

Supplement vybraných kapitol vedných odborov sociálna práca a ošetrovatel'stvo IV.

© Autori: Kolektív autorov

Zostavovatelia:

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.

ThLic. Peter Laca, PhD.

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

Recenzenti:

prof. PhDr. Pavol Dancák, PhD.

doc. PhDr. Dagmar Kalátová, PhD., mim. prof.

doc. PaedDr. Slavomír Laca, PhD.

Vydavateľ: Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna Příbram (Česká
republika) Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce v Bratislave
Vydanie: štvrté rozšírené vydanie

Rok vydania: 2016

Náklad: 160 kusov

Počet strán: 203

Tlač: BEKI Desing, s.r.o., Košice

ISBN 978-80-88206-01-9

Jazyková úprava: Texty neprešli jazykovou úpravou. Za jazykovú
úpravu a obsahovú stránku diela sú zodpovední jednotliví autori.

ZOZNAM AUTOROV

BÉREŠOVÁ Anna, doc., PhDr., PhD.

LF UPJŠ v Košiciach, Ústav sociálnej a behaviorálnej medicíny
Tr. SNP 1, 040 01 Košice.

BALOGOVÁ Katarína, Mgr.

LF UPJŠ v Košiciach, Ústav sociálnej a behaviorálnej medicíny
Tr. SNP 1, 040 01 Košice.

CIMBALOVÁ Jana, PhDr., Mgr., PhD.

Univerzitná nemocnica L. Pasteura
Klinika hematológie a onkohematológie
Trieda SNP 1, 040 01 Košice.

DIMUNOVÁ Lucia, doc. PhDr., PhD.

LF UPJŠ v Košiciach, Ústav ošetrovateľstva
Tr. SNP 1, 040 01 Košice.

FERENČIKOVÁ Ingrid, PhDr., PhD.

VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava
Detašované pracovisko bl. Sáro Salkaházi
Kósu Schopera 22, 048 01 Rožňava.

HRINDOVÁ Tatiana, PhDr., PhD.

VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava
Detašované pracovisko bl. Sáro Salkaházi
Kósu Schopera 22, 048 01 Rožňava.

HULKOVÁ Viera, PhDr., PhD.

VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava
Ústav sv. J. N. Neumanna

Jiráskovy sady 240, 261 01 Příbram.

HULKA Jozef, Mgr.

VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava

Ústav sv. J. N. Neumanna

Jiráskovy sady 240, 261 01 Příbram.

HUNYADIOVÁ Stanislava, doc. PhDr. PhD.

VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava

Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi

Kósu Schopera 22, 048 01 Rožňava.

JACKOVÁ Kristína, Mgr.

VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava

Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi

Kósu Schopera 22, 048 01 Rožňava.

KILÍKOVÁ Mária, prof., PhDr., PhD.

VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava

Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi

Kósu Schopera 22, 048 01 Rožňava.

KUNOŠÍK Michal, JUDr., CSc.

VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava

Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi

Kósu Schopera 22, 048 01 Rožňava.

LACA Peter, ThLic., PhD.

VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava

Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi

Kósu Schopera 22, 048 01 Rožňava.

RAKOVÁ Jana, PhDr., PhD.

LF UPJŠ v Košiciach, Ústav ošetrovateľstva
Tr. SNP 1, 040 01 Košice.

SIMOČKOVÁ Viera, doc. PaedDr., PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48, 034 01 Ružomberok.

SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ Mária, PhDr., PhD.

LF UPJŠ v Košiciach, Ústav ošetrovateľstva
Tr. SNP 1, 040 01 Košice.

ŠEVČOVIČOVÁ Andrea, PhDr.

VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava
Detašované pracovisko bl. Sary Salkaházi
Kósu Schopera 22, 048 01 Rožňava.

ZAMBORIOVÁ Mária, doc. PhDr., PhD., mim. prof.

LF UPJŠ v Košiciach, Ústav ošetrovateľstva
Tr. SNP 1, 040 01 Košice.

OBSAH

ÚVOD	10
1 EURÓPSKA FEDERÁCIA ASOCIÁCIÍ SESTIER A BOLONSKA DEKLARÁCIA - ICH VPLYV NA ODBORNÚ KVALIFIKÁCIU SESTIER.....	12
1.1 Bolonská deklarácia - obsahová analýza deklarácie.....	13
1.2 Vplyv deklarácie a smerníc na odbornú kvalifikáciu.....	14
1.3 Formálna kvalifikácia sestier ich kompetencie.....	17
2 ZDRAVOTNÉ UVEDOMENIE ŽIEN VO VZŤAHU K PREVENCIÍ V OBLASTI KARCINÓMU KRČKA MATERNICE.....	20
2.1 Stav prevencie v oblasti karcinómu krčka maternice.....	21
2.2 Prieskum zdravotného uvedomenia žien.....	23
2.3 Výsledky prieskumu.....	24
2.4 Diskusia.....	33
2.5 Závěry a odporúčania.....	37
3 OŠETROVATEĽSTVO V KONTEXTE KÚPEĽNEJ STAROSTLIVOSTI.....	39
3.1 Osoba v kontexte kúpeľnej starostlivosti.....	40
3.2 Zdravie v kontexte kúpeľnej starostlivosti.....	41
3.3 Prostredie v kontexte kúpeľnej starostlivosti.....	45
4 ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ O VÄZŇOV V KONCENTRAČNOM TÁBORE OSVIENČIM.....	48
4.1 História vzniku koncentračného tábora.....	49
4.2 Životné podmienky v tábore.....	51
4.3 Chorobnosť väzňov.....	55
4.4 Táborová nemocnica – revír.....	57
4.5 Tehotenstvá a pôrody väzenkýň.....	61
4.6 Pseudopokusy väzenských lekárov.....	63
4.7 Oslobodenie tábora.....	66

5 MOŽNOSTI PREVENČIE VERTEBROGÉNNYCH OCHORENÍ U SESTIER	68
5.1 Výskum výskytu vertebrogénnych ochorení u sestier.....	74
5.2 Výsledky výskumu.....	75
5.3 Diskusia	78
5.4 Závěry a odporúčania	83
6 FILOZOFICKÉ POŇATIE SPIRITUÁLNYCH A DUCHOVNÝCH POTRIEB PACIENTOV V OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI.....	84
6.1 Charakteristika pojmov spiritualita a religiozita.....	87
6.2 Poskytovanie duchovnej starostlivosti.....	95
7 ŠPECIFIKÁ PRÍSTUPU K PACIENTOVI S DEMENCIOU.....	100
7.1 Validizácia ako nástroj prístupu sestry k pacientovi s demenciou.....	101
7.2 Metodológia validizácie a validizačné techniky.....	102
7.3 Závěry a odporúčania	109
8 MOBBING V PRACOVNOM PROSTREDÍ SESTRY.....	111
8.1 Výskum výskytu mobbingu a jeho vplyvu na psychosomatický stav sestier	118
8.2 Metodika výskumu	119
8.3 Diskusia	124
8.4 Závěry a odporúčania	126
9 SYNDRÓM VYHORENIA U SESTIER V SÚVISLOSTI S POSKYTOVANÍM PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI.....	128
9.1 Metodika prieskumu.....	130
9.2 Výsledky prieskumu	131
9.3 Diskusia	134
9.4 Závěry a odporúčania	135

10 RIADENIE KVALITY V ZARIADENIACH PRE SENIOROV.....	137
10.1 Metodologické východiská riadenia kvality	141
10.2 Koncepce riadenia kvality.....	143
10.3 Konceptia systému manažérstva kvality.....	146
10.4 Zavádzanie SMK v zariadeniach pre seniorov	150
11 KTO OKREM POBERATEĽA DÔCHODKU MÔŽE BYŤ PRÍJEMCOM DÔCHODKU?.....	153
11.1 Zákonný zástupca poberateľa dôchodku.....	154
11.2 Fyzická osoba, ktorej bolo dieťa zverené do náhradnej rodinnej starostlivosti	155
11.3 Štatutárny zástupca zariadenia, v ktorom je nezaopatrené dieťa umiestnené na základe rozhodnutia súdu	155
11.4 Osobitný príjemca	155
11.5 Poukazovanie dôchodku na účet manžela alebo manželky poberateľa dôchodku	157
11.6 Zariadenie sociálnych služieb	158
11.7 Ústav na výkon väzby alebo ústav na výkon trestu odňatia slobody.....	159
12 VÝZNAM SUPERVÍZIE V PRÍPRAVE A PROCESE CELOŽIVOTNÉHO VZDELÁVANIA SOCIÁLNYCH PRACOVNÍKOV.....	160
12.1 Zameranie supervízie	160
12.2 Teoretické východiská supervízie	166
12.3 Supervízia a syndróm vyhorenia	170
12.4 Edukačný význam supervízie	176
ZÁVER	187
ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV	188

ÚVOD

Starostlivosť o zdravie populácie patrí k základným prioritám každého štátu. Tento dlhodobý proces sa však nezaobíde bez profesionálov z rezortu zdravotníctva a sociálnej práce. Motiváciou kolektívu autorov k napísaniu Supplementa vybraných kapitol vedných odborov sociálna práca a ošetrovateľstvo, sú vedecky neoverené problémy praxe týkajúce sa podpory zdravia, prevencie chronických ochorení, prevencie vzniku takých deficitov v potrebách osôb, ktoré obmedzujú výkon povolania. Široká škála faktorov prostredia rôzne determinuje stav zdravia, výkonnosť osoby a preto osobitná pozornosť by sa mala venovať edukácii, metodikám podpory zdravia ošetrojúcimi a sociálnymi pracovníkmi. Supplement charakterizujeme ako zrozumiteľným spôsobom spracovaný text vedeckých prác kolektívu autorov. Autormi sú uznávaní akademické funkcionári slovenských univerzít, vysokých škôl a odborníci z praxe. Publikácia je štrukturovaná do dvanástich kapitol.

Cieľom vedeckej publikácie je sprístupniť čitateľom výsledky empirických štúdií z oblasti podpory zdravia v jednotlivých vekových kategóriách populácie, špecifické podmienky poskytovania kultúrne odlišnej starostlivosti, prípravu na výkon povolania a podmienky výkonu povolania ošetrojúcich zodpovedných za všeobecnú starostlivosť o zdravie v európskom kontexte. Osobitnú pozornosť venuje kolektív autorov aj otázke budovania systému manažérstva kvality v inštitúciách zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Popísaná je problematika faktorov prostredia, determinanty zdravia vo vybranej komunite ošetrojúcich, metodika supervízie ako nástroj podpory zdravia v povolani sociálny pracovník a sestra. Cieľová skupinou pre ktorú je

monografia určená má multioborový charakter. Predkladaný Supplement vybraných kapitol vedných odborov sociálna práca a ošetrovatel'stvo je určený širokej odbornej, vedeckej verejnosti, vysokoškolským pedagógom, akademickým funkcionárom, sociálnym a zdravotníckym pracovníkom t.j. všetkým, ktorí túžia mať nové a hlbšie poznatky z uvedených odborov.

1 EURÓPSKA FEDERÁCIA ASOCIÁCIÍ SESTIER A BOLONSKA DEKLARÁCIA - ICH VPLYV NA ODBORNÚ KVALIFIKÁCIU SESTIER

Európska federácia asociácií sestier (EFN) vznikla ako následníčka inštitúcia Stálej komisie sestier Európskej únie (PCN) a má viac ako 30 ročnú históriu. Má charakter nezávislej inštitúcie, ktorá na európskej úrovni reprezentuje viac ako jeden milión sestier v 34 národných asociáciách sestier. Poslaním EFN je podporovať a chrániť sestry a ošetrovateľskú profesiu s osobitným zreteľom na EÚ. Organizácia lobuje v európskych inštitúciách ako sú: Európska komisia, Európsky parlament a Rada Európy za účelom presadzovania pozitívnych zmien v oblasti vzdelávania a jeho uznávania, výkonu povolania sestera a zlepšovania pracovných podmienok s dôrazom kladeným na informovanosť, bezpečnosť a ochranu pacienta. Zároveň poskytuje širokú platformu pre rozvoj zdravotnej a sociálnej politiky Európskej únie (EÚ), tým, že podporuje rozhodovacie procesy Európskej únie vo všetkých oblastiach, ktoré ovplyvňujú profesiu sestera. Cieľom EFN je participovať na harmonizácii vývoja a ošetrovateľstva ako vedy, teórie a praxe v členských krajinách EÚ. Podporuje hodnoty ošetrovateľstva a posilňuje vzťahy medzi národnými združeniami ošetrovateľstva, medzi sestrami špecialistkami a ostatnými ošetrovateľskými povolaniami.

Náplň činnosti EFN ovplyvnilo ošetrovateľstvo na Slovensku zmenami v systéme prípravy na výkon povolania, t.j. národný vzdelávací program, zmenami vo vzájomnom uznávaní kvalifikácií v súlade s Smernicou 2005/36/EC a 2013/55EU a zmenami vo výkone regulovaného povolania s ohľadom na revidované kompetencie sestry zodpovednej za všeobecnú starostlivosť.

1.1 Bolonská deklarácia - obsahová analýza deklarácie

Zmeny v systéme prípravy na výkon povolania sestry v krajinách EÚ sú determinované Bolonským procesom - Bolonskou deklaráciou, ktorá bola podpísaná 19.6.1999, 29 ministrami školstva. EFN v spolupráci s Medzinárodnou radou ošetrojúcich (ICN) a Svetovou zdravotníckou organizáciou (SZO) pre Európu, upresnili základné princípy v súvislosti so vzdelávaním sestier v štátoch EÚ nasledovne:

Vstup do ošetrovateľského vzdelávania musí alebo by malo nasledovať až po ukončení strednej školy po splnení rovnakých podmienok platných pre vstup na univerzitu. Prvý stupeň vzdelávacieho programu ošetrovateľstva (bakalár - registrovaná sestra), by mal byť dostačujúci na vykonávanie ošetrovateľských činností a mal by trvať 3 akademické roky. Existuje iba jedna Európska úroveň základného, respektíve 1. stupňa vzdelávania sestier (za ním pokračuje druhý magisterský stupeň a tretí doktorandský stupeň vzdelávania). Učebné osnovy musia vychádzať z výskumu a z praktických skúseností. Pre vzdelávanie v programe ošetrovateľstvo vo funkciu riaditeľa/prezidenta musia byť sestry, ktoré získali titul univerzitného profesora. V súčasnosti EFN vykonáva kontinuálny dohľad nad implementáciou vyššie uvedených princípov do národnej politiky Slovenskej republiky (SR). *Dopad princípov Bolonského procesu na ošetrovateľstvo v SR je nasledovný:*

Vzdelávanie sestier sa uskutočňuje (od 1.5.2004) na akademickej pôde a to formou pregraduálneho a graduálneho vzdelávania. Prijal sa systém ľahko čitateľných a porovnateľných akademických titulov za pomoci zavedenia Dodatku diplomu, s cieľom podporiť možnosti slovenských sestier uplatniť sa na trhu práce a medzinárodnú konkurencieschopnosť. Uplatňovaný je Európsky kreditový systém vzdelávania, ktorý v SR upravuje Vyhláška Ministerstva školstva SR č. 614/2012 Z.z. o kreditovom systéme vzdelávania. Evidentná je

mobilita študentov, učiteľov, akademikov a vedeckých pracovníkov. Metodológia hodnotenia kvality vzdelávania sa postupne harmonizuje. Bolonské dimenzie vysokoškolského vzdelávania sú podporované spolupracou vzdelávacích inštitúcií a poskytovateľov zdravotníckych služieb najmä v časti realizácie odbornej - praktickej prípravy študentov v prirodzených podmienkach. Cieľom bolonskej deklarácie je zosúladienie vysokoškolského systému v 47 signatárskych krajinách, založenom na inštitucionálnej autonómii, akademickej slobode, rovnosti príležitostí a demokratických princípoch, ktoré uľahčia mobilitu, zvýšia zamestnanosť a posilnia atraktivnosť a konkurencieschopnosť Európy. Prijatie a aplikácia reformy v praxi znamenalo pre naše univerzity a vysoké školy prínos, avšak je potrebné správne interpretovať jej ciele, aplikovať nástroje do praxe a komunikovať zmeny s odbornou a širokou laickou verejnosťou.

1.2 Vplyv deklarácie a smerníc na odbornú kvalifikáciu

V oblasti vzájomného uznávania odborných kvalifikácií sa v SR uplatňuje Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2005/36/ES o uznávaní odborných kvalifikácií. Má za cieľ odstraňovať prekážky v mobilite sestier a ostatných ošetrojúcich. Smernica poskytuje osobám, ktoré získali odborne kvalifikácie v členskom štáte na prístup k tomu istému povolaniu a jeho výkonu v inom členskom štáte s rovnakými právami. Smernica deklaruje, že *sloboda pohybu* a vzájomne uznávanie dokladov u sestier zodpovedných za všeobecnú starostlivosť, pôrodných asistentiek. Smernica definuje pojmy: regulované povolanie, odborná kvalifikácia, doklad o formálnej kvalifikácii, príslušný orgán, regulované vzdelávanie a odborná príprava, adaptačné obdobie, skúška spôsobilosti. Smernica bola novelizovaná Smernicou Európskeho parlamentu a Rady 2013/55/EÚ. Dôvodom novelizácie

bola potreba identifikácie a protokolovania pokroku - zmeny v ošetrovatel'stve. Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2013/55/EÚ z 20. novembra 2013, ktorá *popisuje kompetencie sestier zodpovedných za všeobecnú starostlivosť o zdravie*. Popisuje sériu 8 kompetencií, ktoré sú záväzné pre členské štáty, ktoré do 18.1.2016 museli zabezpečiť, aby boli implementované do národnej legislatívy. EFN dokument v prípravnej fáze pripomenkovala a v závere ju sformulovala ako guideline pre implementáciu Článku 31 do národných programov vzdelávania v členských krajinách EU.

Zmeny sú nasledovné:

Prijatie sestier zodpovedných za všeobecnú starostlivosť na odbornú prípravu je podmienené získaním *všeobecného vzdelania* v rozsahu najmenej 12 rokov, ktoré je potvrdené diplomom, osvedčením alebo iným dokladom. Zloženie prijímacej skúšky na rovnocennej úrovni, ktorá jej umožňuje prístup k vzdelaniu na univerzitách a vysokých školách, alebo prijatie sestier zodpovedných za všeobecnú starostlivosť na odbornú prípravu je podmienené získaním všeobecného vzdelania v rozsahu najmenej 10 rokov, ktoré je potvrdené diplomom, osvedčením alebo iným dokladom a zložením prijímacej skúšky na rovnocennej úrovni, ktorá jej umožňuje prístup k vzdelaniu na univerzitách a vysokých školách. Odborná príprava sestier zodpovedných za všeobecnú starostlivosť predstavuje celkovo najmenej tri roky štúdia, ktoré sa môžu vyjadriť aj ako ekvivalent kreditov podľa ECTS a ktoré obsahujú aspoň 4 600 hodín teoretickej a klinickej *odbornej prípravy*. Z uvedeného počtu hodín z teoretická odborná príprava predstavuje *aspoň jednu tretinu a klinická odborná príprava predstavuje aspoň jednu polovicu* trvania odbornej prípravy. Za teoretické vzdelávanie sa považuje tá časť ošetrovatel'skej odbornej prípravy, v ktorej vzdelávané sestry získavajú odborné vedomosti, zručnosti a spôsobilosti. Odbornú prípravu zabezpečujú učitelia ošetrovatel'skej starostlivosti a iné spôsobilé osoby na univerzitách a

vysokých školách, ktorých úroveň sa uznáva ako rovnocenná. Za klinickú odbornú prípravu sa považuje časť ošetrovateľskej odbornej prípravy, v ktorej sa vzdelávané sestry v rámci tímu a v priamom kontakte so zdravými alebo chorými osobami a komunitami učia organizovať, poskytovať a hodnotiť požadovanú komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť na základe nadobudnutých vedomostí, zručností a spôsobilostí. Vzdelávané sestry sa učia nielen pracovať v tíme, ale tiež viesť tím a organizovať celkovú ošetrovateľskú starostlivosť vrátane zdravotnej výchovy pre osoby v ústavnej zdravotnej starostlivosti a komunity. Táto výučba sa vykonáva v nemocniciach a iných zariadeniach pod dohľadom učiteľov ošetrovateľstva v spolupráci s inými kvalifikovanými sestrami. Na výučbe sa môže podieľať aj iný kvalifikovaný personál. Uchádzači o odborné vzdelanie sa zúčastňujú na činnostiach príslušného oddelenia, pokiaľ tieto činnosti prispievajú k ich odbornej príprave. Odborná príprava pre sestry zodpovedné za všeobecnú starostlivosť poskytuje záruku, že získa tieto znalosti a zručnosti:

- komplexná znalosť vied, z ktorých vychádza všeobecná ošetrovateľská starostlivosť, vrátane dostatočného porozumenia štruktúre, fyziologickým funkciám a správaniu zdravých a chorých osôb a vzťahov medzi zdravotným stavom a fyzickým a sociálnym prostredím
- znalosť povahy a etiky povolania a všeobecných zásad zdravotníctva a ošetrovateľskej starostlivosti
- primerané klinické skúsenosti
- schopnosť zúčastňovať sa na praktickej odbornej príprave zdravotníckeho personálu a skúsenosti s prácou s týmto personálom skúsenosti so spoločnou prácou s členmi iných povolaní v zdravotníctve.

