mieru vnímanej osobnej nezávislosti a pod.), pričom až $12,96 \pm 4,51$ vysokoškolsky alebo stredoškolsky vzdelaných respondentov sa vyjadrilo v tomto ohľade pozitívne, na rozdiel od pacientov so základným vzdelaním ($10,62 \pm 4,44$). V tomto kontexte možno poukázať tiež na názor autorov Breena a Zhanga (2010), ktorí tvrdia, že odbornosť sestry, resp. jej profesionálna komunikácia spočíva najmä v jej schopnosti odhadnúť úroveň a spôsob komunikácie s pacientom na základe úrovne jeho vzdelania. Vzťah medzi hodnotením kvality poskytovanej DOS a časovými charakteristikami návštev sestry u klienta (frekvencia a trvanie návštev sestry u klienta) sme na hladine významnosti 0,05 testovali **v druhej hypotéze**. Skúmali štatistickú závislosť medzi frekvenciou návštev sestier, trvaním návštev sestry a celkovou kvalitou ADOS. Testovaním druhej hypotézy na hladine významnosti 0,05 sme došli k záveru, že existuje silný štatistický vzťah ($\chi^2 = 18,302$) medzi subjektívnym vnímaním kvality ADOS a frekvenciou návštev sestry u pacienta. Najsilnejšiu štatistickú závislosť sme zaznamenali v prípade frekvencie návštev 1 a menej krát týždenne ($\chi^2 = 13,083$). Keďže až 6 z 11 respondentov hodnotilo, v prípade frekvencie návštev 1 a menej krát týždenne, kvalitu ako podpriemernú, možno konštatovať, že znižujúci sa počet návštev priamoúmerne znižuje hodnotenie kvality ADOS vnímanej respondentom.

Taktiež existuje štatisticky signifikantný vzťah medzi hodnotením kvality poskytovanej DOS a trvaním návštev sestry u klienta ($\chi^2 = 10,616$). Pomerne vysoká čiastková kritická hodnota (3,890) bola zaznamenaná v prípade podpriemerne

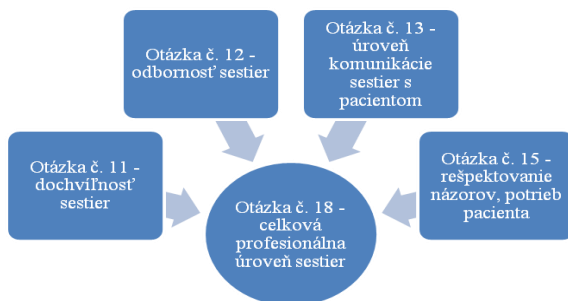
hodnotenej kvality ADOS a nedostatočného času pri návštevách sestier. Práve tento fakt jednoznačne potvrdzuje významnosť takejto štatistickej závislosti. Vo všetkých prípadoch, keď respondenti negatívne hodnotili celkovú kvalitu ADOS, stáli za týmto hodnotením nízka frekvencia návštev sestry u pacienta, ako aj krátkosť času, ktorý sestra pri jednotlivých návštevách venuje svojim pacientom. I keď sa jedná o výlučne subjektívny charakter týchto ukazovateľov, iné podobné výskumy, ako aj názory odbornej verejnosti sa v podstate zhodujú s našimi zisteniami. To, že frekvencia, ako aj samotné trvanie návštev sestry u pacienta sú objektívne nedostatočné tvrdí aj Bušová (2010). Podľa tejto autorky za redukciou počtu návštev, ako samotným trvaním návštev treba hľadať zmeny v politike financovanie ADOS. Od roku 2010, resp. 2011 prestali zdravotné poisťovne napríklad preplácať náklady súvisiace s presunom sestry k pacientom. Okrem toho, čas potrebný na presun je podľa metodiky poisťovní potrebné zarátať do samotného času sestry stráveného pri pacientovi. Caroline Mozley (2004) dáva kvalitu poskytovanej DOS (home care) priamo do súvisu s pravidelnosťou a dĺžkou trvania návštev sestry u klienta. Podľa autorky súkromné home care agentúry v USA majú ako jeden z indikátorov kvality práve dĺžku trvania návštev, ako aj pravidelnosť takýchto návštev u klienta. V podstate si klient vie vybrať agentúru okrem cenového hľadiska i na základe frekvencie a dĺžky trvania návštev sestry u klienta. Táto autorka tvrdí, že za rozhodnutím tamojších autorít zahrnúť dĺžku trvania návštev do indikátorov kvality home care agentúr stál dlhodobý tlak verejnosti pre tento krok. Séria niekoľkých amerických výskumov potvrdila tesnosť vzťahu medzi celkovou kvalitou DOS a dĺžkou trvania návštev sestier u klientov, pričom v jednom z výskumov realizovanom na vzorke viac ako 2 400 respondentov sa medzi týmito dvoma premennými potvrdil silný štatistický vzťah s koeficientom korelácie 0,82. **V tretej hypotéze** sme zisťovali, či jestvuje na hladine významnosti 0,05 štatisticky významný vzťah medzi hodnotením kvality poskytovanej DOS a vybranými charakteristikami ochorenia klienta (dĺžka využívania DOS a typ ochorenia vyžadujúceho DOS). Z výsledkov testovania tretej

hypotézy vieme vyvodit' závery, že existuje štatisticky signifikantný vzťah medzi kvalitou ADOS a tým, ako dlho klienti využívajú služby ADOS ($\chi^2 = 10,595$). Najvýznamnejší vplyv má doba kratšia ako pol roka, kde hodnota $\chi^2 = 5,614$ a doba dlhšia ako rok s čiastkovým $\chi^2 = 4,382$. V prvom prípade sa môže jednať o prvotnú frustráciu klienta prameniacu z nutnosti využívať pomoc cudzej osoby. V druhom prípade môže naopak dlhodobosť a chronicnosť zdravotných problémov viesť k frustrácii, čo má za následok kritickejší postoj k hodnoteniu kvality DOS.