1.3 Formálna kvalifikácia sestier ich kompetencie

Formálne kvalifikácie sestier zodpovedných za všeobecnú starostlivosť poskytuje doklad, že sestra je schopná uplatniť tieto vedomosti, zručnosti a základné spôsobilosti bez ohľadu. Zároveň zabezpečí, že odborná príprava sa uskutočňuje na univerzitách, vysokých školách, ktorých úroveň sa uznáva ako rovnocenná, alebo na stredných zdravotníckych školách alebo prostredníctvom programov odborného vzdelávania pre sestry. Formálna kvalifikácia zabezpečuje výkon týchto kompetencií:

- spôsobilosť samostatne stanoviť potrebnú ošetrovateľskú starostlivosť za využitia súčasných teoretických a klinických poznatkov a plánovať, organizovať a poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť pri ošetrovaní pacientov na základe vedomostí a zručností
- spôsobilosť účinne spolupracovať s inými aktérmi v zdravotníckom odvetví vrátane účasti na praktickej odbornej príprave zdravotníckeho personálu na základe vedomostí a zručností
- spôsobilosť prakticky učiť jednotlivcov, rodiny a skupiny ľudí zdravému životnému štýlu a starostlivosti o seba na základe vedomostí a zručností
- schopnosť samostatne prijať okamžité opatrenia na záchranu života a vykonávať opatrenia v prípade krízy alebo katastrof
- schopnosť samostatne poradiť, dať odporúčania a poskytovať pomoc osobám, ktoré potrebujú starostlivosť, a ich blízkym
- schopnosť komplexne odborne komunikovať a spolupracovať s príslušníkmi iných profesií v zdravotníctve
- schopnosť analyzovať kvalitu zdravotnej starostlivosti s cieľom zlepšiť si svoju vlastnú odbornú prax ako zdravotnej sestry alebo ošetrovateľa zodpovedného za všeobecnú starostlivosť

- schopnosť samostatne zabezpečiť kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti a jej hodnotenie (Smernica 2013/55 EU).

Z textu vyplýva, že aktuálnou zmenou v kompetenciách sestier je orientácia na prevenciu, dlhodobú starostlivosť, komunitnú starostlivosť, e-zdravotníctvo, vývoj informačných a komunikačných technológií, bezpečnosť pacientov, výskum a prax založenej na dôkazoch. Okrem uvedeného pojednáva o otázke európskeho profesijného preukazu. SR implementuje smernicu do procesu vzdelávania sestier tak, že v rámci akreditačných procesov vysokých škôl, ktoré vzdelávajú sestry sa revidujú a harmonizujú študijné programy. Zmena curricula programov znamená, že program v predmetoch jadra študijného programu obsahujú témy z oblasti: kultúry, etiky a hodnôt, podpory zdravia, prevencie, edukácie, z oblasti rozhodovacích procesov, komunikácie a tímovej práce, z oblasti výskumu, vývoja a vedy a z oblasti ošetrovateľskej starostlivosti. Na otázku, že aké sú prekážky vo vzdelávaní budúcich sestier na stredných zdravotníckych školách podľa modelu pred vstupom SR a ČR do EU je odpoveď jednoznačná. Rozsah súčasnej výučby na stredných zdravotníckych školách zahŕňa iba 732 hodín teórie a 920 hodín odbornej praxe. Vo výučbe pritom absentujú predklinické a klinické predmety, nemožno ju preto vôbec porovnávať s niekdajšou výučbou všeobecných sestier. Vzdelávanie koncipované s prevahou všeobecnovzdelávacích predmetov z dôvodu úspešného vykonanie štátnej maturitnej skúšky. Vzťahy medzi kompetenciami a osnovami vzdelávania odbornej prípravy definované smernicou sú v podmienkach stredných škôl nenaplniteľné.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave akceptuje a implementuje vyššie popísané obsahy smerníc Rady Európy. Naplnia princípy Bolonskej deklarácie. Aktivuje študijný program ošetrovateľstvo v dvoma metódami vzdelávania t.j. metódou

prezenčnou a kombinovanou. Obsahom vzdelávania sú predpísané požiadavky Smernicami Rady Európy.

2 ZDRAVOTNÉ UVEDOMENIE ŽIEN VO VZŤAHU K PREVENCIÍ V OBLASTI KARCINÓMU KRČKA MATERNICE

Jedinec je počas života ohrozovaný rôznymi negatívnymi vplyvmi z vonkajšieho a vnútorného prostredia. Hodnotu života a zdravia si uvedomí, až keď sa objavia ťažkosti alebo zdravotné problémy. Pri uvedomení si závažnosti ochorenia sa u človeka veľakrát menia životné hodnoty (Palková, Dimunová, 2012). V tom čase začne prehodnocovať svoj životný štýl, stravovanie, pohybovú aktivitu, nepomer medzi fyzickou a psychickou záťažou. Spomenuté behaviorálne stratégie ako aj iné opatrenia napr. nefajčiť a nekonzumovať alkohol sú súčasťou Európskeho kódexu proti rakovine (2014) a pokladáme za viac než nutné o nich hovoriť a tiež je potrebné v tejto veci individuálne, ale i celopopulačne konať. Od 70. rokov minulého storočia, po ústupe výskytu infekčných chorôb preventabilným očkovaním, predstavujú onkologické ochorenia druhú najčastejšiu príčinu smrti vo svete (Bláhová, 2013). Nádorové ochorenia sú najobávanejšími tak medzi zdravotníkymi profesionálmi ako aj medzi laickou verejnosťou. Karcinóm krčka maternice predstavuje celosvetovo štvrtú najčastejšiu príčinu úmrtí na zhubné nádory u žien. Na Slovensku sa zisťuje stabilizovaný trend incidencie pri dôležitom, i keď veľmi miernom poklese hodnôt jej mortality (Ondrušová, 2015). Čisláková, Halánová, Adam (2012) konkretizujú, že incidencia karcinómu krčka maternice sa pohybuje okolo 20 prípadov na 100 000 žien s mortalitou približne 8 na 100 000 žien. V porovnaní s ostatnými štátmi Európskej únie (EÚ) je u nás incidencia aj mortalita vyššia takmer o 50 %.

2.1 Stav prevencie v oblasti karcinómu krčka maternice

Základom pre účinnú prevenciu v onkológii je zlepšenie povedomia celej spoločnosti o nádorových ochoreniach. Každá návšteva pacienta v zdravotníckom zariadení sa stáva pre sestru optimálnou príležitosťou v realizovaní preventívnych intervencií (hodnotenie individuálnych onkologických rizík) a sekundárne v poukázaní svojich odborných, komunikačných a technických kvalít pacientom (Obročníková, Majerníková, 2013). Úlohou *primárnej prevencie* je v prvom rade posilnenie zdravia a tiež zvýšenie odolnosti jedinca proti ochoreniam. Jej smerovaním v onkológii je znižovanie až eliminácia rizikových faktorov, ktoré majú preukázateľný a priamy vplyv na vznik nádorových ochorení a snaha o zníženie výskytu nádorov. *Sekundárna prevencia* je zameraná na zisťovanie ranných, bezpríznakových štádií onkologických ochorení, pri ktorých možno očakávať nielen lepšie terapeutické výsledky, ale i úplné vyliečenie. Dôkladná anamnéza zameraná na exogénne a endogénne rizikové faktory spolu so skríningovými metódami veľmi napomáhajú k včasnému odhaleniu nádorov. *Terciárna prevencia* zahŕňa opatrenia, ktoré vzniknú po prekonaní ochorenia a v podstate je zhodná so zásadami sekundárnej prevencie. Jej úlohou je obnoviť zdravie a zabezpečiť optimálne fungovanie organizmu v rámci možností daných ochorením. Niektorí autori popisujú aj *kvartérnu prevenciu* a jej súčasťou tvoria opatrenia k predchádzaniu možných komplikácií (Bašková a kol., 2009, Palková, Berč a kol., 2010, Pleško, 2010, Bendová, Kaňuch, 2011).

Karcinóm krčka maternice patrí k ochoreniam, pri ktorých organizovaný a dobre vedený *skríning (cancer screening)* vedie k poklesu tak mortality, ako aj incidencie (Ondrušová, 2015). Správa inštitúcie NCPB (National Cancer Policy Board) poukázala na skutočnosť, že správne vykonávanie skríningu u žien starších ako 18 rokov znižuje mortalitu na karcinóm krčka maternice o 20 - 60 %

(Dolinský, 2007). V krajinách s dlhotrvajúcim organizovaným skriningom sa pozoruje pokles výskytu ochorenia aj o 80% (Arbyn et al., 2010). Ide o skrining založený na onkologickej cytológii a aby mal význam, je potrebné na pravidelné kontroly získať, čo najväčšie percento populácie. Spočíva v diagnostikovaní nádorových ochorení, ktorých cieľom je odhaliť prednádorové zmeny vo včasnom štádiu, kedy pacientky nemajú žiadne výrazné ťažkosti a príznaky. Poznáme dva typy skriningu - oportunistický a systematický. O oportunistickom hovoríme, ak sa cytologické vyšetrenie vykonáva u ženy, ktorá sa dostaví na gynekologické vyšetrenie z nejakého dôvodu napr. diagnostika gravidity, žiadosť o antikoncepciu a pod. O systematickom skriningu hovoríme, ak sa ho zúčastní najmenej 80% cieľovej populácie žien, ktoré sú na vyšetrenie pozvané (Masák, 2007, Bendová, Kaňuch, 2011).

Prevenca a liečba onkologických ochorení nie sú v rámci Európy jednotné. Výsledky dosiahnuté u pacientov s rakovinou sa preto v rámci jednotlivých krajín aj medzi krajinami líšia. Na riešenie tejto nerovnosti je dôležité vymedzovanie noriem v celej Európe. Uvedené poznatky vychádzajú z dokumentu s názvom „Znižovanie záťaže spôsobenej rakovinou“ (2014), ktorý informuje o rôznych projektoch uskutočňovaných v rámci jednotlivých členských krajín EÚ v kontexte prevencie a liečby rakoviny. V súvislosti s nami skúmanou témou je známy projekt *AURORA (A European Network on Cervical Cancer Surveillance and Control in the New Member States)*. Cieľom projektu bolo identifikovať stratégie na podporu skriningu rakoviny krčka maternice u žien v reprodukčnom veku (30 až 69-ročných) v krajinách, ktoré vstúpili do EÚ po roku 2004. V projekte sa malo zároveň zabezpečiť, aby v skriningových programoch bolo zahrnuté aj nedostatočne pokryté obyvateľstvo, napríklad vidiecke spoločenstvá alebo etnické menšiny. Projekt podporoval zavádzanie skriningu založeného na dôkazoch, ako aj výmenu odborných poznatkov a

informácií o osvedčených postupoch pri prevencii karcinómu krčka maternice a jej presadzovania. Viac informácií o projekte je možné nájsť na webovej stránke: www.aurora-projekt.eu.

Významnou Európskou aktivitou je aj kampaň *Týždeň prevencie karcinómu krčka maternice (European Cervical Cancer Prevention Week)*, ktorá je ohraničená dátumom 24.1.-30.1. a v roku 2016 prebiehal už desiaty ročník tejto kampane. Na Slovensku bola spomínaná kampaň zahájená po prvý-krát 25.1. 2010 v Bratislave. Ústrednou myšlienkou tejto aktivity je zvýšiť zdravotné uvedomenie o prevencii karcinómu krčka maternice v populácii žien (ECPW, 2010). Uvádzané štatistické ukazovatele, vážnosť problematiky ako aj osobný záujem nás podnietili k uskutočneniu prieskumu v tejto sfére.

2.2 Prieskum zdravotného uvedomenia žien

Naším zámerom bolo preskúmať *zdravotné uvedomenie žien o problematike karcinómu krčka maternice* a zistiť rozdiely v zdravotnom uvedomení žien v skupine odbornej a laickej verejnosti. Prieskum bol realizovaný v mesiaci 12/2015-01/2016 u sestier na základe vyjadrenia ich anonymného a dobrovoľného súhlasu ako aj so súhlasom osloveného zdravotníckeho zariadenia v Košiciach (podľa Džurňáková, 2016). V skupine laickej verejnosti bol realizovaný prieskum u žien s nezdravotníckym vzdelaním, ktoré sme oslovili pre dobrovoľnú a anonymnú spoluprácu vo viacerých inštitúciách (ženy pracovali buď na pozícii učiteľa alebo administratívneho pracovníka).

Prieskumu sa zúčastnilo spolu *143 žien odbornej a laickej verejnosti* bez ohľadu na vek, dĺžku praxe a dosiahnuté vzdelanie. Odbornú verejnosť tvorilo 70 sestier (49 %) pracujúcich v Univerzitnej nemocnici L. Pasteura v Košiciach. Veková hranica medzi sestrami bola od 22 – 57 rokov (priemerne 33,7). Laickú verejnosť tvorilo 73 žien (51 %) s nezdravotníckym vzdelaním vo veku od 20 – 62 rokov (priemerne 36,5). Z hľadiska dosiahnutého vzdelania bolo v skupine

sestier 14 (20 %) sestier s úplným stredoškolským vzdelaním, najpočetnejšiu skupinu tvorilo 22 (31 %) sestier s vyšším odborným vzdelaním, ďalej bolo 16 (23 %) sestier s 1. stupňom vysokoškolského vzdelania a 18 (26 %) sestier s 2. stupňom vysokoškolského vzdelania. V druhej skupine žien pracujúcich mimo zdravotníctva dosahovalo 40 (55 %) žien úplné stredné odborné vzdelanie (najpočetnejšia skupina), vyššie odborné vzdelanie malo 10 (14 %) žien. Vysokoškolské vzdelanie 1. stupňa dosiahlo 12 (16 %) žien a vysokoškolské vzdelanie 2. stupňa 11 (15 %) žien.

Metodika

Kvantitatívny prieskum realizovaný distribúciou *neštandardizovaných dotazníkov* vlastnej konštrukcie bol uskutočnený u žien v mesiacoch 12/2015-01/2016. Distribuovali sme 160 dotazníkov s 89% návratnosťou (143 dotazníkov). Účasť všetkých žien v prieskume bola dobrovoľná a anonymná. Dotazník pozostával z 22 otázok zameraných na zistenie prístupu žien k preventívnym gynekologickým prehliadkam, k znalostiam o odporúčanej frekvencii návštev podľa platnej legislatívy SR a tiež na to, čo je pre nich najčastejšou bariérou absolvovania preventívnej gynekologickej prehliadky. V dotazníku overujeme vedomosti o ochorení karcinómu krčka maternice, príznakov, skríningu a vyšetreniach, ktoré sa vykonávajú pri ochorení. Rovnako sa zameriavame aj na vyjadrenie postoja tak laickej ako aj odbornej verejnosti k dôležitosti prevencie. Pri spracovaní a interpretácii dát sme využili metódy deskriptívnej štatistiky (absolútna a relatívna početnosť).

2.3 Výsledky prieskumu

Zaujímalo nás, aká je frekvencia návštevy gynekológa za účelom preventívnej prehliadky, u žien zapojených do nášho prieskumu. V obidvoch skupinách najviac žien deklaruje, že na preventívnu gynekologickú prehliadku chodí aspoň jedenkrát ročne. V skupine

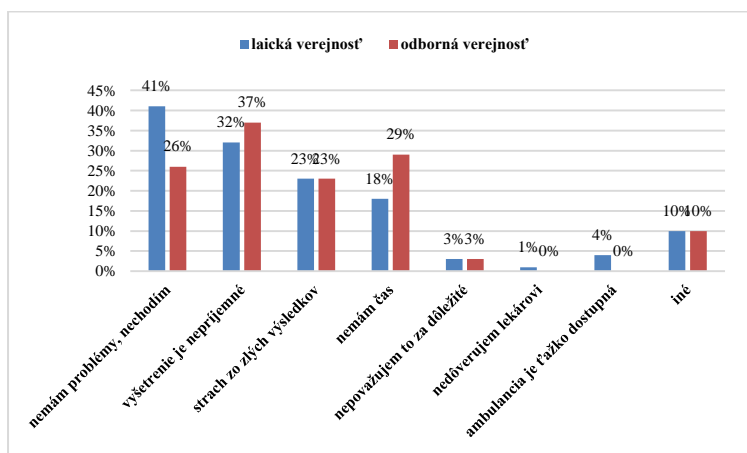
sestier 40 žien (57 %) a v skupine laickej verejnosti rovnako 40 žien (54 %) potvrdilo pravidelnú účasť na preventívnych gynekologických prehliadkach. Ďalej sme skúmali znalosť žien o odporúčanej frekvencii absolvovania preventívnych prehliadok podľa platnej legislatívy SR. V oboch skupinách žien nad 50 z nich (78 %, 74 %) správne uviedlo, že odporúčaná frekvencia je raz ročne, 8 žien z laickej verejnosti (11 %) a 10 sestier (14 %) sa vyjadrilo mylne, že je to 2-krát ročne. Ostatných 16 žien (22 %) sa nevedelo k tejto otázke vyjadriť (tabuľka 1).

Tabuľka 1 Aktívna účasť na preventívnych prehliadkach a odporúčaná frekvencia návštev

Frekvencia návštevy gynekológa za účelom preventívnej prehliadky				
	Laická verejnosť (N=73)		Odborná verejnosť (N=70)	
viackrát/rok	14	19%	10	14%
1-krát/rok	40	54%	40	57%
1-krát/2 roky	9	12%	15	21%
1-krát/5 rokov	7	10%	4	6%
nikdy	3	4%	1	1%
Odporúčaná frekvencia preventívnych prehliadok podľa legislatívy SR				
2-krát/rok	8	11%	10	14%
1-krát/rok	57	78%	52	74%
neviem	8	11%	8	11%

V grafe 1 prezentujeme *bariéry absolvovania preventívnych prehliadok* zo strany oslovených žien (výber z viacerých odpovedí).

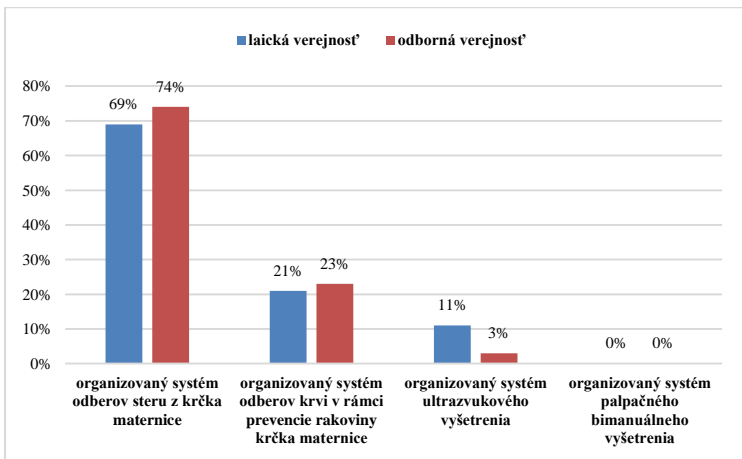
Najčastejšou bariérou pre absolvovanie gynekologickej prehliadky je u 26 sestier (37 %) nepríjemnosť vyšetrenia a hneď na druhom mieste 20 sestier (29 %) uviedlo nedostatok času. V laickej verejnosti u 30 žien (41 %) absentuje potreba navštevovať gynekológa, ak nemajú žiadne zdravotné problémy a pre 23 žien (32 %) bol tiež nepríjemný pocit z vyšetrenia potvrdený ako dôvod neabsolvovania gynekologickej prehliadky.



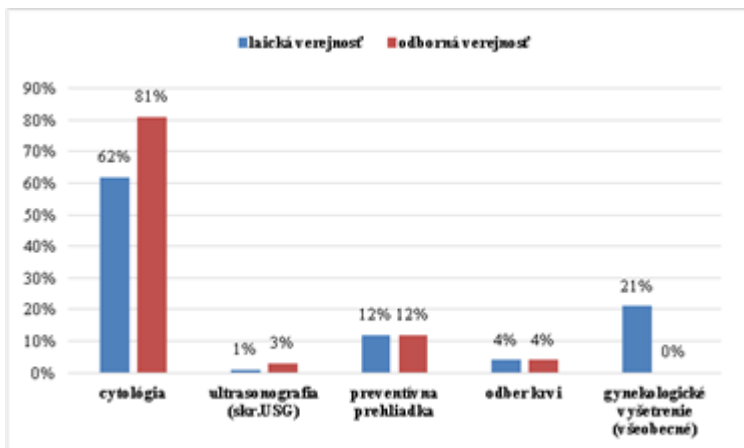
Graf 1 Bariéry absolvovania preventívnych prehliadok

Prieskum poukázal na pozitívne informácie v rámci zdravotného uvedomenia žien o skríningu karcinómu krčka maternice. Pojem skríning objasnilo viac sestier (52 žien, 74 %), čo sme predpokladali, no napriek tomu zarážajúcou skutočnosťou bolo, že až 18 žien (32 %) pracujúcich v zdravotníctve odpovedalo mylne. Z laickej verejnosti 50 žien (69 %) vedelo objasniť, čo znamená skríning karcinómu krčka maternice a 23 žien (26 %) v tejto skupine odpovedalo nesprávne (graf 2).

Výšetrenie, ktoré je podľa názoru žien cielene určené na včasný záchyt karcinómu krčka maternice, prezentuje graf 3. V skupine sestier 57 z nich (81 %) identifikovalo cytológiu ako vyšetrenie na včasný záchyt karcinómu krčka maternice v porovnaní so skupinou laickej verejnosti, kde správnu odpoveď uviedlo 50 žien (62 %). Znalosť v tejto problematike bola viditeľnejšia v skupine žien zo zdravotníckym vzdelaním. Celkovo 36 žien z oboch skupín (51 %) označilo nesprávnu odpoveď.



Graf 2 Znalosť pojmu skrining karcinómu krčka maternice



Graf 3 Vyšetrenie na včasný záchyt karcinómu krčka maternice

Zaoberali sme sa aj znalosťou žien o podmienkach vykonávania cytologického vyšetrenia v SR (tabuľka 2). V skupine laickej verejnosti 52 žien (71 %) z celkového počtu vedelo správne charakterizovať podmienky cytologického vyšetrenia v porovnaní s menšou skupinou sestier – spolu 39 (56 %). Z odpovedí vyplýva väčšia neznalosť v tejto oblasti v skupine sestier.

Tabuľka 2 Podmienky cytologického vyšetrenia v SR

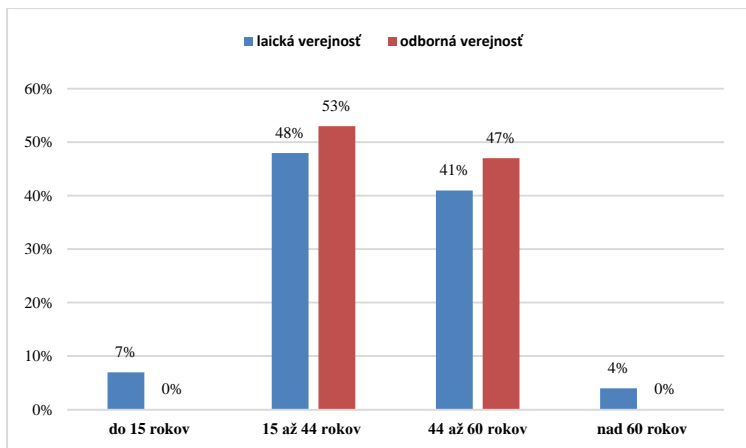
	Laická verejnosť (N=73)		Odborná verejnosť (N=70)	
	Count	Percentage	Count	Percentage
Správne odpovede	52	71%	39	56%
Nesprávne odpovede	21	29%	31	44%

Názor žien na vplyv skorého pohlavného života na vznik karcinómu krčka maternice zobrazuje tabuľka 3. Na otázku odpovedalo záporne 30 žien (41 %) z laickej verejnosti, čo dokazuje, nedostatok poznatkov o tejto oblasti v porovnaní s odbornou verejnosťou, kde sa 40 sestier (58 %) vyjadrilo k tejto otázke pozitívne. Zvyšné ženy v prieskume nevedeli na túto otázku odpovedať.

Tabuľka 3 Vplyv skorého pohlavného života na karcinóm krčka maternice

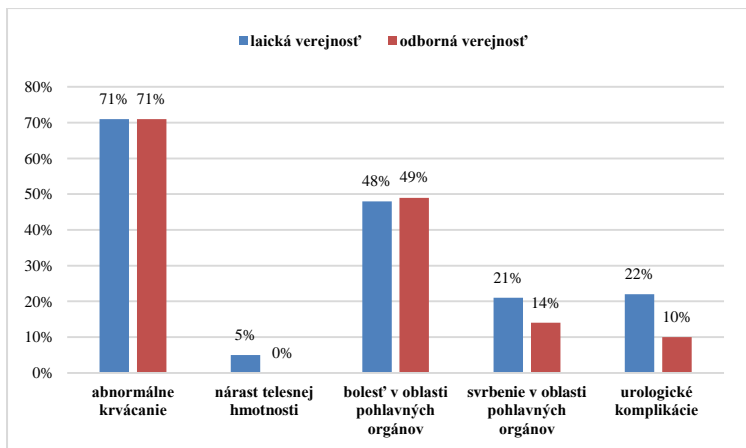
	Laická verejnosť (N=73)		Odborná verejnosť (N=70)	
	Súhlasné odpovede	22	30%	40
Nesúhlasné odpovede	30	41%	24	34%
Neviem	21	29%	6	9%

Vekové obdobie, ktoré je najviac ohrozené výskytom karcinómu krčka maternice, sme skúmali v jednej z našich otázok. Táto oblasť bola pre obe skupiny žien deficitná a väčšina zo žien v prieskume uviedla vekovú kategóriu nesprávne. 37 sestier (53 %) a 35 žien (48 %) v skupine laickej verejnosti označilo vekovú kategóriu 15-44 rokov (graf 4).



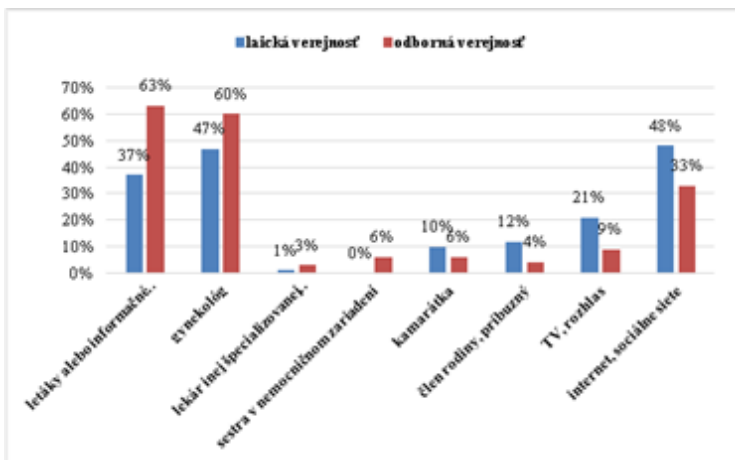
Graf 4 Veková kategória najviac ohrozená výskytom karcinómu krčka maternice

V našom záujme bolo zistiť, či ženy zastúpené v prieskume dokážu správne identifikovať najčastejší príznak ochorenia karcinómu krčka maternice. Mali možnosť výberu z viacerých alternatív. V oboch skupinách žien 71 % z nich (52 žien laickej a 50 žien odbornej verejnosti) správne uviedli ako najčastejší príznak pri karcinóme krčka maternice abnormálne krvácanie po pohlavnom styku a medzi menštruáciami. Ukázalo sa, že v tejto oblasti bolo zaznamenaných viac nesprávnych odpovedí, preto by bolo potrebné posilniť zdravotné uvedomenie žien v tejto sfére (graf 5).

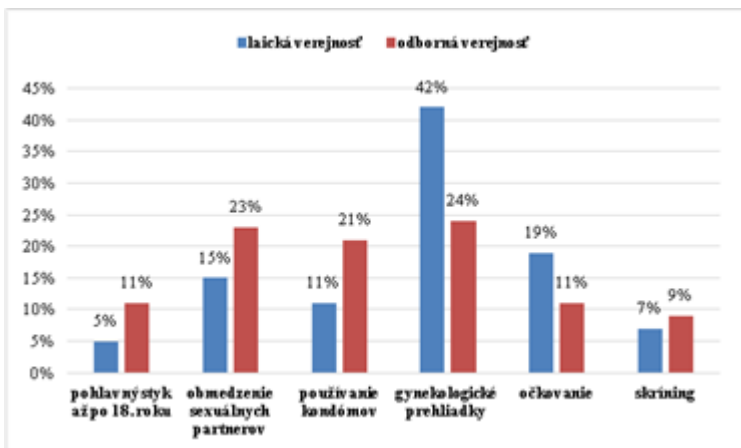


Graf 5 Najčastejší príznak ochorenia karcinómu krčka maternice

V nasledujúcom grafe 6 sú uvedené výsledky, ktoré identifikujú zdroje informácií u žien o problematike karcinómu krčka maternice. Ako najčastejší zdroj o skúmanej problematike určili ženy letáky a informačné materiály, gynekológa a sociálne siete (výber z viacerých odpovedí). Za najúčinnější opatrenie v rámci prevencie karcinómu krčka maternice pokladalo 17 sestier (24 %) a 31 žien (42 %) z laickej verejnosti pravidelne gynekologické prehliadky. Očkovanie proti karcinómu krčka maternice označilo ako najúčinnější preventívne opatrenie mylne 14 žien (19 %) z laickej verejnosti a 16 sestier (23 %) zas obmedzenie počtu sexuálnych partnerov. Odpovede oboch skupín žien svedčia o nedostatočnom zdravotnom uvedomení v tejto oblasti (graf 7).



Graf 6 Zdroje informácií o ochorení karcinómu krčka maternice



Graf 7 Poznanky o prevencii karcinómu krčka maternice

2.4 Diskusia

Karcinóm krčka maternice je u žien po karcinóme prsníka druhým najčastejším na svete. Napriek tomu, že na Slovensku je program prevencie zavedený mnoho rokov, nedarí sa podstatne znížiť incidenciu karcinómu krčka maternice (Radecha a kol., 2008). Žiaľ, početné úmrtia potvrdzujú nedostatočnú zodpovednosť ešte stále dosť veľkého percenta žien za svoje zdravie. Pod nepriaznivú štatistiku sa podpisuje okrem strachu najmä nevedomosť o aké ochorenie ide a ako je mu potrebné predchádzať. Primárna prevencia, ktorá by mala byť u verejnosti samozrejmosťou, je často podceňovaná. Zastávame názor, že je potrebné na tento problém upozorňovať a o rakovine hovoriť. Záujem o skúmanú problematiku a aj vyššie uvádzané dôvody nás viedli k realizácii prieskumu v skupine odbornej a laickej verejnosti. Zúčastnilo sa ho spolu 143 žien – 70 sestier a 73 žien pracujúcich mimo zdravotníctva.

Zdravotné uvedomenie sa definuje ako prvok zdravotnej kultúry, ktorý vyjadruje stupeň aktívneho vzťahu človeka k zdraviu na základe poznania jeho významu a opatrení na jeho ochranu a upevňovanie. Zdravotné uvedomenie sa formuje a vyjadruje v praktickom konaní ľudí (Hegyi, Ochaba, 2013). S uvedeným súvisí aj absolvovanie pravidelných gynekologických prehliadok, ktoré sú zamerané na vyhľadávanie a včasnú diagnostiku organických a funkčných porúch ženských pohlavných orgánov. Podľa Simočkovej (2011) sa považujú za mimoriadne dôležité prostriedok prevencie, napomáhajúci zachytiť už predrakovinové stavy na krčku maternice. Na prvý pohľad optimisticky vyzerá percentuálne zastúpenie žien v našom prieskume v kontexte absolvovania preventívnych gynekologických prehliadok - ide o 57 % sestier a 54% žien z laickej verejnosti. Žiaľ, tento údaj neodzrkadľuje skutočný stav na Slovensku, pretože podľa odhadu chodí na preventívne gynekologické prehliadky len okolo 25 % slovenských žien (Tóthová, 2010). Slovenská onkologická spoločnosť

uvádza, že ročne sa v SR podrobí gynekologickej preventívnej prehliadke menej ako tretina žien (Bendová, Kaňuch, 2011). Usudzujeme, že nami zistené priaznivé výsledky sú determinované najmä tým, že ženy vyplňajúce dotazníky prejavili zodpovedný prístup a záujem o svoje zdravie. S týmto faktorom súvisí ďalší výsledok potvrdzujúci, že viac ako 70 % žien správne uviedlo odporúčanú frekvenciu absolvovania preventívnych gynekologických prehliadok podľa platnej legislatívy v SR.

Podobné zistenie prezentuje Borovský (2015) na základe výsledkov uskutočneného prieskumu a interpretuje, že povedomie žien na Slovensku o odporúčanej frekvencii absolvovania preventívnej gynekologickej prehliadky je na úrovni 75%. Na preventívnu prehliadku má podľa zákona NR SR č. 577/2004 Z.z. v zmysle viacerých novelizácií nárok každá žena raz ročne po dovŕšení 18. roku života alebo od prvej tehotnosti. Zistili sme, že u 37 % sestier bolo najčastejšou prekážkou pri absolvovaní gynekologickej prehliadky nepríjemné vyšetrenie a druhou uvádzanou bariérou bol nedostatok času, u 41 % žien laickej verejnosti prevažovala absencia potreby navštíviť gynekologickú ambulanciu z dôvodu neprítomnosti zdravotných problémov. Zmysluplnou intervenciou je podľa nás nutnosť apelovať na vôľu žien starať sa o svoje zdravie aj v období, keď nemajú žiadne zdravotné problémy. Inšpiráciou pre zdravotnícke služby v našej krajine môžu byť zahraničné skúsenosti, ktoré poukazujú na modernú formu predvolávania žien (emailom, či SMS), čo je viac úspešnejšie ako klasické predvolávanie poštou. Vieme však, že lekár nemá povinnosť predvolávať pacienta na preventívnu prehliadku a slovenskí lekári spomínané predvolávanie využívajú len zriedka (Masár, 2014).

Potvrdili sa nám pozitívne informácie v oblasti informovanosti žien o skríningu karcinómu krčka maternice. Pojem skríning správne objasnilo 74% sestier, čím sa potvrdil aj náš predpoklad v porovnaní so

skupinou žien z laickej verejnosti. Cytológiu ako vyšetrenie určené na včasný záchyt karcinómu krčka maternice správne pomenovalo 81 % žien z odbornej verejnosti oproti nižšej znalosti 62 % žien z nezdravotníckym vzdelaním. Vedomosťami žien o vykonávaní cytologického vyšetrenia v SR sme boli nemilo prekvapení, pretože skupina sestier mala väčšie nezrovnalosti v porovnaní si skupinou žien z laickej verejnosti. Podľa aktuálnej legislatívy má každá žena vo veku 23 až 64 rokov nárok na skríning rakoviny krčka maternice v rámci preventívnej gynekologickej prehliadky. Vykonáva sa raz ročne 2 roky po sebe. Ak sú oba výsledky cytológie negatívne, nasledujúce cytologické vyšetrenia sa vykonávajú v 3-ročných intervaloch. Skríning sa ukončí vo veku 64 rokov, ak boli posledné 3 cytologické nálezy negatívne (Zákon NR SR č. 577/2004 Z.z.).

Ako deficitnú hodnotíme problematiku spojenú s identifikáciou vekovej skupiny, ktorá je najviac ohrozená karcinómom krčka maternice. Slezáková a kol. (2011) deklaruje, že nádory krčka maternice sa vyskytujú u žien medzi 40. - 50. rokom života, pričom vrcholom výskytu je podľa Sadovského (2014) 45. rok života žien. Ukázalo sa, že v tejto oblasti nebola ani odborná ani laická verejnosť dostatočne informovaná a väčšina z nich toto vekové rozmedzie uviedla nesprávne. Bolo to pre nás prekvapivé zistenie a zároveň si dovoľíme uviesť, že mnohé zo žien si iste neuvedomovali ich rizikovosť v oblasti reprodukčného a sexuálneho zdravia z hľadiska veku. Hodnotili sme tiež názor žien na vplyv skorého pohlavného života na vznik karcinómu krčka maternice. 41 % žien s nezdravotníckym vzdelaním na rozdiel od sestier uviedlo, že skorý pohlavný život nezohráva pri vzniku karcinómu krčka maternice významnú úlohu. Urbanová a kol. (2010) uvádza, že medzi hlavné rizikové faktory vzniku karcinómu krčka maternice patrí skorý pohlavný život a viac početnosť sexuálnych partnerov. Nízke povedomie o rizikovom

správaní v tejto oblasti by malo byť podporené edukáciou mužov i žien so zreteľom na mladšie vekové kategórie.

Najčastejší zdroj informácií o ochorení vrátane prevencie predstavovali pre ženy so zdravotníckym i nezdravotníckym vzdelaním v našom prieskume letáky, gynekológ a sociálne siete. Borovský (2015) zistil, že najčastejším zdrojom aktívneho vyhľadávania informácií o karcinóme krčka maternice u žien predstavuje internet. Svojou intimitou umožňuje informovať o detailnom priebehu gynekologickej prehliadky, čo je dôležité najmä pre nižšie vekové skupiny. Internet je dnes častým zdrojom informácií, no netreba zabúdať, že mnohokrát ponúka množstvo skreslených a nepravdivých informácií.

Obe skupiny žien mali určiť najčastejší príznak ochorenia karcinómu krčka maternice. Ukázalo sa, že v tejto otázke bolo zaznamenaných viac nesprávnych odpovedí a preto by bolo potrebné posilniť zdravotné uvedomenie žien so smerovaním na jasnú identifikáciu symptómov karcinómu krčka maternice. Klinický obraz cervikálneho karcinómu je v začiatkových štádiách nemý a prekancerózy sú asymptomatické. Špecifickosť prejavu sa viaže na druh a lokalizáciu nádoru. Najčastejšie sa karcinóm krčka maternice prejavuje abnormálnym krvácaním po pohlavnom styku a medzi menštruáciami. Prítomné sú atrofické, resp. hypertrofické zmeny na pohlavných orgánoch ženy, virilizácia, zánik libida, nehojace sa zápaly až abscesy. Objavuje sa nauzea a vracanie, úbytok hmotnosti, poruchy vyprázdnenia moču, ascites v bruchu, krvácanie z konečníka a v neposlednom rade aj psychické ťažkosti. Bolesti v oblasti panvy a krížoch sú príznakom už pokročilého štádia, rovnako ako lymfédem dolných končatín. V pokročilom štádiu sa karcinóm krčka maternice začne šíriť do zvyšku maternice, močového mechúra, konečníka a brušnej steny. Nakoniec postihuje panvové lymfatické uzliny a metastázuje (Roztočil a kol., 2011). Základom pre účinnú sekundárnu

prevenciu v onkológii špecifikujú Palková, Berč a kol. (2010) je zlepšenie povedomia celej spoločnosti o nádorových ochoreniach.

Zhubné nádory sa stali celospoločenským problémom, ktorý sa týka každého z nás (Kalátová, 2012). Nami zhodnotený prístup žien k problematike karcinómu krčka maternice poukázal na dostatočné vedomosti na jednej strane, ale i na značné rezervy na strane druhej. Vychádzajúc z výsledkov prízvukujeme potrebu edukácie žien v skupine laickej i odbornej verejnosti. Potvrdilo sa nám, že sestry mali v priemere len o 20% lepšie výsledky ako ženy z laickej verejnosti, v niektorých otázkach to bolo aj kontroverzné, keď ženy pracujúce mimo zdravotníctva dosahovali lepšie výsledky v porovnaní so sestrami.

2.5 Závery a odporúčania

Poslaním zdravotníctva je slúžiť človeku s cieľom upevňovať zdravie. Ošetrovateľstvo v modernom zdravotníctve tvorí integrálnu súčasť starostlivosti o pacientov, pričom v súčasnosti oblasť prevencie a podpory zdravia naberá na význame realizovaných intervencií. Sestra vystupuje ako dôveryhodný zdroj relevantných informácií založených na dôkazoch v oblasti prevencie, podpory a ochrany zdravia. Pracuje metódou ošetrovateľského procesu, ktorý jej ponúka celú škálu možností pre uplatnenie jej kompetencií (Kilíková, Leferovičová, 2013). Môžeme tvrdiť, že sestra sa v kooperácii s ďalšími členmi zdravotníckeho tímu podieľa na zvyšovaní zdravotného povedomia populácie prostredníctvom vhodných výchovno-vzdelávacích metód a prostriedkov v rámci deficitných oblastí zdravého správania. Zmyslom stratégie pre rozvoj zdravia je zachovať ľudí a spoločenstvo zdravé, a to posilňovaním zdravia, predchádzaním ochoreniam a poraneniam, poskytovaním zdravotnej starostlivosti (Zamboriová, Simočková, 2014), pričom súhlasne s Bydžovským, Kabátom a kol.

(2015) intervenujeme, že najdôležitejším prostriedkom k poskytnutiu potrebnej služby na uspokojivej úrovni je komunikácia.

V závere uvedieme niekoľko odporúčaní pre ošetrovateľskú prax, čím chceme koncentrovať pozornosť na dôležitosť dosahovania lepšieho a aktívnejšieho prístupu laickej a odbornej verejnosti k prevencii karcinómu krčka maternice:

1. Organizovať edukačné stretnutia v multidisciplinárnej kooperácii s cieľom získania konkrétnych informácií o onkogynekologickej problematike.
2. Podporovať postoj žien k vlastnému zdraviu a k onkologickej ostražitosti prostredníctvom masmédií a rôznych kampaní.
3. Realizovať vzdelávacie aktivity pre laickú i odbornú verejnosť so zameraním na skúmanú problematiku.
4. Pravidelne vyhodnocovať a publikovať skriningové indikátory (miera účasti, incidencia, mortalita) tak, aby bola odborná i laická verejnosť informovaná o účinnosti a rentabilite skriningu.
5. Byť vzorom nielen pacientkam, ale všetkým ženám v oblasti starostlivosti o vlastné zdravie – aktívnym a pravidelným prístupom k preventívnym gynekologickým prehliadkam.
6. Pravidelne sa zúčastňovať edukačných seminárov v oblasti karcinómu krčka maternice.
7. Realizovať edukáciu o karcinóme krčka maternice a prevencii u žien v ambulantnom, ústavnom i komunitnom prostredí.
8. Aktívne participovať na programoch zameraných na skrining karcinómu krčka maternice u žien.
9. Osvojiť si zdravý životný štýl (nefajčiť, udržiavať si primeranú hmotnosť, vyhýbať sa sladeným nápojom, prijímať viac vitamínov v podobe ovocia a zeleniny a iné).