Štatisticky signifikantný vzťah nájdeme aj medzi kvalitou ADOS a typom ochorenia respondenta, kde na hladine významnosti 0,05 $\chi^2 = 19,810$. Je zrejmé, že tiež typ ochorenia výrazne vplyva na hodnotenie kvality ADOS. Najsilnejší štatistický vplyv majú kardiovaskulárne ochorenia ($\chi^2 = 5,505$), stómie ($\chi^2 = 3,220$), ochorenia pohybového aparátu ($\chi^2 = 3,193$), ako aj iné ochorenia ($\chi^2 = 4,726$). Najmenší vplyv majú kožné ochorenia ($\chi^2 = 0,821$). Ako vyplýva z uvedeného, dĺžka využívania DOS a typ ochorenia respondenta sú navzájom komplementárne prieskumné charakteristiky a vyznačujú sa rovnakou výpovednou hodnotou. Nami skúmané ochorenia majú v skutočnosti chronický charakter a preto je možné vnímať ich ako ochorenia vyžadujúce dlhodobú liečbu a následne i dlhodobé využívanie DOS. Kritickosť hodnotenia kvality poskytovaných DOS je subjektívne podmienená kvalitou života a prežívania pacienta, ktorá sa s nástupom a neskorším pretrvávaním ochorenia znižuje, čo má priamy vplyv na hodnotenú kvalitu ADOS. V podstate možno tvrdiť, že so znižovaním kvality života pacienta sa znižuje aj hodnotenie kvality ADOS. Rice a kol. (2006) poukazuje na skutočnosť, že v zmysle kanadského výskumu z roku 2002, realizovaného na vzorke 1 328 pacientov a klientov home care agentúr vyplynulo, že napriek objektívnym snahám personálu agentúr poskytujúcich DOS, bola v prípade chronických ochorení hodnotená kvalita DOS pacientmi negatívne. Vyplynulo, že chronické a dlho trvajúce ochorenie vplyva na negatívne vnímanú kvalitu života a tým aj poskytovanej DOS s koeficientom korelácie 0,91, čo poukazuje na mimoriadne silnú závislosť. Najsilnejší vzťah bol identifikovaný v prípade onkologických

ochorení s koeficientom korelácie 0,71. Pri dialyzovaných pacientoch bol tento vzťah determinovaný koeficientom korelácie 0,70. Možno povedať, že snahou ADOS by malo byť k takýmto pacientom pristupovať obzvlášť citlivo a prostredníctvom empatie a profesionálnej komunikácie sestier zmiernovať utrpenie pacienta. Podľa Pavlíkovej (2007) by sestra okrem profesionálnych kompetencií mala ovládať predovšetkým psychológiu, ktorú by dokázala využiť pri nadväzovaní prvotného kontaktu a budovaní dôveryhodného vzťahu s klientom. Len taký klient, ktorý úplne dôveruje sestre, dokáže s ňou komunikovať o svojich pocitoch vyplývajúcich zo zmien, ktoré nastali v dôsledku choroby. V rámci cieľa 2 – zistiť štatisticky významné faktory, resp. determinanty ovplyvňujúce spokojnosť klientov ADOS s celkovou profesionálnou úrovňou sestier poskytujúcich DOS – sme stanovili 2 hypotézy, prostredníctvom ktorých sme skúmali vplyv rôznych faktorov na profesionalitu sestier vnímanú respondentmi.

Vo štvrtej hypotéze sme tak pozornosť zamerali na zistenie štatistickej signifikancie na hladine významnosti 0,05 vo vzťahu medzi hodnotením celkovej profesionálnej úrovne sestier poskytujúcich DOS a ich vybranými profesnými charakteristikami (dochvilnosť, odborná zdatnosť, komunikácia, rešpektovanie názorov a potrieb pacienta). Skúmaná bola štatistická závislosť medzi profesionálnou úrovňou sestier a ostatnými vybranými otázkami tak, ako to ilustruje nasledujúci obrázok.



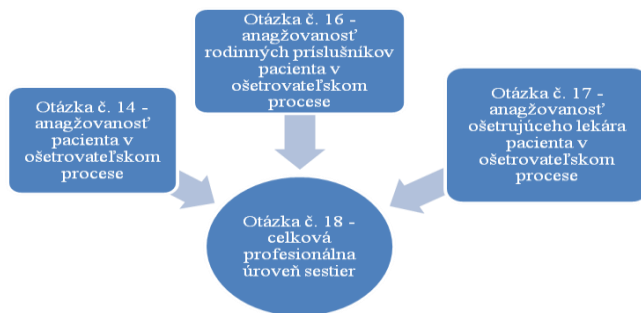
Obrázok 4 Skúmané štatistické závislosti v rámci štvrtej hypotézy

Z výsledkov testovania štvrtej hypotézy vyplynulo, že na hladine významnosti 0,05 existuje mimoriadne silný štatistický vzťah medzi hodnotením celkovej profesionality sestry a jej dochvilnosťou. Nami zistená kritická hodnota ($\chi^2 = 48,920$) zhruba 5-krát prevyšuje tabuľkovú kritickú hodnotu. Túto skutočnosť dokresľuje i početnosť respondentov, ktorí sa k podpriemernej profesionalite sestier vyjadrili v piatich prípadoch z ôsmich, a to pod vplyvom nedodržiavania časového harmonogramu návštev sestier u pacienta.

Okrem dochvilnosti respondenti citlivo reagujú i na úroveň (empatiu, ľudskosť a osobitosť) komunikácie sestry s pacientom ($\chi^2 = 46,706$). Aj v tomto prípade nami zistená kritická hodnota prevyšuje tabuľkovú kritickú hodnotu viac ako 5-násobne. Dôkazom je tiež fakt, že až 6 z 8 respondentov hodnotilo profesionalitu sestier ako podpriemernú práve pod vplyvom slabej a málo „ľudskej“ komunikácie sestry s pacientom. Znamená to, že respondenti hodnotili profesionalitu sestier negatívne predovšetkým v prípadoch, keď sa jednalo o nedodržiavanie časových harmonogramov návštev sestry, ako aj v prípadoch, keď respondenti označili úroveň komunikácie sestry za menej profesionálnu (málo empatie, ľudskosti, podráždenosť a pod.). Komunikácia sa stáva dôležitým aspektom ošetrovateľskej činnosti pre všetkých zdravotníckych pracovníkov, s dôrazom pre sestry (Hornáková, Štefková, 2009).

I napriek tomu, že celkovo vnímajú respondenti profesionálnu úroveň sestier veľmi pozitívne, isté nedostatky však existujú. Manažment ADOS by sa mal snažiť organizačne zabezpečiť časové harmonogramy návštev sestier u pacientov tak, aby nedochádzalo k časovým sklzom. Okrem toho by mali byť sestry motivované a neustále upozorňované na zvyšovanie kvality komunikácie s pacientmi. Vhodným prostriedkom by mohli byť rôzne komunikačné kurzy a kurzy zvládania pracovného zaťaženia sestier, ako aj zabezpečenie dostatku odpočinku a duševnej hygieny pre všetky sestry. Naše návrhy podporuje i výskum zrealizovaný trojicou autorov Kopáčikovej, Stančiaka

a Novotného (2010, s. 101), ktorí v záveroch tvrdia, že „pre efektívnu komunikáciu je dôležitý aj dostatok času. Starému človeku je potrebné zopakovať viac krát informácie, prekonať prekážky v komunikácii (apatia, depresia) a preto navrhujeme motivovať sestry k zlepšeniu komunikácie so seniorom vytvorením vhodných pracovných podmienok. Dostatočné personálne obsadenie jednoznačne prispieva k zlepšeniu komunikácie. Je potrebné zvyšovať úroveň komunikácie medzi sestrou a seniorom kontinuálnym vzdelávaním sestier v oblasti komunikácie.“ Derňarová a kol. (2008) zrealizovali v rokoch 2006 až 2007 vo svidníckej nemocnici prieskum na vzorke 50 pacientov, v ktorom sa potvrdila dôležitosť času, ktorý venuje sestra pacientovi pri komunikácii, vo vzťahu k celkovému vnímaniu kvality pacientom. Na základe týchto výsledkov možno potvrdiť vysokú mieru spokojnosti s časom, ktorý venovali sestry komunikácii s pacientom. V tomto kontexte možno uviesť návrh amerických autorov Breana a Zhanga (2010), aby sa univerzálnym hodnotiacim kritériom kvality DOS (home care), v systéme certifikácie home care kvality (obdoba ISO v Európe), stala povinnosť sestier pravidelne absolvovať špecifické komunikačné tréningy a kurzy zamerané na empatickú a profesionálnu komunikáciu sestier. Vzťah medzi hodnotením celkovej profesionálnej úrovne sestier poskytujúcich DOS a angažovanosťou pacienta a jeho okolia (rodina, lekár) do ošetrovateľského procesu sme na hladine významnosti 0,05 zisťovali v **piatej hypotéze**.



Obrázok 5 Skúmané štatistické závislosti v rámci piatej hypotézy

Dospeli sme k záveru, že na hladine významnosti 0,05 jestvuje štatisticky signifikantný vzťah len medzi hodnotením celkovej profesionálnej úrovne sestier a angažovanosťou (edukáciou) rodinných príslušníkov pacienta v ošetrovateľskom procese. Hodnota $\chi^2 = 19,188$ výrazne prevyšuje tabuľové kritické hodnoty, pričom túto závislosť podčiarkuje aj fakt, že z 8 respondentov, negatívne vnímajúcich profesionalitu sestier, hodnotilo angažovanosť rodinných príslušníkov v ošetrovateľskom procese negatívne až 5 respondentov. Z uvedeného vyplýva fakt, že respondenti pri negatívnom hodnotení celkovej profesionality sestier, okrem iného, označovali aj angažovanosť rodinných príslušníkov ako nedostatočnú.

V texte vyššie už spomínaný kolektív autoriek okolo Derňarovej (2008) poukázal na dôležitosť primeranej komunikácie sestier s rodinnými príslušníkmi pacienta. S primeranou kvalitou komunikácie s rodinnými príslušníkmi v tomto výskume absolútne súhlasilo 45%, súhlas vyjadrilo 20% a nevedelo sa rozhodnúť 11% respondentov. Absolútne nesúhlasili 8 respondenti, čo predstavuje 18% a nesúhlasilo 5% respondentov. Medzi úplne a čiastočne súhlasnými stanoviskami vo vzťahu s celkovou spokojnosťou pacientov bolo možné badať štatisticky signifikantný vzťah s koeficientom korelácie 0,69.