3 OŠETROVATEĽSTVO V KONTEXTE KÚPEĽNEJ STAROSTLIVOSTI

Ošetrovateľstvo ako vedná disciplína vychádza zo svojho metaparadigmatického vymedzenia predmetu skúmania, ktoré sa uskutočňuje pomocou štyroch základných pojmov, ktoré sú navzájom prepojené, od seba závislé a vzájomne sa podporujúce: 1. osoba, 2. zdravie, 3. prostredie, 4. ošetrovateľská starostlivosť. V ostatných rokoch nadobúda ich charakteristika iné rozmery najmä v dôsledku demografických a multikultúrnych aspektov. K hlavným črtám vývoja populácie v prvej polovici 21. storočia patrí znižovanie prírastku obyvateľstva a starnutie. Intenzita týchto trendov bude bezprostredne závisieť od vývoja plodnosti, úmrtnosti a migrácie, ale nepriamo ich budú ovplyvňovať aj ďalšie faktory spoločenské, ekonomické, politické, kultúrne a mnohé ďalšie. Očakávané demografické trendy prinesú so sebou mnoho závažných zmien. Štát sa musí pripraviť na zvyšovanie podielu starších a starých ľudí, integráciu väčšieho množstva cudzincov, často z kultúrne veľmi rozdielnych pomerov, zvýšené napätie v medzigeneračných vzťahoch. Na zvládnutie situácie budú potrebné nové prístupy v populačnej, rodinnej, sociálnej, hospodárskej a migračnej politike (Bleha, Šprocha, 2013).

V rámci krajín EÚ má Slovenská republika nízku úroveň efektivity zdravotníctva. Jedným z ukazovateľov je kratší počet rokov života v zdraví (Healthy Life Years) obyvateľov Slovenska oproti priemeru krajín EÚ. Slováci žijú v zdraví priemerne 52,2 roka, kým obyvatelia EÚ o takmer 10 rokov viac (Eurostat, 2011).

Podpora dobrého zdravotného stavu občanov počas celého životného cyklu vedie k zvýšeniu predpokladanej dĺžky života a k dlhovekosti, ktoré môžu prinášať ekonomické, spoločenské a individuálne benefity.

3.1 Osoba v kontexte kúpeľnej starostlivosti

Osoba je chápaná ako účastník ošetrovateľskej starostlivosti, pričom osobou sa rozumie jednotlivec, rodina, komunita alebo iná skupina. Z holistického aspektu je osoba považovaná za jednotu bio-psycho-sociálnu a takéto ponímanie pacienta/klienta je osobitne dôležité pri poskytovaní kúpeľnej ošetrovateľskej starostlivosti. Klienti kúpeľov sa za ostatných desať rokov zmenili, pričom zmeny nastali najmä v ich vekovom, sociálnom, národnostnom i zdravotnom zložení. Menia sa klienti, a tým ovplyvňujú aj kúpeľnú starostlivosť. Zvyšuje sa ich náročnosť a očakávania, klienti sú viacej informovaní, k čomu prispievajú aj informačné technológie, porovnávajú svoje skúsenosti z pobytov v iných kúpeľoch.

V kúpeľoch sa každoročne zvyšuje počet klientov vo veku 80 a viac. Zo štatistických zisťovaní NCZI vyplynulo, že za ostatných päť rokov stúpol počet pacientov liečiacich sa v slovenských kúpeľoch o takmer 20-tisíc. Kým v roku 2009 navštívilo slovenské kúpele 133 891 pacientov, v roku 2013 to bolo už 153 711. Z celkového počtu pacientov, ktorí sa v roku 2013 liečili v tridsiatich zariadeniach poskytujúcich kúpeľnú starostlivosť na Slovensku, bolo 114 001 tuzemcov a 39 710 cudzincov. V členení podľa veku podstúpilo liečbu 144 845 pacientov starších ako 19 rokov a 8 866 pacientov vo veku 0 – 18 rokov. Dospelí pacienti sa najčastejšie liečili na choroby pohybového ústrojenstva (73,5 %). Cudzinci vyhľadávali kúpeľné zariadenia v SR najmä pre liečbu chorôb pohybového ústrojenstva (37 381 liečených pacientov). Aj domáci pacienti (72 145 liečených) si v kúpeľoch najčastejšie liečili pohybové ústrojenstvo (Zdravotnícka ročenka SR, 2014, s. 141).

Ošetrovateľská starostlivosť v kúpeľoch je:

- pacientovi
- pre pacienta
- s pacientom

- k pacientovi.

Z hľadiska multikultúrneho aspektu ošetrovateľstva je „osoba chápaná ako bytosť ovplyvnená sociálnym prostredím. Ľudia z rozdielnych kultúr sa odlišujú v svetonázore, systéme hodnôt, vo vnímaní zdravia a choroby, spôsobe starostlivosti a chápaní závislosti a nezávislosti“ (Líšková, Nádaská, 2006, s. 72). Pri ošetrovaní pacienta z inej kultúry je nutné akceptovať jeho správanie obsahujúce prvky stereotypov, zvykov, obradov, tradícií, ale aj individuálne rozdiely, mieru ovplyvnenia pacienta vlastnou kultúrou.

3.2 Zdravie v kontexte kúpeľnej starostlivosti

Zdravie tvorí podstatný obsah ošetrovateľskej metaparadigmy a je definované alebo charakterizované mnohými spôsobmi. Pojem zdravie chápu ľudia rozlične, súvisí to so spoločnosťou, v ktorej človek žije, s jeho vzdelaním, hodnotovým systémom, s tým, čo rozumie pod pojmom zdravie a čo pre neho zdravie znamená. Súčasná doba a taktiež aj súčasné ošetrovateľstvo vychádza z predpokladu, že zdravie je vecou každého jednotlivca. Ponímanie zdravia sa tiež mení z historického hľadiska. Na začiatku 20. storočia sa zdravie chápalo ako „neprítomnosť choroby“ a na začiatku 21. storočia zdravie chápeme v podstatne väčšej šírke ako stav, keď je človeku „dobré“ po stránke telesnej, duševnej aj sociálnej. Definovanie zdravia je zložitý a multidimenzionálny problém.

Zdravie je najdôležitejšou a najcennejšou hodnotou ľudského života. Zdravie alebo pevné zdravie si navzájom prajeme pri rôznych oslavách, či už osobných, životných alebo napríklad spojených s príchodom nového roka alebo pri narodení dieťaťa (Hulka, 2015).

Zdravie je ovplyvňované mnohými faktormi, počnúc genetickou výbavou, ktorá je nám daná, až po faktory, ktorými vieme svoje zdravie ovplyvniť, akým je napr. životný štýl. S vekom obyvateľstva sa menia aj výdavky na zdravotnú starostlivosť. Niekoľko rokov pretrvávajúci

demografický trend v zvyšovaní počtu starších ľudí naberá na národohospodárskom význame. Tam, kde pribúdajú starší občania, teda ľudia v poproduktívnom veku, rastie tlak na zdravotné výdavky. Platí závislosť medzi zhoršujúcim sa zdravotným stavom – vyšším využitím zdravotníckych služieb – pribúdajúcim vekom. Starnutie a zlepšovanie zdravotnej situácie možno považovať za hlavné determinanty nákladov starostlivosti o zdravie. Starostlivosť o zdravie sa zaraďuje medzi základné a prvoradé úlohy nielen štátu, ale aj celej verejnosti. Je to úloha trvalá, ktorá prebieha ako celoživotný proces. Demografické a epidemiologické zmeny majú priamy vplyv na frekvenciu použitých zdravotníckych služieb, a tým stanovujú náklady na zdravotnú starostlivosť. Demografická štruktúra sa na Slovensku začala výrazne meniť koncom 80. rokov minulého storočia (Hulka, 2015).

Podľa holistického poňatia je zdravie výslednicou vzájomných interakcií celého človeka, všetkých jeho systémov a zložiek na úrovni biologickej, psychickej, sociálnej, duchovnej a environmentálnej. Tomagová (2008) uvádza, že holistické zdravie zahŕňa celú osobnosť, patrí sem telesná zdatnosť, primárna prevencia negatívnych fyzických a emocionálnych stavov, zvládanie stresu, reakcie na prostredie, sebakoncepcia a duchovno. American Holistic Nurses Association (AHNA, 2000) uvádza, že cieľom holistického ošetrovateľstva je napomáhať uzdravovaniu a liečeniu jednotlivca od narodenia až po jeho smrť, pričom dôraz kladie okrem iného aj na edukáciu, sebaopateru, komunikáciu, terapeutické prostredie a kultúrne odlišnosti.

Z hľadiska multikultúrneho aspektu ošetrovateľstva je „zdravie charakterizované ako stav pohody, kedy je osoba alebo skupina schopná realizovať každodenné aktivity v zhode so vzorcami vlastnej kultúry“ (Líšková, Nádaská, 2006, s. 72).

Teórie zdravia sa rozdeľujú do štyroch skupín:

1. teórie považujúce zdravie za ideálny stav jednotlivca, ktorému je dobre (wellness);

2. teórie chápujúce zdravie ako „fitness“ – normálne dobré fungovanie;
 3. teórie vnímajúce zdravie ako tovar;
 4. teórie vnímajúce zdravie ako určitý druh „sily“ (Kelčíková, 2013).
- „Teórie zdravia sa stretávajú v nasledujúcich spoločných prvkoch:
- zdravie je dôležité pre uskutočňovanie životných cieľov
 - zdravie je dynamický jav: môže sa zlepšovať i zhoršovať
 - dobré zdravie je mimoriadne vysokou hodnotou
 - zdravie je viac ako fyzické fungovanie
 - zdravie úzko súvisí s kvalitou života
 - zdravie je predmetom osobnej zodpovednosti každého
 - zdravie je vnímané v kontexte komunitného, ekologického, ekonomického, ale i politického priestoru“ (Hulka, 2015, s.10).

Od výskytu ochorení v populácii bude závisieť aj rozvoj kúpeľnej starostlivosti. Liečba bude závisieť na rozvoji lekárskej vedy v oblasti využívania prírodných zdrojov. Predpokladá sa, že rovnako ako dnes aj v budúcnosti bude zdravie ľudí ovplyvňovať stres, depresie, únava, obezita, závislosti a pod. Pohybová aktivita je veľmi dôležitým faktorom pri podpore a udržiavaní zdravia. Už v roku 2002 bolo v Svetovej správe o zdraví uvedené, že fyzická pasivita spolu s nezdravou výživou a fajčením sú najzávažnejšie príčiny, ktoré prispievajú ku globálnej predčasnej úmrtnosti. Celosvetovo sa odhaduje, že viac než 60 % dospelaj populácie nemá žiadny zdraviu prospešný pohyb a pritom existuje jednoduché riešenie – 30 minút pohybu primeranej intenzity denne. Pohyb je silným prostriedkom pre každého z nás v rámci prevencie a zo spoločensko-ekonomického hľadiska je lacným prostriedkom na posilnenie zdravia obyvateľstva. S nedostatkom pohybu a nesprávnou výživou úzko súvisí nárast nadváhy a obezity u ľudí. Podľa WHO je na svete až miliarda ľudí s nadváhou a vyše 300 miliónov je obéznych. Tieto čísla sú alarmujúce, nadváha a obezita sú svetovým zdravotným problémom epidemických

rozmerov. Odborníci uvádzajú, že už mierny pokles hmotnosti o 5 -10 % môže zlepšiť zdravotný stav obéznych jedincov (Bleha, Šprocha, 2013).

Význam kúpeľnej starostlivosti sa najvýraznejšie prejavuje v zdravotnom hľadisku, v poskytovaní liečebne preventívnej starostlivosti, v liečbe chronických ochorení, v prevencii prechodu choroby do chronického štádia a vzniku komplikácií, v rehabilitácii po závažných akútnych ochoreniach, operáciách a úrazoch. V ostatných rokoch sa kúpeľná starostlivosť podieľa aj na ovplyvňovaní primárnych rizikových faktorov- nedostatok aktívneho pohybu, fajčenie a stres.

Záujem o zdravie sa zvyšuje v súvislosti so spoločenskými, politickými i ekonomickými zmenami a so zvyšujúcim sa znečistením životného prostredia. Na základe demografického vývoja na Slovensku i v Európe a taktiež odhadovaného vývoja zdravotného stavu obyvateľstva je možné predpokladať, ktoré produkty v rámci kúpeľnej starostlivosti budú žiadané. Možno sledovať postupné starnutie obyvateľstva. Z toho vyplýva záujem o programy pre obyvateľstvo vyššieho veku, na udržanie kvality života v starobe, udržanie sebestačnosti. Predstavujú tak dôležitú skupinu kúpeľných návštevníkov. Keďže populácia starne a pribúdajú zdravotné problémy, v budúcnosti majú perspektívu nielen liečebné pobyty, ale aj pobyty primárnej prevencie. Ľudia si uvedomujú, že sa oplatí investovať do prevencie, aby neskôr neboli chorí a neproduktívni (Bleha, Šprocha, 2013).

V roku 2012 odsúhlasilo 53 členských štátov z európskeho regiónu WHO nový spoločný politický rámec – Zdravie 2020.

Spoločné ciele tohto rámca sú:

1. významným spôsobom zlepšiť zdravotný stav a prosperitu populácie,
2. znížiť zdravotné nerovnosti,
3. posilniť verejné zdravie,

4. zaistiť, že zdravotné systémy orientované na ľudí sú univerzálne, udržateľné, spravodlivé a vysoko kvalitné.

Zdravie 2020 je založené na štyroch prioritných oblastiach politických opatrení:

- investícia do zdravia počas celého životného cyklu a vytváranie možností pre posilňovanie zodpovednosti obyvateľov za zdravie
- riešenie najväčších zdravotných výziev v regióne: neprenosných a prenosných ochorení
- posilňovanie zdravotných systémov, posilňovanie kapacít verejného zdravotníctva a pripravenosti, surveillance a schopnosti reagovať na núdzové situácie
- vytvorenie zdravých komunit a podporného prostredia pre zdravie ľudí (Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030).

3.3 Prostredie v kontexte kúpeľnej starostlivosti

Prostredie je chápané ako súhrn podmienok a okolností, v ktorých sa poskytuje starostlivosť a ktoré súvisia so zdravím osoby. V kontexte kúpeľnej starostlivosti hovoríme o podpornom a udržiavacom prostredí. Je to prostredie, ktoré udržuje jednotlivcom zdravie tým, že im ponúka ochranu pred ohrozením zdravia a umožňuje im rozširovať svoje schopnosti. V súvislosti so zdravím ide o fyzické a sociálne aspekty okolia. Toto obklopujúce prostredie predstavuje podmienky, v ktorých ľudia žijú, ich miestne spoločenstvo, ich domov, pracovné prostredie, prostredie, kde trávajú voľnočasové aktivity. Ide o určitý rámec, ktorý určuje prístup k zdrojom potrebných k životu jednotlivca, realizovať aktivity, ktoré vytvárajú podporné a udržiavajúce prostredie, ktoré má viacero rozmerov: fyzický, sociálny, duchovný, hospodársky a politický. Prostredie vo vzťahu k ošetrovateľskej starostlivosti, k osobám a ich zdraviu sa definuje ako vnútorné

štruktúry a vonkajšie vplyvy. Ošetrovatel'stvo akceptuje, že osoba je v neustálej interakcii s prostredím. K aspektom, ktoré ovplyvňujú prostredie patria:

- priestorové vybavenie zdravotníckeho zariadenia
- organizácia práce
- poskytovatelia starostlivosti
- informačné technológie
- zaistenie bezpečnosti
- eliminácia hluku
- zabezpečenie intimity počas výkonov a ošetroví.

Z hľadiska multikultúrneho aspektu ošetrovatel'stva „prostredie definujeme ako systém kultúrnych, sociálnych, náboženských, vzdelávacích, technických, ekonomických a politických atribútov, ktoré navzájom úzko súvisia a sú od seba závislé“ (Líšková, Nádaská, 2006, s. 72).

Zákon 538/2005 Z. z. o prírodných liečivých vodách, prírodných liečebných kúpeľoch, kúpeľných miestach a prírodných minerálnych vodách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov v §36 ustanovuje: „(1) Na kúpeľnom území sú využívatelia a ďalší využívatelia prírodných liečivých zdrojov a klimatických podmienok vhodných na liečenie povinní vytvárať kúpeľné prostredie, ktorého súčasťou sú liečebne, kúpeľné liečebne, balneoterapie, parky, kolonády, spoločenské objekty, technické a balneotechnické zariadenia a primerane počtu lôžok podieľať sa na nákladoch s tým spojených.

(2) Kúpeľné prostredie sa zabezpečuje najmä

- a) povinným dodržiavaním podmienok ustanovených pre kúpeľné územie,
- b) prijímaním opatrení smerujúcich k odstráneniu exhalátov a imisií, ktoré môžu zasiahnuť kúpeľné územie,
- c) vybudovaním zdravotníckych zariadení, ubytovacích zariadení, kúpeľných parkov, lesoparkov, športovísk a spoločenských objektov,

- d) prijímaním opatrení zabezpečujúcich zdravé stravovanie a nefajčiarske prostredie,
- e) vhodným začlenením urbanistických celkov a drobnej architektúry do rámca kúpeľných parkov a prírodnej zelene“. *Prostredie, v ktorom sa poskytuje kúpeľná a ošetrovateľská starostlivosť spĺňa podmienky kultúrne, estetické, hygienické, podmienky pohodlia, súkromia a dodržiavania intimity. Kúpeľné domy a hotely sú situované v pokojnom prostredí parkov, obklopené stromami. Vnútorne prostredie kúpeľných zariadení pomáha pacientom v orientácii, zrozumiteľne označené vo viacerých svetových jazykoch, dáva im pocit bezpečia, je vkusne zariadené, bezbariérové alebo s čo najmenším počtom bariér, aby sa predchádzalo úrazom. Vhodné prostredie výrazne ovplyvňuje spokojnosť pacientov s poskytovanou starostlivosťou.*

Dlhoročné skúsenosti v oblasti kúpeľníctva dokazujú, že kúpeľné prostredie je vhodné preto, aby sa pacienti/klienti mohli venovať všetkým ponúkaným možnostiam liečby. Dôraz sa kladie najmä na pôsobenie komplexnej kúpeľnej liečby, vrátane kúpeľného prostredia ako celku. Zmena prostredia, získané skúsenosti v podobe liečebných procedúr a nové sociálne kontakty prispievajú k zlepšeniu zdravotného stavu, návratu duševnej pohody narušenej dlhodobým chronickým ochorením a uľahčeniu rekonvalescencie (Vavrová, 2016).

4 ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ O VÄZŇOV V KONCENTRAČNOM TÁBORE OSVIENČIM

Druhá svetová vojna priniesla so sebou okrem nevyčísliteľných strát na životoch a utrpenia civilného obyvateľstva aj deportácie osôb do koncentračných a vyhladzovacích táborov (Ševčovičová, 2015). Koncentračné tábory zakladané predovšetkým na území krajín okupovaných nacistami, predstavovali miesta masového sústredenia veľkého počtu nepohodlných osôb. Išlo predovšetkým o politických odporcov, príslušníkov etnických a spoločenských menšín, kriminálnikov, ktorí boli uväznení na rôzne dlhú dobu bez súdneho procesu (Ševčovičová, 2014, Świebocka a kol., 2011).

Zo Slovenska bolo od marca do októbra 1942 - s vedomím a súhlasom časti slovenskej vlády - deportovaných do Poľska viac ako 57-tisíc občanov židovského vyznania. V železničných vagónoch bolo vypravených 39 transportov do Lublinského dištriktu a 19 transportov s 18 746 osobami do Osvienčimu (Hradská, 2010). Slovenská vláda napriek nátlaku nemeckej strany zastavila ďalšie deportácie v dôsledku intervencii Vatikánu a viacerých neutrálnych štátov (Kubica, 2010b). K ich obnoveniu došlo po vypuknutí Slovenského národného povstania a následnej okupácii Slovenska. Koncom septembra 1944 ich v rámci druhej deportačnej vlny obnovili samotní Nemci počas postupného obsadzovania Slovenska okupačnými vojskami, spojeného s vojenským potlačením povstania (Hlavinka, 2012). Do Osvienčimu bolo následne vypravených jedenásť transportov zo Serede, v ktorých sa nachádzalo asi 12 tisíc osôb. Veľká časť mužov, žien a detí bola okamžite po príchode do tábora zavraždená v plynových komorách. Splynovania boli na každodennom poriadku, až do 26. novembra 1944, kedy nadobudlo platnosť rozhodnutie ríšskeho vodcu H. Himmlera o likvidácii plynových komôr. Po likvidácii krematórií a ženského revíru v Birkenau dňa 17. januára 1945, pokračovali deportácie Židov zo

Slovenska do iných táborov v Nemecku a do terezínskeho geta (Schwalbová, Hradská, 2001).