Podobný názor vo svojom príspevku háji aj Zrubáková (2010, s. 26), ktorá tvrdí, že „správne informovaný, edukovaný senior/rodinný príslušník či opatrovateľ viac spolupracuje pri profesionálnej starostlivosti, dopúšťa sa menej chýb pri liečbe (farmakologickej, nefarmakologickej), čo má za následok výrazné zlepšenie kvality jeho života.“ Podobne i Mozley (2004) tvrdí, že celková kvalita DOS (home care) je priamo závislá na vzdelávaní ako pacienta, tak i jeho rodinných príslušníkov v oblastiach týkajúcich sa liečby a prevencie pacientovho zdravotného problému. Podľa výsledkov výskumu autoriek Bérešovej a Baníkovej (2011) až 67,5% zo 77 skúmaných rodinných

opatrovateľov uviedlo, že im sestra ADOS poskytuje oporu a pomoc pri opatrovaní dlhodobo chorého v domácom prostredí.

Koordinácia zdravotných a sociálnych služieb v spoločnosti zabezpečuje kontinuum starostlivosti, podporuje ľudí v ich domácom prostredí tak dlho, ako je to možné (Dimunová, Raková, 2014). Najdôležitejším prvkom, ktorý pomáha človeku vyrovnat' sa so zmenami starnutia, zostáva rodina. Domáce prostredie, každodenný styk s najbližšími má nenahraditeľnú úlohu v emocionálnej, sociálnej a psychickej rovine v čase, keď jeho zdravie slabne, zužujú sa sociálne kontakty a narastá závislosť od pomoci (Simočková, 2005.). Vhodné by bolo zriadiť funkciu koordinátora starostlivosti o seniorov pri každej agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti, keďže u starších ľudí sa stretávame s množstvom špecifických problémov, ktoré sa vyskytujú častejšie u tejto skupiny ľudí v porovnaní s ostatnou populáciou (Zamboriová, Fedáková, Potočková, Simočková, 2007). Pre efektívne poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti je nevyhnutná spolupráca s klientom a jeho rodinou (Zamboriová, Simočková, 2011a). Správny ošetrovateľský prístup by mal v sebe zahŕňať nielen starostlivosť o pacienta, ale aj o rodinu, prípadne iné osoby, ktoré sa o starého človeka starajú (Zamboriová, Simočková, 2011b).

Záver

Zistili sme štatisticky významné faktory vplývajúce na subjektívne hodnotenia kvality poskytovanej DOS vnímanej pacientmi/klientmi ADOS pôsobiacich v okrese Trebišov. Medzi najvplyvnejšie faktory v rámci nášho výskumu môžeme zaradiť, spomedzi demografických faktorov, len vzdelanie respondenta, pričom vyššie vzdelanie znamená aj kritickejší postoj k hodnoteniu kvality poskytovanej DOS. Významný vplyv majú tiež dĺžka trvania návštev a frekvencia návštev sestry u pacienta, ako aj celková doba využívania služieb ADOS pacientom, pričom dlhodobjší vzťah pacient-ADOS znamená aj väčšiu mieru frustrácie pacienta a kritickejší postoj k vnímaniu kvality poskytovanej DOS.

Ďalej sa nám podarilo determinovať štatisticky signifikantné vzťahy medzi celkovou profesionalitou sestier vnímanou pacientmi ADOS a faktormi ako napríklad dochvilnosť sestier, úroveň a profesionalita komunikácie sestry s pacientom, či miera angažovanosti rodinných príslušníkov pacienta v rámci ošetrovateľského procesu. Možno zdôrazniť najmä to, že sestry by sa mali sústavne vzdelávať v oblasti psychológie a zvyšovania kvality komunikácie s akcentom na empatickosť. Okrem toho by sa mali snažiť čo najdôslednejšie dodržiavať časový harmonogram návštev u pacienta.

Do poskytovania komunitnej starostlivosti sú zapojené aj charitatívne spolky, opatrovateľské služby, príbuzní, avšak nie v takom rozsahu, ako si to vyžaduje súčasná situácia na Slovensku. Úlohou týchto agentúr je zabezpečiť ošetrovateľskú starostlivosť v koordinácii s ambulatnou a ústavnou starostlivosťou, prípadne so starostlivosťou opatrovateľskej služby alebo s inými zložkami domácej starostlivosti; humanizovať ošetrovateľskú starostlivosť o chorých; zabezpečiť dostupnosť domácej ošetrovateľskej starostlivosti a zvyšovať zdravotné uvedomenie a zodpovednosť populácie za telesné a duševné zdravie (Zamboriová, Simočková, Fillová, Bérešová, 2007). Realizácia kvalitného manažmentu ošetrovateľstva v u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je v súčasnosti nevyhnutnosťou (Kilíková, 2013).

Manažmenty ADOS sa musia snažiť nájsť také ekonomicky efektívne hľadisko pri poskytovaní DOS, pri ktorom by určitým spôsobom „dávali pacientom viac“, avšak len do určitej ekonomicky únosnej miery. Pozornosť by tiež mali upriamiť na sústavné vzdelávanie sestier, ako aj samotných pacientov a ich rodinných príslušníkov, pretože len cez tieto skutočnosti vníma pacient subjektívne kvalitu poskytovanej DOS ako optimálnu.