Slovenský štát bol jedinou európskom krajinou, priamo neokupovanou nacistickým Nemeckom, ktorá uskutočnila deportácie židovských občanov vlastnými mocenskými, respektíve administratívnymi prostriedkami a silami (Kamenec, 1992, Hradská, 2010). Slovenská vláda zaplatila Nemecku za každého deportovaného Žida tzv. osídľovací poplatok 500 ríšskych mariek. Zo Židov deportovaných v roku 1942 sa konca druhej svetovej vojny dožilo iba niekoľko sto osôb (Hradská, 2010).

4.1 História vzniku koncentračného tábora

Koncentračný tábor riadený ústrednou vládou nemeckého štátu vybudovali nacisti v polovici roku 1940 na predmestiach poľského mesta Osvienčim, ktoré pripojili k Tretej ríši.

Mesto získalo nemecký názov „Auschwitz“ a rovnako pomenovali aj tábor „Konzentrationslager Auschwitz“ (KL). Priamou príčinou jeho vzniku bol zväčšujúci sa počet Poliakov zadržaných nemeckou políciou a s tým spojené preplnenie väzníc (Świebocka a kol., 2011). Od roku 1942 sa stal tábor po dobudovaní jeho druhej časti „Auschwitz II. – Birkenau“, (vzdialenej asi 3 km od kmeňového tábora) zároveň strediskom hromadného vyvražďovania Židov. V plynových komorách tam nacisti pripravili o život väčšinu deportovaných osôb. Na rozlohe 175 hektárov bolo vystavených viac ako 300 murovaných alebo drevených barakov - pôvodne poľných stajní (každá pre 52 koní), v ktorých žilo až 1000 väzňov. V murovaných žili väzenkyne (Smoleň, 2008).

V rokoch 1942-1944 vzniklo pri KL Auschwitz 47 podtáborov a ich veliteľstiev. Zakladané predovšetkým pri roľníckych statkoch, baniach, hutách a iných priemyselných podnikoch v Hornom Sliezsku, zneužívali nevoľnícku pracovnú silu väznených (Świebocka a kol.,

2011). Počet transportovaných Židov z jednotlivých európskych krajín, privezených do Auschwitz predstavuje podľa dostupných údajov spolu približne 1,1 milióna osôb.

Tabuľka 1 Počty transportovaných Židov do Auschwitzu

Krajina deportácie	Počet deportovaných	
Maďarsko	*438000	
Poľsko	300000	
Francúzsko	69000	
Holandsko	60000	
Grécko	55000	
Čechy a Morava - Mesto Terezín	46000	
Slovensko	*27000	
Belgicko	25000	
Nemecko a Rakúsko	23000	
Juhoslávia	10000	
Taliansko	7500	
Lotyšsko	1000	
Nórsko	690	
Koncentračné tábory a neurčené miesta	34000	

*v hraniciach územia z čias 2.svetovej vojny (Zdroj: Piper, 2011, in Świebocka a kol., 2011, s.11).

Spomedzi minimálne 1,3 milióna všetkých osôb deportovaných do KL Auschwitz bolo zaregistrovaných a umiestnených v tábore asi 400-tisíc, z ktorých zhruba polovicu tvorili Židia. V tábore bolo takmer 150 tisíc Poliakov, asi 23 tisíc Rómov, 12 tisíc sovietskych vojnových zajatcov a 25 tisíc väzňov inej národností. Išlo predovšetkým o Židov,

politických a kriminálnych väzňov, asociálov, väzňov na prevýchovu, vojnových zajatcov, svedkov Jehovových a homosexuálov. Takmer 200 tisíc väzňov Nemci previezli do iných koncentračných táborov, kde veľká časť z nich zahynula (Świebocka a kol., 2011).

4.2 Životné podmienky v tábore

Prvé transporty prichádzajúce do Osvienčimu boli sústredené v tábore Auschwitz. Väzni spali v poschodových murovaných barakoch na slame pohodenej na betónovej podlahe, neskôr boli zavedené slamníky. Spalo sa aj na trojposchodových pričiach. Na jednom poschodí spali dvaja väzni, ktorí sa prikrývali špinavými a roztrhanými prikrývkami. Životné podmienky boli v jednotlivých obdobiach existencie tábora Auschwitz rozdielne, vždy však katastrofálne (Smoleň, 2008).

Väzni prichádzali po niekoľkodňových deportáciách v dobytých vagónoch do tábora v zúboženom stave. Po príchode prechádzali selekciami, kde ich lekári SS delili podľa možnosti pracovného využitia (Ševčovičová, 2014). „*Židia prichádzali masovo v dobytčiakoch od 60 do 100 osôb v jednom vagóne, s jedným vedrom na výkaly. Nežidia prichádzali v menších skupinách, väčšinou vlakom alebo na nákladných autách*“ (Hrabovecká, s.50). Členovia organizácie SS (*Schutzstaffeln*, Ochranné oddiely) tvorili táborové posádky a preberali veľa funkcií štátnej správy, polície a vojska. Esesáci okrem stráženia a spravovania táborov vykonávali tresty smrti na väzňoch a zúčastňovali sa na ich vyvražďovaní (Świebocká a kol., 2011).

Mnoho žien a detí, starých, chorých a ranených bola posielaná na likvidáciu v plynových komorách a krematóriách. **Selekcia** pre nich znamenala nenávratné ukončenie života (Ševčovičová, 2014). Zaregistrovaní číslami a umiestnení v tábore boli práceschopní Židia zo spoločných transportov, ktorých počas selekcie lekári SS uznali za objekty svojich zločineckých pokusov (Świebocká a kol., 2011).

Stávalo sa, že za práceneschopných boli vyhlásené celé transporty. V júli 1942 bolo z transportu 1000 slovenských Židov poslaných do plynu 628. V transporte z 21. augusta 1944 vytriedil doktor Mengele 70 tisíc väzňov privezených do Osvienčimu z litzmannstadtského (Litzmannstadt – nem. Lodž) geta pre smrť v plynovej komore. Niekedy išli transporty rovno do plynovej komory a to bez vykonania akejkoľvek selekcie (Trucková, Truck, 1983).

Šanca na záchranu vzrástla u tých, ktorých povolanie bolo vyhľadávané pre potreby aktuálne vykonávanej *pracovnej činnosti v táboře* a jeho pobočkách. Svoje uplatnenie našli v táboře väzni s jazykovými znalosťami a tí, ktorých esesáci potrebovali pri správe tábora. Niektorí väzni tak vo vidine lepšieho zaobchádzania uvádzali aj falošné údaje (Ševčovičová, 2014). Podľa väzenkyne Hraboveckej (1998) mohli lekárky, ošetrovateľsky, tlmočnice, holičky, pracovníčky v kancelárii alebo väzenkyne pôsobiace ako vedúce blokov, zástupkyne, či pisárky v bloku prežiť vďaka znesiteľnejším pracovným podmienkam. Oplyvniť ich mohli predovšetkým vedúci blokov, ich pomocníci a kapovia, ktorí sa snažili byť väzňom nápomocní. Židia, až na prominentných väzňov, chodili najmä v roku 1942 na najťažšie práce mimo lágra. Demolovali budovy, pracovali na stavbe ciest, v kameňolome, pri rybníkoch, na poli, pri vykladaní a nakladaní tovaru z vagónov. Nežidia pracovali v kuchyni pre väzňov alebo v SS kuchyni, v SS lazarete, v písárni. Ich pracovné komandá mimo lágra boli fyzicky menej náročné.

Väzenské oblečenie neplnilo svoj účel, keďže neposkytovalo dostatočnú ochranu pred chladom. Bielizeň sa vymieňala väzňom po niekoľkých týždňoch až mesiacoch, pričom si ju nemali možnosť vyprať. Práve nízka hygienická úroveň väzňov a ich šatstva prispela k vzniku a šíreniu epidémii rôznych chorôb, čo sa odzrkadlilo na ich zdravotnom stave (Smoleň, 2008). V roku 1942 dostali židia uniformy po červenoarmejcoch a dreváky. O rok neskôr dostali k drevákom

rôzne civilné šatstvo označené hrubým červeným pruhom na chrbte, pričom veľkosť odevu a obuvi bola náhodná (Hrabovecká, 1998).

Hlad a ťažká práca viedli k úplnému vysileniu organizmu a chorobnému vyhladovaniu, ktoré končili smrťou (Smoleň, 2008). Ráno dostali väzni pol litra horúceho odvaru z kávoviny alebo čaju, na obed liter polievky z repy a zemiakov a večer štvrt' bochníka (350 gramov) chleba a kúsok margarínu. Saláma sa pridelovala iba vtedy, keď nebol margarín. Dvakrát týždenne dostal každý väzeň lyžicu repnej marmelády. Tábor dostával potraviny pre všetkých väzňov. Táborová kuchyňa v Birkenau, zvlášť pre mužov, bola najhoršou zo všetkých koncentračných táborov v Nemecku. Šéfovi všetkých kuchýň mužského tábora esesákovi Händlerovi rozpredával jeho dôverník - väzeň potraviny za zlato, brilianty, hodinky. Nariadil variť zablatené zemiaky, takže špinavé polievky aj odporne páchli. Káva a čaj boli bez cukru a polievky len výnimočne so stopami mäsa a margarínu. Z niektorých krajín boli väzňom posielané balíčky. Ich vydávanie záviselo na nálade veliteľa tábora. Voda v tábore bola nažltla a kalná. Esesáci mali dokonca zakázané umývať si v tejto vode riad, lebo podľa rozboru birkenauskej vody, ktorý nariadil Himmler, nebola vhodná ani na vyplachovanie úst. Väzni si ju preto prevarovali, alebo si za prídely chleba zaopatrovali pitnú vodu, privázanú zvlášť pre esesákov (Kraus, Kulka, 1955).

Poslednou fázou podvýživy bol *muselmanizmus*. U takto vyčerpaného a úplne podvyživeného väzňa došlo k spomaleniu pohybov, vyhasínaniu reflexov až neschopnosti pohybu, opuchom nôh a k rýchlej smrti (Trucková, Truck, 1983). Podľa svedectva doktora Jurkoviča, väzňa číslo 32046, práve špina a hlad, telesné i duševné týranie, bezútešnosť a bezvýhľadnosť vlastnej situácie stáli za podlomením telesného a duševného zdravia väzňa. Muselman bol vychudnutý, vyziabnutý na kosť a kožu, bez vôle a sily, sotva sa vlečúci, s výtokom z nosa stekajúcim po ústach a brade. Špinavý

človek, oblečený často v zavšivavenom odevu, so silnými hnačkami, s vpadnutými alebo vypuklými očnými bulbami (Kraus, Kulka, 1955). V táboroch preto prevládala výmenný obchod. Získanie chleba, akejkolvek stravy alebo teplejšieho oblečenia, či obuvi sa stalo pre prežitie tým najcennejším (Ševčovičová, 2014).

Hygienické podmienky boli podľa Hraboveckej (1998) v Birkenau katastrofálne. Približne pre desaťtisíc židovských väzňov slúžila jedna dlhá latrína, na ktorú sa pred ranným apelom podarilo dostať iba minimálnemu množstvu väzňov. V noci sa k vykonaniu potreby používal fúrik, nachádzajúci sa pred blokom. Po jeho naplnení používali na výkaly „esšálku“ z ktorej jedli. Nežidia mali latrínu upravenejšiu a pre menší počet, pričom ju mohli používať aj prominentní židovskí väzni. Vodovod mali priamo v baraku. Správa vedenia lágra vytvorila funkciu strážcov týchto zariadení, ktorí sa starali aj o údržbu latríny a umyvárne.

Ubytovanie väzňov v murovaných alebo drevených barakoch, na tvrdých pričiach so zhnitou slamou, prikrytých tenkými, roztrhanými prikrývkami, v ktorých sa hemžili vši a blchy, neprispievalo k ich pohodliu. V zime väzňov trýznil mučivý chlad vyúsťujúci do početných omrzlín, preto sa tlačili blízko k sebe, aby sa aspoň čiastočne zahriali. V lete ich trápili neznesiteľné horúčavy a dusno. Ak došlo k prekročeniu kapacít tábora, vnútri barakov sa tiesnilo veľké množstvo väzňov. Ovzdušie bolo nedýchatelné v dôsledku dusna, zápachu a potu z neumytých tiel a exkrementov (Ševčovičová, 2014). Hrabovecká (1998) opisuje podmienky v osvienčimskom Birkenau, kde Židia bývali v murovaných prízemných barakoch s malými okenicami, ktoré sa nedali otvoriť, bez dlážky, elektriny, vody a kúrenia. Barak bol rozdelený na priestory podobajúce sa oddeleniam v stajniach pre kone, kde boli nad sebou dve drevené prične s rozmermi asi 2x2 metre. Na jednej prični spávalo asi osem väzňov, ktorí mali k dispozícii najviac štyri deky. Pri zväčšenej kapacite tábora spali väzni na zemi. Nežidia

bývali väčšinou v drevených barakoch s vodou a elektrinou, kde bolo uprostred pozdĺž baraka kúrenie s drevenými poschodovými posteľami, na ktorých spali dvaja.

V tábore prebiehali ráno a večer *apely (nástupy) väzňov*. Skoro ráno po zobudení sa väzni za prítomného kriku museli v čo najkratšom čase dostať von z baraku. Poslední dostávali systematicky pár rán. Apel mohol trvať i niekoľko hodín a človek pri ňom musel nehybne stáť (Venezia, 2010.). Nástup zahŕňal sčítavanie prítomných väzňov a ich rozdelenie do pracovných kománd podľa druhu práce. Po skončení nástupu odchádzali väzni sprevádzaní strážnikmi SS na pridelené miesto.

Niektorí väzni nedokázali čeliť krutému režimu a plní apatie a beznádeje sa rozhodli pre *dobrovoľnú smrť* zastrelením alebo na drôtoch elektrického napätia, ktoré obklopovali tábor. Iní sa pokúsili o útek, ktorý bol iba vo výnimočných prípadoch úspešný. Prichyteným väzňom už nebolo pomoci a po dolapení zomierali na výstrahu priamo pred zrakmi celého tábora (Ševčovičová, 2014).

Veľký počet úmrtí väzňov bol následok *surového bitia a týrania* esesákov a vedúcich väzňov, ktorí svojim obetiam spôsobili ťažké vnútorné i vonkajšie zranenia. Takýchto väzňov prinášali z pracovísk do táborovej nemocnice. Väzenskí ošetrovatelia niekedy protestovali proti bitiu väzňov a niektoré prípady hlásili. Hoci boli prípady vyšetrowané, vždycky sa bilo a zabíjalo (Kraus, Kulka, 1955).

4.3 Chorobnosť väzňov

Prítomnosť krýs a hmyzu v Auschwitz-Birkenau prispela k šíreniu epidémii rôznych chorôb, najmä škvrnitého a brušného týfusu a svrabu. Veľký počet chorých nemohol byť hospitalizovaný pre naplnenosť nemocnice. Preto lekári SS uskutočňovali periodické selekcie medzi chorými a uzdravujúcimi sa a medzi väzňami v blokoch. Oslabených ľudí bez vyhladky na skoré uzdravenie

posielali na smrť v plynových komorách alebo ich zabíjali injekciami fenolu do srdca (Smoleň, 2008).

V Osvienčime sa vo vlnách vyskytovali paratýfus a malária, zatiaľ čo záškrt, úplavica a tuberkulóza sa vyskytovali chronicky. Škvritý týfus tam zaviedli v roku 1941 väzni z lublinského transportu a podarilo sa ho zastaviť až koncom roku 1943, po postavení dezinfekčných kotlov vo všetkých táboroch. Dramaticky prebehla nákaza v roku 1942, kedy v letných mesiacoch zomierali denne stovky osôb. Ďalšie desiatky chorých posielali po selekcii na revíri lekári SS do plynových komôr. Keď chorobnosť spôsobila prerušenie stavebných prác v závodoch Buna v Monoviciach, pristúpilo vedenie tábora k oneskoreným protiopatreniam, keďže sa ochorenia vyskytovali aj u esesákov. Obmedziť zavšivavenie sa nepodarilo ani po dezinfekcii a preto v Osvienčime zriadili špeciálne bloky smrti. V kmeňovom tábore to bol blok 20, v ženskom tábore blok 25 a v mužskom tábore v Brezinke blok 7. U zhromaždených väzňov tam prebiehali pravidelne selekcie do plynových komôr (Sofsky, 2006).

Vzhľadom na chronickú podvýživu a nedostatok vitamínov mali väzni zníženú obranyschopnosť proti infekciám. Telesné vypätie a extrémna duševná záťaž zvyšovali náchylnosť k nákazám. Živnou pôdou bolo tiež nedostatočné zásobovanie pitnou vodou, chýbajúce latríny, kanalizácia a znečistenie pitnej vody odpadmi. Nakazené studne, kontaminované potraviny a zašpinené, preplnené baraky podporovali zamorenie úplavicou a týfusom. Špinavé kusy oblečenia a prikrývky sa len zriedka menili alebo čistili, preto sa stali ideálnym semeniskom šatových vší, ktoré prenášali škvritý týfus. Revíry (táborová nemocnica) a karanténne bloky sa nachádzali v stave vylučujúcom terapiu, infekčné bloky boli ohniskom nákazy (Sofsky, 2006).

Akékoľvek škrabnutie sa bezpodmienečne menilo na flegmónu, pri ktorej nacistickí lekári ihneď pristupovali k amputácii postihnutého miesta (Trucková, Truck, 1983).

Výnimočný režim, prepracovanie, nedostatok spánku, strava a zlé zaobchádzanie viedli v Osvienčime k vzniku črevných porúch. Väzni najprv zvracali, potom mali desať, dvadsať alebo až štyridsať stolíc denne s neznesiteľnými bolesťami a dráždením análneho zvierača. Tekuté stolice väzňov dehydratovali. Dostavila sa horúčka a za 5 - 8 dní sa väzeň zmenil v „balík kostí potiahnutých pergamenovou kožkou“ (Trucková, Truck, 1983).

Každé ráno obchádzala baraky ťahajúc za sebou drevný voz skupina väzňov a zbierala mŕtvoly tých, ktorí cez noc zomreli. Najprv sa dávali do „leichenkeller“ budovy na mŕtvoly, kde mohli hniť dva aj tri týždne a potom sa často v značnom štádiu rozkladu vozili páliť do krematória členom sonderkomanda. Išlo o špeciálny oddiel zložený z mužských väzňov, ktorý sa v Osvienčime podieľal na vynášaní ľudí z plynových komôr a ich pálení v krematóriách. Dym z komínov krematórií a štipľavý zápach spáleného mäsa sa širil po celom tábore (Venezia, 2010).

4.4 Táborová nemocnica – revír

Do tábora prichádzali stále nové transporty a počet kandidátov na smrť stúpal. Každodenná práca vo väzenskej nemocnici kládla veľké nároky najmä na psychiku zdravotníckeho personálu (Schwalbová, Hradská, 2001).

Väzenkyne v Auschwitzu chodili spočiatku do práce len v drevákoch, v starých uniformách po sovietskych vojnových zajatcoch a so šatkami na oholených hlavách. Veľmi rýchlo mali nohy poranené, zhnisané, spálené a dostávali zápaly pľúc, hnačky. Keď v tábore vypukla epidémia zápalu mozgových blán, všetky postihnuté boli usmrtené fenolovou injekciou do srdca. Po presťahovaní ženského

tábora do Birkenau v auguste 1942 sa situácia ešte zhoršila, keďže to bol tábor bez svetla, vody, záchodov. Revír bol umiestnený v troch barakoch, pôvodne stajniach, bez podlahy a s úzkymi štrbinami okien pod strechou. Vplyvom množstva vší vypukla obrovská epidémia škvrnitého týfusu. Táborová nemocnica trpela nedostatkom pomôcok. V baraku bola tma ešte ráno o deviatej a už popoludní o tretej. Pre celý blok (500-600 ľudí) boli k dispozícii namiesto záchodov 2 - 3 vedrá. Ženy ležali na trojposchodových „palandach“ vedľa seba na tenkom slamníku, prikryté zavšivavenou dekou. Kúrenie bolo nedostatočné. Mŕtve väzenkyne boli pohodnené za blok, kde ležali aj niekoľko dní, často ohlodávané potkanmi. Aj napriek neznesiteľným podmienkam dokázali v rokoch 1943-1944 na revíri s trochou medikamentov pomaly uzdravovať pneumónie, škvrnitý týfus, niekedy aj sepsy a dyzentérie, ťažké omrzliny a amputácie. Pacientky však naďalej umierali, uzdravovaniu neprospevala úbohá strava (pol litra brómovej polievky, kúsok chleba). Svrab bol indikáciou do plynu. Táborové ošetrovatelky nemali postavenie ošetrovateliek z civilného života (Schwalbová, 2011).

Na baraku č.9 sa nachádzala sála s deväťdesiatimi chorými na furunkulózu. Rozkladajúce sa mäso na nohách ošetrovali bez liekov, len s papierovými obväzmi, ktoré presakovali krvou a hnisom. Výdatnejšia strava absolútne chýbala. Niekoľkokrát týždenne prichádzal esesácky lekár a vyberal muselmanov na smrť. Pred jeho príchodom preto vždy niekde ukryli niekoľko väzňov, aby sa o nich nedozvedel (Moulis, Cílek, 2012).