Zoznam bibliografických odkazov

- BÉREŠOVÁ, A., BANÍKOVÁ, Z. 2011. *Závaž laických rodinných opatrovateľov a syndróm vyhorenia*. Košice: EQUILIBRIA s.r.o. Košice, 2011. ISBN 978-80-8143-000-8.
- BUŠOVÁ, B. 2006. Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti. In *Medical practice*, 2006, roč. 1., č. 4., s. 17-18. ISSN 1336-8109.
- BUŠOVÁ, B. 2008. Indikovanie do domácej ošetrovateľskej starostlivosti. In *Ambulantná terapia: Solen*, 2008, roč. 2008, s. 136 – 138. ISSN 1336-675.
- BUŠOVÁ, B. 2010. Domáca ošetrovateľská starostlivosť po 15 rokoch. [online]. In. *Nesebestačnosť.sk*. [citované 2013-11-09]. Dostupné na internete: <<http://www.nesebestacnost.sk/nesebestacnost/socialne-sluzby/opatrovanie-osetrovanie/clanky/clanok-domaca-oseetrovatelska-starostlivost-po-15-rokoch.html>>.
- BUŠOVÁ, B. 2012. Domáca ošetrovateľská starostlivosť – kedy ju môžete využiť? [online]. In. *Zoznam zdravotníckych zariadení*. [citované 2013-11-11]. Dostupné na internete: <<http://www.zzz.sk/?clanok=11912>>.
- BREEN, G-M., ZHANG, N. A. 2010. *Improving the Quality of Care in Nursing Homes: An Evidence-Based Approach*. Baltimore : JHU Press, 2010. 137 s. ISBN 978-0-8018-9718-4.
- Care UK. 2011. *We are one of the UK's leading independent providers of health and social care services*. [online]. [citované 2014-02-10]. Dostupné na internete: <<http://www.careuk.com/>>.
- DERŇÁROVÁ, Ľ. 2008. Edukácia pacienta s diabetes mellitus. In *Molisa 5: medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša*. Prešov: FZ PU v Prešove, 2008. ISBN 978-80-8068-882-2. s. 23 – 29.
- DeWIT, S. 2009. *Fundamental Concepts And Skills for Nursing*. Missouri : Saunders Elsevier, 2009. 992 s. ISBN 978-1416-0522-8-9.
- DIMUNOVÁ, L., - RAKOVÁ, J. 2014. Problémy súvisiace s inštitucionálnou starostlivosťou o seniorov. In *Sestra*, 2014, č. 5-6, s.36. ISSN 1335-9444.
- DIMUNOVÁ, L., VESELSKÁ DANKULINCOVÁ, Z., STROPKAIIOVÁ, S. 2013. Vybrané parametre pri posudzovaní kvality života seniorov v domácej a inštitucionalizovanej starostlivosti. [online]. In. *Ošetrovateľstvo: teória, výskum,*

vzdelávanie, roč. 3, čís. 1, str. 19 – 24. [citované 2014-02-28]. Dostupné na internete: <<http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2013-rocnik-3/cislo-1/vybrane-parametre-pri-posudzovani-kvality-zivota-seniorov-v-domacej-a-institucionalizovanej-starostlivosti>>. ISSN 1338-6263. Etika v zdravotníctve a význam etického kódexu zdravotníckeho pracovníka. 2010. In *Ošetrovateľský obzor: časopis Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave*. [online]. Roč. 2008, 3/2008. [citované 2013-10-20]. Dostupné na internete: <<http://www.osetrovateľsky.herba.sk/3-2008/etika-v-zdravotnictve-a-vyznam-etickeho-kodexu-zdravotnickeho-pracovnika>>.

GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L. 1999. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 183 s. ISBN 80-7013-272-8.

GULÁŠOVÁ, I. 2005. Úvod do histórie ošetrovateľstva. [online]. In. *Kontakt – odborný a vedecký časopis pro zdravotně a sociální otázky*. Roč. 7: 1 – 200, 2005, s. 47 – 52. [citované 2014-02-10]. Dostupné na internete: <<http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120321132918584000.pdf>>. ISSN 1212-4117.

HLAVAČKOVÁ, D. 2010. Aspekty etiky v domácej ošetrovateľskej starostlivosti. [online]. In. *Prohuman – vedecko-odborný internetový časopis – sociálna práca, psychológia, pedagogika, sociálna politika, zdravotníctvo, ošetrovateľstvo*, Roč. 2010. [citované 2014-02-10]. Dostupné na internete: <<http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120321132918584000.pdf>>. ISSN 1338-1415.

HORNÁKOVÁ, A., ŠTEFKOVÁ, G. 2009. Potreba komunikácie pri poskytovaní ambulantnej starostlivosti. In. *Molisa 6 : medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša*. Prešov: FZ PU Fakulta v Prešove, 2009. ISBN 9788055500485. s. 35-36.

HUDECOVÁ, D. 2011. Čo je domáca ošetrovateľská starostlivosť + zoznam agentúr. In. *Pravda – Zdravie*. [online]. Roč. 2011, 5.1.2011. [citované 2014-02-10]. Dostupné na

internet: <<http://zdravie.pravda.sk/zdravie-a-prevenicia/clanok/13134-co-je-domaca-osetrovatelska-starostlivosť-zoznam-agentur/>>.

HUNDSTORFER, 2012. *Social Protection in Austria 2012*. Wien : BMASK – Federal Ministry of Labour, Social Affairs and Consumer Protection, 2012. 96 s.

HUTCHINSON, A. a kol. 2013. *Home Care across Europe: Case studies*. Utrecht : WHO, 2013. [online]. [citované 2013-10-16]. Dostupné na internete: <<http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Home-care-across-Europe-case-studies.pdf>> 330 s.