Obetavá slovenská väzenkyňa Schwalbová pôsobiaca ako lekárka v osvienčimskom Auschwitzu aj v Birkenau, dokázala väzenkyniam zabezpečovať pomoc len s minimálnymi liečebnými možnosťami a v minimálnych hygienických podmienkach. Pri diktovaní čísel väzňov na splyňovanie úmyselne vynechávala čísla, zamieňala ich s nežijúcimi väzňami a po odchode lekára SS manipulovala

s nadiktovanými číslami tak, aby zachránila čo najviac väzňov. Vyžadovalo si to veľa sústredenia, pohotovosti a sebakontroly, pričom pri odhalení riskovala vlastný život (Hrabovecká, 1998).

Ďalšie zdravotníčky sa naučili kryť a schovávať pred selekciou ženy, ktorých život sa im zdal ohrozený falšovaním diagnóz a dĺžky pobytu na revíri, schovávaním na záchodoch, prenášaním chorých do blokov, kde už selekcia prebehla a podobne. Bola to však nesmierne ťažká, vyčerpávajúca a riskantná práca. Inokedy sa ohrozené ženy skrývali medzi personálom alebo sa im podarilo schovať kartotečný lístok (Schwalbová, 2011). Pracovníčky revíru sa zúčastňovali aj záchranných akcií v tábore, keď v nestráženom okamihu vymieňali väzenkyne určené do plynu umiestnené v na to určenom baraku za mŕtvolu, ktoré zomreli na revíri. Večer sa zakrádali do tábora s chinínom, živočíšnym uhlím, obväzmi a vodou, aby pomohli zmierniť táborové utrpenie (Schwalbová, 2011). Absencia zdravotnej starostlivosti a nedostatok materiálu na ošetrovanie prispievali k zvyšujúcej úmrtnosti väznených. Prejavy solidarity a akákoľvek forma pomoci vystavovala väzňov neľútostným trestom z odhalenia (Ševčovičová, 2014).

V osviečimskom Birkenau mali podľa svedectva Hraboveckej (1998) židia do konca októbra 1942 k dispozícii jeden murovaný barak (blok č.27). Na konci mesiaca boli všetci pacienti splynovaní, vyšiel zákaz prijímať židov do nemocnice a ošetriť ich. V roku 1943 bola nemocnica pre židov v drevených barakoch, kde prebiehala skoro denne selekcia. *„Kto išiel do nemocnice, na 90% sa vystavil nebezpečenstvu, že bude vyselektovaný do plynu“* (Hrabovecká, 1998, s.52). Preto väčšina prekonala choroby na nohách a denne chodili do práce s brušným a škvrnitým týfusom, dyzentériou, flegmónami, zápalom pľúc a inými chorobami.

Podľa svedectva doktora Bimka, 1. decembra 1943 vzhľadom na rozšírený týfus v tábore došlo k veľkej selekcii, pri ktorej zo 4124

židovských žien nachádzajúcich sa v nemocnici vybrali 4000 pre krematórium (in Trucková, Truck, 1983). Doktorka Lingensová-Reinerová potvrdzuje, že sa nevyradzovali len slabé a choré ženy, ktoré by život v tábore ďalej neprežili, ale vzhľadom na vopred stanovený počet sa pri ich nedostatku, vyberali aj zdravé a silné. Niektoré skrývali najslabšie ženy v nádeji, že tie v lepšom zdravotnom stave zachránia. Tie slabé však zomierali samé a silnejšie, ktoré by bolo možné zachrániť, „prechádzali namiesto nich komínom“. Následkom toho sa počet mŕtvol zdvojnásobil. Jedna mladá židovská lekárka začala sama predkladať esesákom svojich najslabších pacientov. Ostatní jej vytýkali dobrovoľnú spoluprácu pri selekciách. *„Morálne princípy lekárskej etiky však prestali platiť, pretože sme boli postavené pred problémy, ktoré nikdy predtým neexistovali a proti ktorým sme boli úplne bezbranné. V týchto bezvýhodiskových situáciách sme riskovali, že sa vzdáme akejkol'vek morálky...“* (in Trucková, Truck, s.58-59).

Podľa väzneného doktora Jurkoviča, si väčšina Čechov a Slovákov viedla v tábore ľudsky, lekársky i politicky dobre. Zachránili mnoho životov nielen ako lekári, ale aj klamaním esesákov fingovanými diagnózami a vyšetreniami, predstieraním rôznych porúch alebo zatajením infekčnej choroby. Tak bolo zachránených mnoho ľudí pred splynovaním, ťažkou prácou v tábore a niekedy aj pred telesnými trestami (in Kraus, Kulka, 1955)

Mnohí z lekárov, ktorí pôsobili v Osvienčime, boli doma uznávanými odborníkmi, v tábore sa z nich však stali ukážkoví vrahovia. Vypracovali koncepciu rasovej kategorizácie, násilnej eutanázie, experimentov s ľudským telom, selekcií a strieľania do bezvládných tiel a koncepciu likvidácie plynom. Museli byť prítomní pri uvedení plynových komôr do činnosti, aby dozerali na používanie jedovatého Cyklónu B. Zubní lekári sa pri náhodných skúškach presviedčali, či väzenskí zubári vytáhnú všetkým splynovaným zlaté zuby. Pripútaných na lôžko usmrcovali fenolovými injekciami alebo

spomedzi pacientov vyberali tých, u ktorých nebol predpoklad k zmene zdravotného stavu (Schwalbová, Hradská, 2001). V Osvienčime a v iných hitlerovských koncentračných táboroch nepovažovali lekári SS a ostatní im podriadení nemeckí lekári pomoc chorým a zachraňovanie ľudských životov za svoju hlavnú prácu. Ich hlavnou úlohou bolo vyberať ľudí na smrť, vo väčšine prípadov náhodne a bez lekárskeho vyšetrenia (Trucková, Truck, 1983).

4.5 Tehotenstvá a pôrody väzenkýň

Priviesť na svet dieťa „nečistej“ rasy bolo proti zásadám nacistickej genocídnej politiky. Gravidné ženy mohli odstrániť nedonosný plod a zachrániť sa, alebo s nedonosným plodom či novorodencom skončiť v plynovej komore. Ak do lágru prišla gravidná žena židovka a esesáci to zistili, zobrali ju ešte pred pôrodom alebo tesne po ňom do plynovej komory. Ak porodila dieťa nežidovka, dieťa poslali do rodiny alebo nejakého domova v Nemecku (Hrabovecká, 1998). Deti v tábore prichádzali na svet za najrôznejších podmienok. V revíri za pomoci pôrodných asistentiek alebo lekárokov, na blokoch v tajnosti a bez pomoci, v záchodoch, aj pri práci. Neskôr bolo možné ponechať aj nežidovské deti nažive a žiť krátko s matkami. Po týždňoch sa však zozbierali nemlúvňatá i s matkami a boli splynované. Každý pôrod sa stal podnetom k dvojnásobnej vražde. Niektoré pôrodné asistentky preto v snahe zachrániť matku nikdy neporodili živé dieťa (Schwalbová, 2011).

Aby sa ženy vyhli splynovaniu, ukrývali svoje tehotenstvo aj tým, že sa počas počítania väzňov na apeli postavili do zadných radov. Ženám nachádzajúcim sa v prvých mesiacoch tehotenstva, ktoré sa zdôverili personálu, vykonali väzenské lekárky gynekologičky prerušenie tehotenstva v revíri, ktoré sa vykonávalo tajne po večernom apeli. Väzenkyne boli prijímané na revír pod inou diagnózou. Všetci zúčastnení pri zákroku sa vystavovali veľkému riziku z odhalenia, ale

ani jedna žena nezomrela na jeho následky. Na druhé ráno väčšina zo žien nastúpila do svojho pracovného komanda. Oficiálne prerušenie tehotenstva (bez ohľadu na jeho stupeň) vykonával doktor Bodman, každá žena však zomrela na otravu krvi (Hrabovecká, 1998, Schwalbová, 2011).

Poľská väzenkyňa, pôrodná asistentka Leszczyńska vykonávajúca funkciu pôrodníčky v osvienčimskom Birkenau postupne v troch blokoch dva roky, opisuje neľudské podmienky v tábore. V jednom bloku bolo asi 1000-1200 osôb. Po obidvoch stranách sa tiahli trojposchodové kóje, v ktorých na špinavom senníku so stopami zaschnutej krvi alebo blata ležali 3-4 choré ženy. Stredom pozdĺž baraku sa ťahala pec vo forme akéhosi kanálu vybudovaného z tehál, s ohniskom na koncoch. Ten slúžil ako jediné miesto, kde sa vykonávali pôrody. Celoročne v ňom zakúrili iba niekoľko raz. Pri pôrodoch pomáhali hlavne v noci aj choré, ktoré trochu vládali, keďže prinesenie jedného vedra vody pre rodičky zabralo okolo dvadsať minút. V bloku boli prítomné nákazy, smrad a plno všelijakého hmyzu a potkanov, ktoré útočiac odhrýzali pacientom nosy, uši, prsty, päty. Obeťami potkanov sa stávali aj novorodenci (Kubica, 2010a).

Drážďanské noviny Union z 29.9.1946, takto zdokumentovali narodenia dieťaťa v osvienčimskom tábore smrti, časti Birkenau: *„Rodička v revíri ležala na zemi zatínajúc zuby, jej ruky hľadajú oporu v blate, ktorú nazývajú podlahou. Vedľa drží ošetrovatelka v ruke novinový papier, ktorý páli po kúskoch, aby mali osvetlenie, keďže sa rodí dieťa a nie je tu žiadne iné svetlo. Žena leží priamo na špinavej zemi, nemá pod sebou matrac ani prestieradlo, ani posteľnú plachtu. Vedľa nej nie je žiadna miska s vodou, keďže voda je len vtedy, keď prší. Mladá lekárka kľáči pri žene a pomáha jej. Doktorka nemá biely plášť, chýbajú jej aj sterilné gumové rukavice, má ale ostrihanú hlavu a jej tvár je bledá a s rozpakmi... Žena vnára svoje ruky hlbšie do blata, kričí, lekárka pri nej kľáči a rýchlo, zručne pracuje svojimi mladými*

rukami. Po poslednom výkriku sa dieťa narodí. Vyčerpaná matka zatvára oči a plače. A plačú všetky okolostojace ženy“ (in Kubica, 2010a, s.26).

Leszczyńska sa ako presvedčená katolíčka odmietla podieľať na vraždení novorodencov a deti nechávala pri matkách, hoci jej prikázali, aby židovským deťom nepodviazala pupočník, ale vyhodila dieťa spolu s placentou do vedra (Kubica, 2010a). Do mája 1943 boli všetky deti narodené v osviečimskom tábore topené v kadi s vodou. Túto činnosť vykonávala nemecká kriminálnička, pôrodná asistentka Klára spolu s ďalšou kriminálničkou Pfani (Kubica, 1995).

Tehotné ženy árijského pôvodu neprichádzali do tábora bežným transportom, ale jednotlivo nemeckými policajnými silami. Boli posielané rodiť na revír a po pôrode ich zobrali na detský blok. Táborový poriadok nezaistoval žiadnu špeciálnu stravu pre novorodencov ani ich matky, kŕmiace svoje deti normálnym táborovým jedlom. Deti nedostávali žiadne prídely mlieka. Prsia matiek vysušených hladom iba dráždili ústa novorodencov a vyvolávali zbytočný sací reflex a hlad. Sanitár na revíri Kiwały tajne pomáhal z táborevej kuchyne zháňať deťom mlieko a matkám biely chlieb (in Kubica, 2010a).

4.6 Pseudopokusy väzenských lekárov

V začiatkoch vojny si vedenie SS uvedomilo, že nemocničné revíry v koncentračných táboroch prinášajú možnosti pre takzvané lekárske pokusy na živých ľuďoch. Mnohé z týchto otrasných experimentov, v ktorých sa bez ohľadu na lekársku prísahu neohľadelo na ľudské utrpenie, slúžili vojenským účelom. Našlo sa dosť takých väzňov, ktorí natoľko otupeli krutými životnými podmienkami, že medzi dlhým biednym prežívaním si zvolili pobyt v znesiteľnejších podmienkach. Preto sa dobrovoľne nahlásili na mučivé lekárske

pokusy, kde boli 2-3 týždne dobre živení a esesáci ich nezaradzovali do transportov a selekcií (Moulis, Cílek, 2012).

Výskumy na ľuďoch však nemali s vedeckou prácou a lekárskou etikou nič spoločné. Na väzňoch sa robili pokusy, ktoré mali presvedčiť o kvalitách nemeckej medicíny a výskumu. Pokusné sterilizácie mužov a žien predstavovali prípravu pre biologické vyhladzovanie slovanských národov. Pokusy s umelým oplodňovaním a liečením neplodnosti boli doménou gynekológa so silným sklonom k násiliu na ženách prof. Clauberga, ktorý spolu s doktorom Schumannom (označovaným za otca eutanázie) vykonával tiež sterilizáciu röntgenovými lúčmi. Vraždenia fenolovými injekciami vpichovaním do žíl sa ujal doktor Bodman. Pokusy s cieľom rýchleho množenia nemeckej rasy realizoval doktor Mengele. Ním realizované pokusy na dvojčatách začínali odberom krvi, punkciou, pokračovali výmenou krvi medzi dvojčatami, porovnávaním tvaru lebiek uší, nosa, úst, čiar na dlani i tvaru nôh. Výsledky so záznamami sa starostlivo uchovávali. Počas pitvy, ktorá nasledovala sa porovnávali zdravé a choré orgány dvojčiat s inými jedincami. Okrem toho experimentoval s pacientmi trpasličieho vzrastu a vykonával selekcie po príchode osôb do koncentračného tábora (Schwalbová, Hradská, 2001). Známy je prípad, kedy Mengele nechal porodiť väzenkyňu a následne jej oviazal prsia, aby zistil ako dlho dokáže novorodenec vydržať bez akejkolvek potravy. Zúfala matka sa už po niekoľkých dňoch nedokázala dívať na trpiace dieťa. Požiadala židovskú lekárku z revíru o smrtiacu injekciu, ktorú mu sama podala, aby ukončila jeho utrpenie (Moulis, Cílek, 2012).

V zime v roku 1942 zariadil profesor Schumann v ženskom tábore pokusnú röntgenovú stanicu, kde boli mladí muži a ženy ožarovaní, aby boli sterilizovaní. Od vedenia tábora dostával toľko väzňov, koľko požiadal (Kraus, Kulka, 1955).

Po roku 1943 vytvoril vedúci lekár osviečimského tábora doktor Wirths v bloku 10 hlavný stan lekárskeho experimentov. Spolu s doktorom Claubergom tam uskutočňovali pokusy na smrteľne chorých pacientkach, prevažne s diagnózou rakoviny. Táborový lekár Vetter sa prezentoval experimentmi súvisiacimi so znášaním či odmietnutím rôznych liečiv v organizme postihnutého (Schwalbová, Hradská, 2001).

Pred Najvyšším národným tribunálom vo Varšave vypovedal v roku 1947 český väzeň Češpiva pracujúci ako lekár v cigánskom tábore o matkách, umelo nakazených týfusom. Tento experiment mal presvedčiť, či ložisko maternice pracuje ako ochranná bariéra proti nákaze a dieťa sa narodí zdravé. Ženy rodili pri štyridsiatich stupňoch horúčky v nedostatočných hygienických podmienkach. Urobilo sa 86 experimentov, dvadsať žien a detí zabili fenolom. Doktor Fiderkiewicz z Varšavy bol svedkom vykonávania cisárskych rezov u žien od 6 mesiaca tehotenstva. Nemluvňatá vyberali vždy živé a hádzali ich do jedného vedra, kde nedonosené deti v šiestom a siedmom mesiaci a dokonca aj deväťmesačné kričali, až pokiaľ nezomreli (in Kubica, 2010a).

Svedectvá viacerých lekárov, ktorí pôsobili v osviečimskom tábore smrti poukazujú na brutálne experimenty, ktorých sa dopúšťali nacistickí lekári SS. Trucková a Truck (1983, s.67-77) prezentujú ich výpovede, v ktorých dokumentujú, že na chirurgickom bloku 21 si nacistickí lekári „cvičili ruku“. Každého židovského väzňa sťažujúceho sa na žalúdočné problémy, prehlásili za obeť žalúdočných vredov s nutným vykonaním operácie. Neskôr ich všetkých poslali do plynovej komory. Podobný osud čakal aj pacientov s flegmónami, ktorým bola namiesto postačujúcej incízie vykonaná hneď amputácia. Operačná sála, v ktorej sa prevádzala veľká chirurgia sa zriadila na prelome rokov 1943-1944. Doktor Thilo nútil k operácii všetkých väzňov s prietržou (herniou) a ženy s fibrómami a rôznymi gynekologickými nádormi.

Tehotným väzenkyniam nariadil zvláštnu diétu, po ktorej v siedmom alebo ôsmom mesiaci tehotenstva pristupoval k jeho prerušeniu. Ženám vyberali vaječníky a nahrádzali ich semenníkmi. Operáciami sa snažili mužom a ženám zmeniť pohlavie. Nacisti určité obdobie skúmali metódu liečby duševných porúch pomocou elektrošokov spôsobiacich mnohým pacientom smrť. Väzňom tiež vpichovali do žíl vzduch za účelom zistenia jeho množstva potrebného k vzniku embólie. Nie všetky umučené telá, ktoré podľahli týmto pseudopokusom prechádzali krematóriom. Niektoré boli odoslané do Anatomického ústavu v Danzigu (dnes Gdaňsk), kde sa lekári SS ďalej venovali pokusom výroby mydla z ľudského tuku.

4.7 Oslobodenie tábora

V úradnom rozhodnutí z novembra 1944 sa prevádzka plynových komôr zastavila. Nasledujúce týždne sa začalo s deštrukciou vyhladzovacích zariadení a krematórií a presunmi väzňov do táborov v Nemecku. Organizácia transportov vzhľadom k potrebám frontu, častému bombardovaniu a leteckým útokom na železničné trate značne viazla. V nemocničných barakoch bolo tesne pred opustením tábora, ku ktorému došlo 18. a 19. januára 1945, zavraždených mnoho tých, ktorí neboli schopní transportu. Ostatní boli v nedostatočnom oblečení, obutí a bez akéhokoľvek zásobovania vyhnaní na pochody smrti (Moulis, Cílek, 2012). Nemeckí dôstojníci a vojaci SS chceli všetkých evakuovať. Prechádzali od postele k posteli a postavili na nohy mnoho chorých, podľa ich mienky zdravotne súcich na evakuáciu. Väzňov sústredili do štvorraďu a rozkázali im pochodovať. Po obidvoch stranách radu išli nemeckí vojaci s puškami v ruke (Gil, Gilová, 2001). Kto nestačil tempu, bol zastrelený. Väzni sa rúcali od vysilenia a hladu (Moulis, Cílek, 2012).

V zime 27. januára 1945 bol tábor v ktorom ostalo asi 7 tisíc väzňov oslobodený vojakmi z jednotiek 60. armády sovietskeho a 1.

ukrajinského frontu. Po nacistoch ostali v Osvienčime rozvaliny krematórií a plynových komôr, otvorené masové hroby, na kosť vychudnuté mŕtvoly väzňov, mučiace zariadenia a ďalšie symboly nacistického barbarstva (Świebocka a kol., 2011, Moulis, Cílek, 2012). Červená armáda a jej dôstojníci otvorili nemocnicu s vojenskými lekármi a sestrami, zabezpečili sanitárne a zdravotné záležitosti. Zabránili vstupu vyhladovaných väzňov do nemeckých skladov. Väzňom nedovolili jesť všetko a dosýta, čím mnohým pravdepodobne druhýkrát zachránili život (Gil, Gilová, 2001).

Osvienčimský koncentračný tábor nebol miestom života, ale smrti. Väzni v krutých táborových podmienkach a za brutálneho zaobchádzania dozorcami vyhľadávali akékoľvek formy pomoci. Neľudské konanie esesákov, fyzická náročnosť práce, neustále vystavovanie trestom, hlad a podvýživa, nevyhovujúce hygienické podmienky, nedostatok spánku, ako aj šírenie epidémii rôznych chorôb, sa odzrkadlili na zdraví väznených.

Zdravotnícky personál napriek nedostatku materiálu, medikamentov a kapacitou v absolútne nevyhovujúcich priestoroch robil všetko pre zlepšenie situácie v tábore a uľahčenie celkového stavu väznených. Museli sa však priamo podieľať alebo asistovať pri vyvražďovaní alebo pseudopokusoch väzenských lekárov. Využitím rôznych foriem pomoci, v situáciách hraničiacich so šialenstvom, v stave absolútnej bezmocnosti a zúfalstva sa dokázali denne zmobilizovať do boja za ľudské životy. V komunite väznených sa podieľali na zmiernovaní utrpenia a tragédie tých, s ktorými zdieľali spoločný osud (Ševčovičová, Derňarová, 2015). Medzi nimi však ďalší z radov ošetrovateľského a lekárskeho personálu v službách nacistického Nemecka, zneuctili strašným spôsobom ničenia ľudských životov zdravotnícku profesiu.

5 MOŽNOSTI PREVENČIE VERTEBROGÉNNYCH OCHORENÍ U SESTIER

Európska agentúra pre bezpečnosť a zdravie pri práci uvádza, že ochorenia pohybovo – podporného systému patria k najčastejším ochoreniam súvisiacich s prácou. V celej Európe ovplyvňuje milióny zamestnávateľov a pre zamestnancov predstavujú náklady v miliardách eur (EU-OSHA). Takala a Martio (2015) uvádzajú, že ochorenia pohybového aparátu patria k najčastejším príčinám invalidity, pracovnej neschopnosti a predčasného odchodu na dôchodok. Z hľadiska etiológie sú vertebrogénne ochorenia pomerne rôznorodé a možné ich rozdeliť na dve základné skupiny a to na organické ochorenia špecifickej negeneratívnej povahy a organické postihnutia chrbtice nešpecifickej degeneratívnej povahy.

Klinické skúsenosti poukazujú, že najčastejšie k obmedzeniu pohybu dochádza na základe porúch funkcie chrbtice. U tejto skupiny porúch však morfológické zmeny nie sú podmienkou. Špecifická funkčná porucha môže vzniknúť v ktorejkoľvek časti pohybového segmentu, ktorý tvorí základnú pohybovú jednotku chrbtice. Blokády vznikajú najmä v tzv. kľúčových oblastiach. Sú to oblasti, kde jeden úsek chrbtice prechádza do druhého, cervikokraniálne, cervikotorakálne, torakolumbálne a lumbosakrálne spojenie. Funkčnú kĺbovú blokádu je možné odstrániť a pohyb znovu obnoviť. Na druhej strane porucha môže byť spôsobená zvýšenou pohyblivosťou- hypermobilitou. Tieto poruchy sú manifestované subjektívnymi a objektívnymi príznakmi. Najhlavnejšia je bolesť lokalizovaná do oblasti chrbtice a obmedzenie pohybu, ktoré môže vznikáť pomaly, bez toho aby si to postihnutý uvedomoval. Pomocou kompenzačných schopností si organizmus vytvára náhradný pohybový mechanizmus (Rychlíková, 2009).

Haring a kol. (2011) definuje funkčné poruchy chrbtice ako “reverzibilné zmeny, vynikajúce pri exogénnom preťažení pohybovej sústavy náhlymi a neočakávanými pohybmi, nefyziologickými polohami, často profesionálnymi, najčastejšie však na základe chybných motorických stereotypov“. V rehabilitačnej medicíne sú základom liečby predovšetkým postupy fyzikálnej a pohybovej liečby. Prevažná väčšina ochorení, ktoré sú predmetom záujmu rehabilitačnej medicíny, si však vyžaduje v rámci komplexného prístupu aj medikamentóznú liečbu (Takáč, 2012). Základom liečby vertebrogénnych porúch je správna indikácia liečebnej metódy. V rámci komplexnej rehabilitačnej terapie nie je možné izolovať jednu zložku od druhej. Pri každej intervencii sa musí uplatňovať celostný prístup k človeku (Knap a kol., 2009).

Viacerí autori sa zhodujú s dobrou prognózou ochorenia pri dodržiavaní vhodného režimu. Odporúča sa pacientovi dosiahnuť pôvodnú fyzickú úroveň aktivity, vtedy sa zmierňujú zdravotné problémy, pacient sa cíti lepšie a užíva menej analgetík. Na ochorenie nepôsobí pozitívne dlhodobé obmedzenie aktivít. Zásadný význam v prevencii a liečbe bolesti chrbtice má najmä úprava životného štýlu s prihliadnutím na psychosociálnu a pohybovú zložku. Neoceniteľnými pomocníkmi v prevencii a liečbe akútnych i chronických vertebrogénnych ťažkostí sa okrem zmeny životného štýlu zohráva aj cieľená liečebná telesná výchova. Klinické štúdie týkajúce sa pohybových režimov a bolesti chrbtice, jednoznačne potvrdzujú, že pohybové programy významným spôsobom znižujú riziko recidív a zabraňujú prechodu do chronicity (Takáč, 2012).

Povolanie sestry predstavuje výkon zdravotníckeho profesionála, ktorý poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť v rámci svojich povinností a kompetencií, vymedzených rozsahom ošetrovateľskej praxe (Žiaková a kol., 2009). Sestry vykonávajú závislé, nezávislé a súčinné činnosti s vysokou mierou autonómie a zodpovednosti (Raková, 2006). Pracujú

v nepretržitej prevádzke v prostredí, ktoré prináša rôzne riziká, dostávajú sa do rôznych zložitých situácií. Ako najviac stresujúce sú pracovné preťaženie, práca v časovej tiesni, stretávanie sa s umierajúcimi pacientmi a smrťou, vyrovnávanie sa s emocionálnymi potrebami pacientov a ich rodín (Soósová, Varadyová, 2012). Na psychickú a fyzickú záťaž sestier má vplyv aj typ oddelenia, zdravotný stav pacientov, počet sestier v pracovnej zmene, počet pomocného zdravotného personálu, dostupnosť pomôcok či organizácia práce (Sušínková, Soósová, 2012).

Výsledky z viac než v 80-tych zahraničných štúdiách uvádzajú, že poškodenie chrbtice u sestier má celosvetovú prevalenciu približne v 17%, s ročnou prevalenciou 40-50% a celoživotnou 35-80% (Nelson et al., 2006). Ekonomický dopad pri kompenzácií sestier s následkami poškodenia chrbtice v USA v zariadeniach s dlhodobou starostlivosťou bol vyčíslený na 6 miliónov amerických dolárov. Veterans Health Administration minul behom roka 2002 viac než 22 miliónmi amerických dolárov na výdavky v súvisiace s poškodením podporno – pohybového aparátu u sestier v súvislosti s ručnou manipuláciou s pacientom (Nelson et al., 2006). Poruchy chrbtice a pohybového aparátu vznikajú u sestier z niekoľkých dôvodov. Medzi hlavné dôvody patrí fyzická námaha, ktorá sa spája s manipuláciou pacientov konkrétne polohovanie, dvíhanie, vysádzanie, presuny, výkony hygieny a ďalšie ošetrovateľské intervencie, ktoré sestra vykonáva väčšinou v predklone a vo vynútených polohách. Hodnotenie rizika pri ručnej manipulácií s bremenom zahrňuje mimo posudzovanej hmotnosti bremena, kumulatívnej hmotnosti a vynakladania energetického výdaja aj vyhodnocovanie pracovných podmienok, pri ktorých dochádza k ručnej manipulácií. Prípustný hygienický limit pre hmotnosť ručne manipulovateľného bremena pri zdvíhaní a prenášaní stanovuje Nariadenie vlády SR č. 281/2006 Z. z. o minimálnych bezpečnostných a zdravotných požiadavkách pri ručnej manipulácií

s bremenami. U mužov je to 30-50 kg a u žien 5-15 kg. Tento limit je stanovený podľa vekových kategórií a pri priaznivých a nepriaznivých podmienkach. Čo je však najpodstatnejšie pacient nie je definovaný ako bremeno a preto pri práci sestier tieto všeobecné legislatívne nariadenia nie sú uplatniteľné. Výsledkom každodennej fyzickej námahy sú blokády, poranenia a deformácie chrbtice. Tieto ochorenia sú dlhodobé, ťažko zvládnuteľné, často s trvalými následkami. Vertebrogénna bolesť je charakterizovaná epizodickým výskytom, v priebehu dní alebo týždňov skôr ustupuje. Príčina bolesti môže byť v platničke, intervertebrálnych kĺboch, v svalstve chrbtice a väzivovom aparáte. Fyzická náročnosť je závažnejšia taktiež z toho dôvodu, že povolanie sestry vykonávajú väčšinou ženy. Muži, ktorí sú všeobecne lepšie fyzicky vybavení, tvoria v sesterskej profesii menšinu. Fyzická záťaž môže vzniknúť pri pôsobení viacerých faktorov, napr. nedostatočného technického, ergonomického a personálneho zabezpečenia (Kožuchová a kol., 20). Úroveň záťaže je rôznorodá v závislosti od druhu oddelenia, skladby pacientov a ich zdravotného stavu. Na týchto oddeleniach pracujú prevažne ženy rôzneho veku, preto problém fyzickej záťaže nemôžeme podceňovať. Fyzická záťaž je najčastejšia na oddeleniach, kde sa umiestňujú imobilní alebo čiastočne imobilní pacienti, kde je potrebné týchto pacientov polohovať a zabezpečiť osobnú hygienu. Medzi oddelenia so zvýšenou fyzickou záťažou patria napr. oddelenia ARO, JIS, chirurgické, neurochirurgické, neurologické, ortopedické atď. Špecifikom z tohto hľadiska sú liečebne pre dlhodobu chorých alebo špecializované rehabilitačné ústavy, kde práve takýto pacienti tvoria prevažnú časť. U sestier na operačných sálach výrazne prevažuje dlhé státie v strnulej polohe, ale aj ďalšie fyzicky náročné úkony (Szekelyová, Dimunová, 2014). V klinickej praxi musíme myslieť na to, že maximálna každodenná fyzická záťaž je spájaná aj s psychickou záťažou sestier. Rovnako ako sa telesné problémy a bolesti negatívne prejavujú na nálade a psychickej pohode, môžu aj psychické problémy

viest' postupom času k telesným problémom. Hlavnú úlohu pri tomto prepojení tela a duše zohráva vegetatívny nervový systém, ktorý riadi veľkú časť nevedomelo prebiehajúcich telesných funkcií (Grabbe, 2010). Pri zvýšenom psychickom napätí sa automaticky zvyšuje svalové napätie a rýchlejšie nastupuje únava. Postoj človeka v dobrej fyzickej a psychickej kondícii sa odráža na správnom držaní tela. Pri psychickom vypätí dochádza k zvýšenému napätiu šijových svalov, ktoré sa pri dlho trvajúcich stresoch skracujú.

Psychická záťaž je pracovná záťaž, ktorá kladie nároky na psychické procesy, najmä na pozornosť, pamäť, predstavivosť, myslenie a rozhodovanie, ktoré vyplývajú z požiadaviek na spracovanie informácií. Pre prácu sestier tvorí psychická záťaž významný faktor. Vyplýva zo zodpovednosti sestry za zdravie a život pacienta, dodržiavania konkrétnych liečebných a diagnostických postupov. Záťažovo pôsobia konflikty vo vzťahu sestra - pacient, kde úspešnosť liečby a starostlivosť o pacienta musia mať pre oboch rovnakú hodnotu. Nesmie sa podceňovať ani skrytý vnútorný konflikt, prameniacy z časovej tiesne, kedy vysoký počet pacientov často nedovoľuje nadviazať individuálny kontakt. Nezanedbateľné je pôsobenie ľudského utrpenia a bolesti, kedy môže v určitých situáciách zlyhávať profesionálna obrana. Preventívno-liečebné metódy na predchádzanie vertebrogénnych ochorení. Pre udržanie rovnováhy tela má chrbtica nezastupiteľný význam. Pracuje ako reflexne riadená funkčná jednotka. Zmena postavenia alebo funkcie na jednom konci chrbtice sa okamžite prejaví na jej druhom konci. U človeka dolné končatiny a panva zabezpečujú relatívne pevnú bázu pre chrbticu. Počas všetkých našich pohybov zabezpečuje stabilizáciu a spevnenie chrbta hlboký stabilizačný systém, ktorý aktivuje svaly pri akomkoľvek cielelom pohybe alebo statickom zaťažení. Jeho porucha významne ovplyvňuje vznik vertebrogénnych porúch. V prevencii a liečbe je preto dôraz

kladený na ciele ovplyvnenie stabilizačnej funkcie chrbtice (Paulovič, 2014).

Pravidelným a dlhodobým cvičením je možné doceliť vytvorenie a udržanie pevného svalového korzetu, predchádzať preťažovaniu medzistavcových platničiek. Cvičenie sa musí stať každodennou súčasťou života aj vtedy keď bolesti chrbta nie sú prítomné (Nováková, 2012). Gúth (2011) vo svojej publikácii hovorí, že svaly nemôžeme cvičiť len posilňovaním, treba ich na cvičenie správne pripraviť a v podstatnej miere zariadiť ich uvoľnenie a vyváženie. V prevencii bolesti chrbtice sa v súčasnosti dostávajú aj cviky jogy, ktorá je v dôkladne prepracovaná a zdôvodňovaná modernými vedeckými poznatkami aj keď jej história siaha až do starovekej Indie. Joga obsahuje cviky tzv. asány, ktoré vedú okrem iného k prečisteniu tela a mysle. Vo svojej práci Bednár (Bednár, 2014) skúma účinky jogovej zostavy Khatu pranám v prevencii bolesti chrbta u sestier. Poukazuje na to, že cvičenie pôsobilo na sestry harmonizujúco a revitalizujúco. Na začiatku štúdie bola priemerná hodnota intenzity bolesti u cvičebnej skupiny 4,25 pri jej ukončení klesla na 3,31. Zlepšenie bolo 36,60 % . Princípy školy chrbta spočívajú v efektívnom vykonávaní pohybu a predchádzaní statickému preťažovaniu chrbtice. Škola chrbta zahŕňa:

- primárnu prevenciu, ktorá je dôležitá v detskom a školskom veku, zameriava sa na správne učenie predchádzania poruchám postoja a pohybovej chudobe
- sekundárna prevencia sa využíva v štádiách nebolestivej funkčnej poruchy chrbtice
- terciálna prevencia je dôležitá z hľadiska recidív ťažkosti. V súčasnosti sa škola chrbta zapodieva najmä liečebným hľadiskom (Ištoňová a kol., 2014).

McKenzie metóda je ďalšia preventívna a liečebná metóda pomenovaná podľa autora, ktorý ju rozpracoval a je vo svete veľmi

rozšírená (Hagovská a kol., 2014). Výhodou postupov podľa McKenzie je to, že pacienti musia byť sami zapojení do liečby cvičením naučenej zostavy cvikov a dodržiavaním režimových opatrení. Pozitívne účinky McKenzieho konceptu u pacientov s lumboischiadickým syndrómom uvádzajú aj Hagovská et al. (2015, 2013). Pozitívne účinky McKenzie metódy sa potvrdilo aj pri liečbe chronickej bolesti cervikálnej chrbtice (Hagovská, 2013). Jedným z hlavných cieľov tejto metódy naučiť sa ako riešiť problémy chrbtice a hlavne im predchádzať, aby sa neopakovali. Autoterapia sa stáva pre mnohých efektívnejšou než všetky druhy liečby a nakoľko bude pôsobiť dlhodobo (Hagovská et al., 2014). Podstatou metódy je zodpovednosť pacienta za liečbu priamo sebou. Je potrebné naučiť sa správne držaniu tela, správne dvíhaniu ťažkých bremien, sedeniu, státii, či ležaniu. Správne držanie tela je kľúčové pre pohodlie chrbtice (Hagovská, 2013, 2014).

5.1 Výskum výskytu vertebrogénnych ochorení u sestier

Cieľom výskumu bolo zistiť, aké preventívne mechanizmy zamerané na zníženie výskytu vertebrogénnych ochorení sestry využívajú. Zaujímalo nás aj samotný výskyt vertebrogénnych ochorení u sestier v klinickej praxi.

Metodika

Súbor tvorilo 489 sestier pracujúcich v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku. Ako metóda bol použitý neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie. Zber údajov bol realizovaný v období mesiacoch 09.-12.2014. Výskum sa uskutočňoval on-line formou prostredníctvom portálu národnej stavovskej organizácie Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek (SK S a PA) na základe písomného schválenia. Po prihlásení sa do portálu SKS a PA mohli sestry dotazník vyplniť pomocou linku v svojej mailovej schránke. Účasť na výskume bolo dobrovoľná a anonymná. Celkovo bolo vyplnených 489 kusov dotazníkov. Získané údaje boli spracované

deskriptívnou a induktívnou štatistikou (Pearsonov korelačný koeficient).

5.2 Výsledky výskumu

Výskumný súbor tvorilo 489 sestier pôsobiacich v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku. Priemerný vek respondentov bol 43 rokov ($SD \pm 10,59$), najmladší mal 19 rokov a najstarší 65 rokov. Priemerná dĺžka praxe 22 rokov ($SD \pm 9,93$), najkratšie odpracované obdobie bol 1 rok a najdlhšie 45 rokov. Súbor tvorilo 476 (97 %) žien a 13 (3 %) mužov (tabuľka 1).

Tabuľka 1 Charakteristika súboru

	n	%/ \pm SD
Pohlavie		
Mužské	13	3,0
Ženské	476	97
Vek	43	10,59
Dĺžka praxe	22	9,93

V ďalšej časti dotazníka sme sa zamerali na *identifikáciu najčastejších príčin bolesti chrbta* z pohľadu sestier. V súvislosti s fyzickou záťažou za najnáročnejšiu pracovnú aktivitu označilo 376 (77 %) sestier z celkového súboru $n=489$ (100 %) manipuláciu s pacientom, nasleduje manipulácia s ťažkými bremenami 264 (54%), dlhodobé státie 199 (41 %), administratívne práce vyžadujúce si prácu s PC 156 (32 %), spoluprácu sestry pri liečebno - diagnostický výkonoch vníma za fyzicky náročnú 79 (16 %) respondentov.

Samostatnú časť dotazníka sme venovali *zisťovaniu rozsahu vedomostí sestier o možnostiach využívania preventívnych opatrení zameraným na zníženie výskytu vertebrogénnych ochorení*.

Jedným z účinných spôsobov prevencie vertebrogénnych ochorení u zdravotníckych pracovníkov je využívanie pracovných pomôcok. Najskôr sme zisťovali **výskyt pomôcok uľahčujúcich fyzickú záťaž** na pracoviskách. V nami sledovanom súbore uľahčujú fyzický náročné výkony najčastejšie polohovacie lôžka uviedlo to 272 (56 %) respondentov, sedačky sa vyskytujú v zdravotníckych zariadeniach u 140 (29 %) respondentov, pomôcky uľahčujúce presun a polohovanie pacientov ako sú polohovacie plachty, rampy uviedlo 130 (37 %) respondentov, 67 (14 %) respondentov má k dispozícii hydraulické zdvíhaky a 65 (13 %) respondentov kúpacie lôžka. *111 (23 %) respondentov* poukázalo, že na ich pracovisku sa *nenachádza žiadna s uvedených pomôcok*.

Výsledky naznačujú, že zdravotnícke zariadenia sú v prevažnej väčšine vybavené niektorými pomôckami, ktoré by sestry mohli pri realizácii ošetrovateľských intervencií využívať. Na základe skúsenosti z klinickej praxe sme položili sestram otázku, či tieto pomôcky uľahčujúce fyzicky náročné výkony využívajú na pracovisku aktívne. 252 (52 %) respondentov uviedlo aktívne využívanie, 84 (17 %) sestier pomôcky skôr využíva, odpoveď skôr nie deklarovalo 43 (9 %) respondentov a *až 110 (22 %) sestier pomôcky* uľahčujúce fyzický náročné výkony napriek ich prítomnosti na pracovisku *neužíva*. Významným faktorom pracovného prostredia je dĺžka praxe. Zisťovali sme, či *existuje štatisticky signifikantný vzťah medzi dĺžkou praxe a využívaním jednotlivých pomôcok uľahčujúcich fyzickú záťaž sestier* (tabuľka 2).

Tabuľka 2 Korelačná analýza vzťahu medzi dĺžkou praxe a využívaným pomôcok

Pearsonov korelačný koeficient	polohovacie lôžko	sedačky	polohovacie plachty, rampy	hydraulický zdvihák
dĺžka praxe	0,003 n.s.	0,018	0,015	0,008

n.s. – nesignifikantný vzťah

Ďalšou efektívnou a v praxi overenou metódou prevencie vertebrogénnych ťažkostí je *koncept Školy chrbta*. Vedomosti a najmä využívanie školy chrbta ako preventívno-terapeutického konceptu, ktorý pomáha predchádzať a riešiť zdravotné problémy spojené s pohybovo-podporným systémom deklarovalo 186 (38 %) sestier, až 255 (52 %) túto metódu ochrany chrbta nepozná a nevyužíva v pracovnom procese, 48 (10 %) respondentov sa nevedelo k uvedenej otázke jednoznačne vyjadriť. Najčastejším zdrojom získavania informácií o koncepte Školy chrbta bolo samoštúdium (n=121), náhodne v médiách počulo o tejto metóde (n=61) sestier, na odbornom seminári informácie získalo 57 sestier. Znepokojujúca je skutočnosť, že iba 4 respondenti uviedli ako zdroj poznatkov prednášky počas pregraduálneho vzdelávania.

Informácie o *preventívno - liečebných metódach SM-systému a McKezzii metóde* uviedlo z celkového súboru (n=489) len 60 (12 %) respondentov. Tieto metódy nepozná až 337 (69 %) respondentov, k čiastočným znalostiam sa prihlásilo 90 (19%) respondentov. Podobne ako v prípade konceptu Školy chrbta zdrojom získaných informácií bolo najčastejšie samoštúdium (n=47) a na odborných seminároch (n=19). Celkovo môžeme konštatovať, že vedomosti a využívanie overených preventívnych metód zabráňujúcich vzniku vertebrogénnych ťažkostí je u sestier nedostatočné.