International Council of Nurses. 2010. *Definition of Nursing*. [online]. [citované 2013-10-16]. Dostupné na internete: <<http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/>>.

JANÁČKOVÁ, L. 2008. *Základy zdravotníckej psychologie*. Praha : Triton, 2008. 99 s. ISBN 978-80-7387-179-6.

JANÍK, B. 2006. Financovanie ADOS. Poist'ovne nemajú peniaze nazvyš. In. *Medical practice: mesačník pre lekárov ambulantnej starostlivosti*, roč. 1, č. 4 (2006), s. 12 – 13. ISSN 1336-8109.

JAROŠOVÁ, D. 2000. *Torie moderného ošetrovatelství*. Praha : ISV nakladateľství, 2000. 134 s. ISBN 80-85866-55-2.

Jodostat. 2010. *Tabuľka kritických hodnôt Chi-kvadrát testu*. [online]. [citované 2014-01-10]. Dostupné na internete: <http://www.jodostat.eu.sk/09-CHI_MxN/Kriticke_Hodnoty.html>.

KALVACH, Z. a kol. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha : Grada, 2004. 471 s. ISBN 80-247-0548-6.

KILÍKOVÁ, M. JAKUŠOVÁ, V. 2008. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatel'stve*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2008. 148 s. ISBN 978-80-8063-290-8.

KILÍKOVÁ, M. 2009. *Kapitoly z manažmentu v ošetrovatel'stve*. VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava, ÚSV a Z bl. P. P. Gojdiča Prešov. 2009. ISBN 978-80-89271-70-2.

KILÍKOVÁ, M., LEFEROVIČOVÁ, K. 2013. Teória potrieb a ošetrovatel'ského procesu. VŠZaSP sv. Alžbety, n.o. pracovisko Rožňava: BEKI design, 2013. s. 139. ISBN 978-80-8132-079-8.

- KILÍKOVÁ, M. 2013. Teória manažmentu v ošetrovatel'stve. Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna, PříbramVŠZ a SP sv. Alžbety v Bratislave, n.o., 2013. s. 391. ISBN 978-80-260-3845-0.
- KONTOVÁ, L., ZAČEKOVÁ, M., HULKOVÁ, V. a kol. 2005. *Štandardy v ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-198-0.
- KOPÁČIKOVÁ, M. – STANČIAK, J. – NOVOTNÝ, J. 2010. Efektívnosť komunikácie pri ošetrovaní seniora. In *Nové trendy vo vzdelávaní a praxi ošetrovatel'stva a pôrodnej asistencie. Zborník z konferencie konanej dňa 25. – 26. marca 2010*. Ružomberok : Verbum – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2010. 235 s. ISBN 978-80-8084-548-3. s. 94 – 101.
- KOSTIČOVÁ, M. – BADALÍK, L. 2010. Zabezpečovanie kvality zdravotnej starostlivosti na Slovensku. [online]. In. *Lekársky obzor*. Roč. 6, 2010, č. 3, s. 124 – 129. [citované 2013-11-11]. Dostupné na internete: <<http://www.lekarsky.herba.sk/lekarsky-obzor-3-2009/zabezpecovanie-kvality-zdravotnej-starostlivosti-na-slovensku>>. ISSN 0457-4214.
- KOVÁČOVÁ, M. 2003. Komplexne o ADOS. In. *Sestra: odborný časopis pre sestry, lekárov, pôrodné asistentky a iných zdravotných pracovníkov*, 2003, roč. 2, č. 9, s. 24. ISSN 1335-9444.
- KOZOŇ, A. 2009. *Pedagogický výskum. Študijný text pre študentov špeciálnej pedagogiky*. Trenčín : SpoSoIntE, 2009. 58 s. ISBN 978-80-970121-1-3.
- KRKOŠKOVÁ, A. 2010. Ošetrovatel'ský proces. In *Nové aktualizované prednášky – Jún 2012 – Nephrosite*. [online]. [citované 2013-10-20]. Dostupné na internete: <<http://nephrosite.polascin.net/presenta/ak2010/osepro2010.pdf>>.
- LEPIEŠOVÁ, E. a kol. 1996. *Manažment v ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta, 1996. 145 s. ISBN 80-217-0352-0.
- LEŽOVIČ, M. 2011. Kvalita života dialyzovaných pacientov. In. *Lekársky obzor*, roč. 60, č. 2, s. 70 – 75. ISSN 0457-4214.
- MAČKINOVÁ, M. 2010. Rakúsky model sociálnej starostlivosti o seniorov. In *Ošetrovatel'ský obzor: časopis Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave*. [online]. Roč. 2010, 7, č. 6, [citované 2013-10-17]. s. 130 – 135. Dostupné na internete:

<<http://www.osetrovatelsky.herba.sk/6-2010/rakusky-model-socialnej-starostlivosti-o-seniorov>>.

MAJERNÍKOVÁ, L., JAKABOVIČOVÁ, A. 2008. Saturácia spirituálnych potrieb u onkologického pacienta. In. *Onkologická péče*, roč. 12, 2008, č. 4, s. 22 – 24. ISSN 1214-5602.

MASTILIAKOVÁ, D. 2012. *Úvod do ošetrovatelství: Distanční studijní opora – Projekt č. CZ.1.07/2.2.00/15.0178. Inovace studijního programu ošetrovatelství na Slezské univerzitě v Opavě*. Opava : Slezská univerzita v Opavě Fakulta veřejných politik v Opavě. 177 s.

MISCONIOVÁ, B. 2006. Systém domácí péče – informace pro klienty. In *Národní centrum domácí péče ČR*. [online]. [citované 2013-10-18]. Dostupné na internete: <<http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty>>.

MOZLEY, C. 2004. *Towards Quality Care: Outcomes for Older People in Care Homes*. London : Ashgate Publishing, Ltd., 2004. 269 s. ISBN 978-0-7546-3172-9.

Nadácia na pomoc onkologickým pacientom. 2010. *Košický kraj – ADOS*. [online]. [citované 2014-01-10]. Dostupné na internete: <<http://www.npop.sk/opatrovatelske-služby/kosicky-kraj-ados/>>.

Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 223 zo 4. mája 2005, ktorým sa mení nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov.

Národné centrum zdravotníckych informácií. 2011. *Štatistické zisťovania*. [online]. [citované 2013-11-16]. Dostupné na internete: <<http://www.nczisk.sk/Statisticke-zistovania/Pages/default.aspx>>.

Národní centrum domácí péče ČR. 2006. *Koncepce domácí péče*. [online]. [citované 2013-10-18]. Dostupné na internete: <<http://www.domaci-pece.info/koncepce-domaci-pece>>.

PADYŠÁKOVÁ, H., KOVÁČSOVÁ, O. 2010. Manažment domácej ošetrovateľskej starostlivosti. [online]. In. *Ošetrovateľský obzor: časopis Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave*. Roč. 7, 2010, č. 6, s. 124 – 129. [citované 2013-11-11]. Dostupné na internete:

<<http://www.osetrovatelsky.herba.sk/6-2010/manazment-domacej-osetrovatelskej-starostlivosti>>.

- PAVLÍKOVÁ, S. 2007. *Modely ošetrovateľstva v kocke*. Praha : Grada Publishing, 2007. 141 s. ISBN 978-80-247-1918-4.
- Poling, 2010. *Procesný model podľa STN EN ISO 9001*. [online]. [citované 2013-11-15]. Dostupné na internete: <<http://www.poling.sk/procesny-model.php>>.
- QUINN, F. M., HUGHES, S. J. 2007. *Quinn's Principles and practice of Nurse Education*. 5th Edition. Hampshire : Cengage Learning, 2007. 520 s. ISBN 978-0-7487-9766-0.
- RAKOVÁ, J. a kol. 2007. Komparácia ošetrovateľskej teórie a praxe na Slovensku a v Čechách. In Čáp, J., Žiaková, K. (eds.) *Ošetrovateľstvo: Teória, výskum a vzdelávanie*, Martin: JLF UK, 2007, s. 428-438. ISBN 978-80-88866-43-5.
- RAKOVÁ, J., DIMUNOVÁ, L. 2012. Multikulturalita ako významný aspekt komunitnej orientovanej ošetrovateľskej starostlivosti. In Wiczmandyová, D., Tkáčová, Ľ. (eds.) *Multikultúrny dialóg v pomáhajúcich profesiách*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2012. s. 179-186. ISBN 978-80-89542-15-4.
- RAKOVÁ, J., NÁBOŽNÁ, M. 2011. Selfmonitoring ako kľúčová súčasť edukácie diabetika z pohľadu sestry. [online]. In *Florence plus*, [cit. 2011-07-18]. Dostupné na internete: <www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/selfmonitoring-ako-k-sucast-edukacie-diabetika-z-poh-adu-sestry/>.
- RICE, R. a kol. 2006. *Home care nursing practise: Concepts and applications*. 4. vyd. St. Louis : Mosby Elsevier. 588 s. ISBN 0-323-03072-6.
- TÓTHOVÁ, V. 2000. *Ošetrovateľství*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta, 2000. 293 s. ISBN 80-7040-454-X.
- Vestník Ministerstva zdravotníctva SR, zo dňa 29. mája 2006, číslo 14535/2006-OO,
- United Kingdom Home Care Association. 2005. *About Us*. [online]. [citované 2014-02-10]. Dostupné na internete: <<http://www.ukhca.co.uk/aboutus.aspx>>.
- Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 14535/2006-OO, zo dňa 6. júla 2006, roč. 54.
- Vláda Slovenskej republiky. 2010. Informácia o sieti zdravotníckych zariadení Slovenskej republiky. [online]. In.

Rokovanie vlády Slovenskej republiky. [citované 2013-11-13]. Dostupné na internete: <http://www.rokovania.sk/File.aspx/ViewDocumentHtml/Mater-Dokum-51863?prefixFile=m_>.

Všeobecná zdravotná poisťovňa, 2010. *Vyhodnotenie indikátorov kvality za rok 2010*. [online]. [citované 2013-10-16]. Dostupné na internete: <<http://www.vszp.sk/poskytovatelia/indikatory-kvality/vyhodnotenie-indikatorov-za-rok-2010/>>.

Vyhláška MZ SR č. 428/2006 Z. z. o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení.

World Health Organization. 2010. *Nursing*. [online]. [citované 2013-10-16]. Dostupné na internete: <<http://www.who.int/topics/nursing/en/>>.

Zákon NR SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

ZAMBORIOVÁ, M., FEDÁKOVÁ, Ľ., POTOČEKOVÁ, SIMOČKOVÁ, V. 2007. Vybrané zdravotné problémy u seniorov. In: *VI. slovenský geriatrický kongres* : 35. Reimanove dni : 33. Gressnerove dni : slovensko-britské geriatrické sympóziu, Prešov, 19.9.-22.9.2007 : zborník prednášok. - Prešov : SGGS v Bratislave, PU FZ v Prešove, 2007. - ISBN 978-80-8068-665-9. - s. 299-313.

ZAMBORIOVÁ, M., SIMOČKOVÁ, V. 2011a. Močová inkontinencia u seniorov v domácej starostlivosti. In: *Sestra a lekár v praxi* : časopis pre sestry, lekárov a iných zdravotníckych pracovníkov. - ISSN 1335-9444. - Č. 11-12 (2011), s. 20-22.

ZAMBORIOVÁ, M. SIMOČKOVÁ, V. 2011 b. Inkontinencia a kvalita života seniorov. Rec. Darja Jarošová, Gabriela Vörösová. In: *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve*. - Martin : Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, 2011. - ISBN 9788089544004. - s. 438-443.

ZAMBORIOVÁ, M. SIMOČKOVÁ, V., FILLOVÁ, D., BÉREŠOVÁ, A. 2007. Manažment domácej ošetrovatel'skej starostlivosti o seniorov. In: *Nové poznatky v oblasti*

medicínskych vied, ošetrovateľstva a vojenského zdravotníctva : Ružomerské zdravotnícke dni 2007 : zborník z konferencie. - Ružomberok : Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2008. - ISBN 9788080843069. s. 519-529.

ZRUBÁKOVÁ, K. 2010. Edukácia seniora a rodinných príslušníkov a domácom prostredí. In *Nové trendy vo vzdelávaní a praxi ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie. Zborník z konferencie konanej dňa 25. – 26. marca 2010.* Ružomberok : Verbum – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2010. 235 s. ISBN 978-80-8084-548-3. s. 20 – 29.

ZÁVER

Vážení čitatelia, dostáva sa vám do rúk vydanie Supplement vybraných kapitol vo vedných odboroch sociálna práca a ošetrovatelstvo II., ktoré je zamerané na hľadanie odpovedí na aktuálne témy obidvoch vedných odboroch.

Erudovane poskytuje ucelený, pohľad na spracovaný komplex tém z viacerých uhlov pohľadu, zachovávajúc metaparadigmu vedných odborov. Je určený pre sociálnych pracovníkov, sestram, študentom, ktorí v nej nájdu nové poznanie. Autori sumarizujú informácie o nových trendoch poskytovania služieb komunitám, v systéme sociálnej a zdravotnej starostlivosti. Kapitoly textov môžu byť bibliografických zdrojov záverečných prác študentov a teoretickým východiskom výskumných procesov.

Zoznam a kontaktné adresy autorov kapitol

doc. PhDr. Olga Bočáková, PhD.

Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave
Fakulta sociálnych vied, Katedra verejnej politiky a verejnej správy,
Bučianska 1/A
917 01 Trnava, e-mail: olga.bocakova@ucm.sk

doc. PhDr. Dimunová Lucia, PhD.

UPJŠ, Lekárska fakulta v Košiciach
Ústav ošetrovateľstva
Tr. SNP č.1, 040 66 Košice, e-mail: lucia.dimunova@upjs.sk

PhDr. Ferencíková Ingrid

Letná 650, 049 22 Gemerská Poloma,
e-mail: ingrid.ferencikova@gmail.com

PhDr. Gallová Andrea

Andrea.gallova@centrum.sk

PhDr. Hulková Viera, PhD.

v.hulkova@centrum.sk

PhDr. Humyadiová Stanislava, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety
Detašované pracovisko bl. Sáros Salkaházi, Rožňava

doc. PhDr. Jankechová Monika, PhD.

email: jankechova.monika@gmail.com

PhDr. Mgr. Ingrid Dreisigová

Prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava,
Detašované pracovisko bl. Sáros Salkaházi Rožňava

PhDr. Kubíčková Darina, PhD.

Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave
Bučianska 4/A, 917 01 Trnava, e-mail: kubickovadarina@gmail.com

PhDr. Kuzyšin Bohuslav, PhD.

Prešovská univerzita v Prešove
Pravoslávna bohoslovecká fakulta, Katedra kresťanskej antropológie a
sociálnej práce
Masarykova 15, 08 001 Prešov, e-mail: bohuslav.kuzysin@gmail.com

ThLic. Laca Peter, PhD.

peter.laca@post.sk

PaedDr., PhDr. Lachytová Lenka, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Bratislava

Mgr. Leczová Dita, PhD.

VŠZaSP sv. Alžbety, n. o. Bratislava

Detašované pracovisko bl. Sára Salkaházi v Rožňave

e-mail: d.leczova@gmail.com

PhDr. Murgová Anna, PhD.

PhDr. Tkáčová Ľubomíra, PhD.

VŠZaSP sv. Alžbety Detašované pracovisko Michalovce, Partizánska

23, 071 01 Michalovce, e-mail: annamurgov@gmail.com. e-mail:

lubomira.tkacova@gmail.com.

PhDr. Raková Jana, PhD.

Lekárska fakulta UPJŠ Košice, Ústav ošetrovateľstva

Tr. SNP 1, 040 01 Košice, e-mail: janka.rakova@gmail.com

prof. JUDr. Tkáč Vojtech, PhD.

JUDr. Ing. Vražel Jozef

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava

PhDr. Vatehová Drahomíra, PhD.

MUDr. Vateha Rastislav, PhD.

Kutuzovova 443/8, 089 01 Svidník

doc. PhDr. Mária Zamboriová, PhD.

UPJŠ LF, Ústav ošetrovateľstva

Tr SNP 1, 041 01 Košice