Predpokladali sme, že najviac využívané preventívne opatrenie zamerané na vertebrogénnych ťažkostí bude *aktívny oddych*. Denne sa aktívnemu cielenému pohybu venuje 35 (7 %) respondentov, 83 (17 %) cvičí 3x týždenne, 1x týždenne využíva túto možnosť 134 (27 %) respondentov, u 54 (11 %) respondentov je to 1x mesačne, 181 (37 %) sestier sa cielenému aktívnemu pohybu nevenuje vôbec.

5.3 Diskusia

Výskyt vertebrogénnych ochorení u zdravotníckych pracovníkov má v súčasnosti stúpajúci trend. V našom výskume sme sa zamerali na sestry ako pomáhajúcu profesiu, ktorá je vystavovaná kontinuálnej pracovnej záťaži. Sledovali sme výskyt vertebrogénnych ťažkostí a faktory, ktoré vplývajú na ich vznik. Zamerali sme sa najmä na skutočnosť, či sestry poznajú a realizujú preventívne opatrenia zamerané na minimalizovanie fyzickej záťaže vedúcej k poškodeniu ich zdravia. Vertebrogénne ochorenia patria medzi najčastejšie ochorenia pohybového aparátu. Sprievodným príznakom týchto ochorení je intenzívna bolesť chrbtice, ktorej príčinou sú najčastejšie tzv. funkčné poruchy, teda poruchy bez zmeny anatomických štruktúr. Niektorí autori uvádzajú až jej 98 % prítomnosť (McKenzie, 2009). V nami sledovanom súbore sestier (n=489) uviedlo až 98 % sestier prítomnosť bolesti chrbta v súvislosti s výkonom svojho povolania. Naše zistenia sú v zhode aj s viacerými štúdiami (Smíšek, 2014; Ištoňová, 2012; Simon et al, 2008). Z vertebrogénnych ochorení, ktoré boli sestram diagnostikované mal najvyšší podiel vertebrogénny algický syndróm (VAS), ktorý označilo n=238 (49 %) sestier, lumboischiatickým syndrómom (LIS) uviedlo n=91 (19 %) respondentov. Zdravotné komplikácie môžu viesť až k pracovnej neschopnosti. V našom súbore v dôsledku vertebrogénnych ochorení bolo n=213 (43 %) sestier práceneschopných, čo považujeme za vysoké percento. Naše zistenia sú v zhode s Ištoňovou (2012), ktorá udáva, že

50 % sestier z celkového súboru (n=102) vyhľadalo lekársku pomoc pre zdravotné ťažkosti súvisiace s prácou. Sestry často bagatelizujú svoje zdravotné problémy a nevenujú im dostatok pozornosti. Simočková, Zamboriová (2011) a Zamboriová, Simočková (2014) vo svojom výskume poukazujú na realitu, že sestry sa liečia samé a až 18 % skúmaného súboru sestier uviedlo, že má na každú chorobu liek.

Keďže výkon povolania sestry je vysoko náročný a realizovaný v nepretržitej prevádzke zisťovali sme, aké príčiny bolesti chrbta sestry identifikujú v súvislosti s výkonom ich povolania. V nami sledovanom súbore považuje n=77 % sestier za fyzický najnáročnejšiu prácu manipuláciu s pacientom. Nasleduje manipulácia s ťažkými bremenami, ktorú potvrdilo n=54 % respondentov. V súčasnej dobe sa čoraz viac času sestra venuje administratívnym prácam súvisiacich s využitím PC a túto činnosť považuje za fyzický náročnú n=32 % respondentov. Dlhodobé státie, ktoré neblaho vplyva na pohybový aparát je prioritou operačných sestier a potvrdilo to 41 % respondentov. Jednou z kľúčových úloh pri zabezpečovaní zdravotnej starostlivosti je poskytovanie kvalitných zdravotníckych služieb (Raková, 2014). S uvedeným súvisí dostupnosť materiálno-technického vybavenia v súčasnej ošetrovateľskej praxi, ktoré správnym používaním uľahčuje fyzicky náročné výkony. Sestry na Slovensku nemajú vo všetkých zdravotníckych zariadeniach dostupné dostatočné vybavenie. Veľmi často chýbajú aj samotné pomôcky, ktoré sú nevyhnutné na uľahčenie fyzickej námahy sestier, ale tiež aj pre lokomóciu pacientov. Najčastejšie využívanou pomôckou sa stávajú polohovacie lôžka čo uviedlo n=272 sestier. V menšej miere sa využívajú sedačky, polohovacie plachty, hydraulické zdvíhaky, či kúpacie lôžka. Z druhej strany dochádzame k alarmujúcemu zisteniu priznaním sestier, že aj keď materiálno technické pomôcky majú, jednoznačné využívanie potvrdila len polovica nami skúmaného súboru. Môžeme však predpokladať, že sestry používajú dostupné materiálno-technické

pomôcky nedostatočne z dôvodu časovej tiesne. Síce ušetria trochu času, ale zároveň niekoľkonásobne zväčšia riziko, že u nich dôjde v dôsledku nadmernej záťaže k zdravotným problémom. Taktiež poukazuje na nevhodné usporiadanie ošetrovacej jednotky, kde nie je dostatok priestoru, aby sa pomôcka mohla účelne použiť.

Zdravie, podpora, udržiavanie a prinavrátenie zdravia sú ústrednou témou ošetrovateľstva (Raková, 2014), ktorého predstaviteľkami sú sestry. Prevencia je jeden z najefektívnejších metód predchádzania ochorení. V našom výskume sme sa zamerali na možnosti prevencie bolesti chrbta a zisťovali sme či majú sestry vedomosti o možných preventívnych opatreniach znižujúcich fyzickú záťaž a či ich aktívne využívajú. V súčasnosti sa do povedomia laickej i odbornej verejnosti dostáva systém tzv. školy chrbta, ktorý vznikol ako reakcia v 80-tých rokoch na neustále rastúci počet vertebrogénny ochorení. Postupom času sa začal presadzovať aj v práci sestier. Dodržiavaním zásad školy chrbta sa sestry chránia pred poškodením pohybového aparátu. Naše výsledky poukazujú, že až 52 % nami sledovaného súboru $n=255$ sestier nepozná a nevyužíva poznatky školy chrbta pri práci. Na nedostatočné vedomosti o zásadách správnej manipulácie s pacientom upozorňujú aj Ištoňová a kol. (2012) na čo následne odporúčajú edukáciu všetkých zdravotníckych pracovníkov zameranú na preventívno-edukačno-terapeutickým koncept Školy chrbta (Bednár, 2014). Potrebu integrácie myoskeletárnej ergonomie ako preventívnej metódy do pregraduálneho vzdelávania uvádzajú aj Ondová a kol. (2015).

Aktívny pohyb je efektívnym a prirodzeným prostriedkom prevencie civilizačných ochorení. Pravidelná fyzická aktivita prináša celkovú pohybovú schopnosť, pôžitok z cvičenia a príjemné pocity (Štefková, Shafout, 2012). Významne prispieva k zníženiu úzkosti a depresie, redukuje nadváhu, eliminuje bolesti chrbtice, posilňuje imunitný systém a psychiku. Zvyšuje pozitívne vnímanie samých seba.

Bednár (2011) v základe prieskumu u sestier vo svojej práci uvádza, že pravidelná pohybová aktivita a šport znižujú výskyt bolesti chrbta, nutné je však sústrediť sa na typ cvičenia a na jeho frekvenciu. Pretože aj keď sa sestry venovali cvičeniu alebo športu, neboli dostatočne zamerané na prevenciu bolesti chrbtice. V nami sledovanom súbore môže konštatovať v tejto oblasti rezervy, pretože až 181 (37%) sestier sa cielenému aktívnemu pohybu nevenuje vôbec. Jedným z dôvodov môže byť vplyv fyzicky namáhavej práce u sestier v dôsledku ktorej, môže dôjsť k poklesu pohybovej aktivity vo voľnom čase.

Moderným prvkom v posledných rokoch sú športové centra aktívneho pohybu, cvičiť však môžeme aj doma. Každý deň 15 minút nie je veľa, no je to lepšie ako vôbec nič. Precvičiť si chrbtové svalstvo môžeme nielen v telocvični, doma, ale aj počas výkonu svojho povolania. Existuje celá škála cvičebných metód, ktoré nám pomôžu udržať sa v dobrej kondícii.

Dôležitou súčasťou primárnej prevencie je relaxácia. Chronickú únavu u sestier pracujúcich na zmeny môžeme eliminovať pravidelnou pohybovou aktivitou, ktorá prináša množstvo benefitov (Simočková, Zamboriová, 2011). Podobne Mlýnková (2010) uvádza, že účinnou metódou predchádzania stavom únavy, bolesti, zníženej koncentrácie je relaxácia. Je to stav psychického a telesného uvoľnenia. Relaxovať sa dá rôznymi spôsobmi. Niektorí pri práci v záhrade, iní pri športe, ručných prácach a pod. Je to o našom prístupe respektíve postoji k možnosti uvoľniť sa a oddýchnuť si.

Z cieľov prevencie ako takej vyplýva, že je lepšie negatívnym dôsledkom záťaže predchádzať, ako ju odstraňovať (Bérešová, Baníková, 2011). Pri prevencii vzniku bolesti chrbtice je potrebné dodržiavať určité zásady, pretože tlmením bolesti použitím analgetík nič neriešime. Degeneratívne procesy tak ani nevrátíme, ani nezastavíme. Najlepší efekt dosiahneme tým, že sa pokúsime zlepšiť stav chrbtice, navrátiť jej pohyblivosť a to i vtedy, keď je tento proces

spojený s nutnosťou prekonať bolesť. Mnohé zmeny sa už vrátiť nedajú, ale do značnej miery môžeme degeneratívne procesy zbrzdiť. Rehabilitačným cvičením najskôr zlepšujeme pohyblivosť, následne posilňujeme svaly. Využívame aj manuálnu liečbu spočívajúcu v rôznych fyzických testoch a úkonoch ako sú rozťahovanie, presúvanie, zhýbanie, zvieranie. Táto liečba vyvoláva reflexné reakcie nervovej sústavy, napr. zvýšením alebo znížením svalového napätia, zmenšením bolesti, rozšírením alebo zúžením ciev (Górnická, 2014). Dôležitosť pri prevencii bolesti chrbtice sa podľa literatúry prikladá dodržiavaniu zásad ako sú:

venovať pozornosť správnej polohe tela v stoji aj v sede,

- nezabúdať na dôležitosť svalovej rovnováhy,
- pokiaľ sme nútený dlhšiu dobu stáť, sedieť či zotrvať v nezmenenej polohe, snažme sa aspoň na krátku dobu polohu zmeniť a venovať pár minút pretiahnutiu svalstva,
- maximálne obmedziť nosenie obuvi s tvrdou podrážkou a vysokými podpätkami, ktoré spôsobujú skrátenie lýtkových svalov a zväčšujú bedrovú lordózu,
- obmedziť nosenie bremien v jednej ruke, snažiť sa záťaž rozdeliť rovnomerne do oboch rúk,
- bremeno zdvíhať z podrepu bez ohýbanie s vyrovnanou chrbticou,
- venovať pozornosť výberu správneho lôžka, najvhodnejšie pre chrbticu pri spánku je použitie tvrdého matraca a vyplnenie priestoru medzi hlavou a matracom valcom,
- po zobudení nevyskakovať rýchlo z postele, v pokoji sa natiahnuť a až tak pomaly vstať,
- sedací nábytok nastaviť na správnu výšku, aby váha tela pôsobila kolmo na tela stavcov a medzistavcové platničky, chodidla musia pevne spočívať na podlahe,

- odpočívať aktívne, užívať si čo najviac pohybu na čerstvom vzduchu, absolvovať pomalé aj rýchle prechádzky a kolektívne športové hry, najpriaznivejšie pre chrbticu je plávanie, cyklistika, gymnastika, tanec (Górnická, 2014).

5.4 Závěry a odporúčania

Výskyt vertebrogénnych ťažkosti súvisiaci s výkonom práce má stúpajúci trend vo všetkých povolaniach nevynímajúc zdravotníckych pracovníkov. Povolanie sestry si vyžaduje poskytovanie kontinuálnej starostlivosti o pacientov, čo zo sebou prináša fyzickú a psychickú záťaž. Jedným zo základných predpokladov prevencie poškodenia pohybového aparátu sestry v dôsledku fyzickej záťaže je uplatnenie správnych techník, spolu s využívaním technických pomôcok pri práci s pacientom (Komačeková, 2010). Výsledky nášho výskumu poukazujú na nedostatky v realizácii preventívnych opatrení zameraných na zníženie výskytu vertebrogénnych ochorení u sestier. Neoddeliteľnou súčasťou celkovej prevencie je optimalizácia organizácie práce sestier na danom pracovisku, aby nedochádzalo k ich preťažovaniu (Uhlíř et al, 2011). Bubeníková, (2014) uvádza, že je žiadúce zamerať sa na získanie informácií o prevencii fyzickej a psychickej záťaže, získanie nielen vedomostí, ale aj zručností na zmiernovanie, riešenie a prevenciu záťažových situácií už v pregraduálnej príprave sestier.

Výsledky nášho výskumu naznačujú potrebu inovácie pregraduálneho vzdelávania sestier v oblasti preventívnych opatrení a taktiež naznačujú potrebu doplnenia sústavného vzdelávania zameraného na prevenciu vertebrogénnych ochorení v profesii sestera.

6 FILOZOFICKÉ POŇATIE SPIRITUÁLNYCH A DUCHOVNÝCH POTRIEB PACIENTOV V OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI

Človek je živou bytosťou, ktorá má svoje potreby, píše autor Laca (2013) a dodáva, že starí Rimania ho označovali ako živočích rozumný (animal rationale). Holistická filozofia nám opisuje človeka ako bio-psycho-sociálno-spirituálnu bytosť (Laca, 2015), ktorej potreby treba neustále napĺňať. V súčasnosti v humanitných, sociálnych i zdravotných vedách prevláda chápanie človeka, ktoré poukazuje na definíciu zdravia ako blaho telesnej, sociálnej, psychickej a duchovnej roviny (Svatošová, 2012). Ako uvádza Drobná (2015) tieto roviny navzájom súvisia a utvárajú jednotlivca ako ľudskú bytosť. Stav, v akých sa jednotlivec v rámci týchto zložiek nachádza, ovplyvňujú chápanie vlastnej identity a života. K základným dimenziám ľudskej prirodzenosti takto náležia:

1. *Biologická zložka* zahŕňa telo človeka a jeho zdravotný stav. Pre správnu funkciu fyzického tela sú napĺňané biologické potreby: potreba výživy, hygieny, vyprázdňovania, pohybu, odpočinku, spánku a pod. Ľudské telo však nie je nevyčerpatel'né a jeho výkon je limitovaný.

2. *Psychická zložka* predstavuje duševný rozmer človeka. Tvorí ju prežívanie a správanie jedinca. Zachytáva vnútorný život, pozostávajúci z myšlienok, predstáv, vnemov, citov, snáh. Práve psychická zložka je oblasťou, v ktorej sa utvára obraz seba samého a s tým súvisiace sebavedomie a sebahodnotenie. „*Sem patrí predovšetkým potreba rešpektovania ľudskej dôstojnosti, a to nezávisle na stave telesnej schránky. Človek nie je iba množina orgánov v koženom vaku. Je jedinečná bytosť so svojím vlastným a neopakovateľným poslaním. A ako takého je nutné ho chápať a rešpektovať vždy, tým skôr v období, keď svoju špecifickú životnú úlohu završuje*“ (Svatošová, 2012, s. 22). K prejavu dôstojnosti prispieva

spôsob komunikácie s pacientom a prístup k nemu, ktorý zahŕňa mimiku, gestikuláciu, postoj, oblečenie. Pacient vníma spôsob, akým k nemu pristupujeme a toto vzťahovanie sa k nemu vplýva na psychické blaho pacienta.

3. *Sociálna zložka* odkazuje na oblasť ľudskej interakcie a potrebu sociálneho kontaktu. Aby sa človek mohol utvárať ako osobnosť, potrebuje spoločnosť a ľudský kontakt. Okolie môže byť zdrojom podpory, motivácie, dôvery, no často tiež sklamaní, smútku, hnevu, pocitov viny a strachu.

4. *Spirituálna zložka* reprezentuje sféru spirituality, či duchovnosti. Presahuje oblasť konkrétneho náboženstva. Podstatou spirituálneho rozmeru človeka je predovšetkým jeho viera, ako to uvádza M. Zandler (2004), keď hovorí, že viera presahuje sféru matérie, no jej podstata nie je ani racionálna. Viera je jednou z potrieb duchovného života a to vo forme vzťahu k absolútnu, k Bohu, k transcendentnu, k zmyslu života. Vedomie zmyslu súvisí s videním svojho života v širších dimenziách a tie slúžia pacientovi ako rámec pre seba poňatie a chápanie sveta, na základe ktorých jednanie pacienta nadobúda zmysel (Drobná, 2015). Obzvlášť u pacientov v terminálnom alebo rizikovitom štádiu ochorenia je stav pociťovania beznádeje a absencie zmyslu deštruktívnym faktorom celkového zdravotného stavu, ktorý je potrebné naplniť spirituálnou a duchovnou starostlivosťou. Preto má spirituálna a duchovná starostlivosť svoje opodstatnené miesto a pre hospitalizovaného klienta je významným prínosom, pretože spirituálne a duchovné potreby zohrávajú v chorobe človeka významnú rolu, napriek tomu, že ich saturovanie sa doposiaľ neprikladá taký význam ako uspokojovaniu biologických, psychických či sociálnych potrieb.

Ošetrovateľská starostlivosť zameraná na tieto potreby zohráva v zdravotníckych zariadeniach a v modernom ošetrovateľskom procese klienta dôležitú úlohu. Podľa posledných štatistík sa v Slovenskej republike hlási ku kresťanstvu 73 % obyvateľov, čiže väčšina

obyvateľov krajiny je veriacich. Preto v tejto súvislosti konštatujeme, že v slovenskom zdravotníctve je potrebné uvažovať o poskytovaní duchovnej a spirituálnej starostlivosti ešte vo väčšej miere.

Duchovné potreby nemusia vykonávať iba „odborní teologickí poskytovatelia“, duchovné osoby (kňazi, diakoni, rehoľníci), rôzni pastorační asistenti, prípadne psychológovia, psychoterapeuti, ale sú k tomu povolané aj sestry a pôrodné asistentky. Väčšina sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku si uvedomuje dôležitosť začleňovania spirituálnych a duchovných potrieb do ošetrovateľskej starostlivosti, ale v praktickom začleňovaní spirituálnej zložky do ošetrovateľského procesu panujú stále značné rezervy a v mnohých prípadoch i zbytočné predsudky. Dôvodom sú zažitá predstava o vyhranenosti duchovných potrieb výhradne pre veriacich (prípadne umierajúcich) pacientov a taktiež nízka informovanosť sestier a pôrodných asistentiek o spirituálnych a duchovných potrebách.

Jednou zo základných ľudských duchovných potrieb ako sa zmieňuje L. Drobná (2015) je možnosť zdieľať svoje pocity a mať v blízkosti človeka, ktorý je schopný druhému načúvať a porozumieť. Túto ľudskú potrebu napĺňa duchovná pomoc vo forme sprevádzania. Sprevádzanie nachádza význam u pacientov, najmä zomierajúcich, pacientov s chronickými ochoreniami a psychosomatickými problémami, u handicapovaných.

Sprevádzanie reaguje na potreby detí, seniorov i ľudí v produktívnom veku. Pomáha pacientom, blízkym pacientov, personálu v zdravotníckych a pomáhajúcich profesiách. Preto je vždy špecifickým a jedinečným ako to uvádza Prochádzka (2013). O princípe sprevádzania uvažuje A. Opatrný (2003, s. 8) a ukazuje, že sprevádzanie „vystihuje tak povinnosť pomáhajúceho (pokiaľ doprevádzam, tak neopúšťam, nie som určený len pre šťastné chvíle), ako rešpektovanie doprevádzaného (nie je iba „objektom starostlivosti“ alebo vhodnou osobou k získaniu pre naše plány), a tiež skutočnosť, že

chorý neprichádza bez vlastnej histórie: ide svojou životnou cestou, na ktorej sa k nemu doprevádzajúci pridružuje.“

Sprevádzanie spočíva vo vypočutí pacienta, ktorého rešpektujeme, v ľudskej prítomnosti a v zdieľaní. To nás privádza k naplneniu ľudskej potreby kontaktu: cieľom je, aby zomierajúci nezomieral osamotený a aby sa mal chorý na koho obrátiť, ak prežíva vnútorné trápenie. Sprevádzajúci mu môže poskytnúť podporu, dôveru a pochopenie.

6.1 Charakteristika pojmov spiritualita a religiozita

Spirituálna a duchovná starostlivosť sa často v mysliach ľudí chápe iba ako zaisťovanie duchovných potrieb religióznym pacientom, teda začlenených do jednotlivých cirkví a destinácií. Zabúda sa však na to, že spirituálny a duchovný rozmer má každý človek, odhliadnuc jeho osobné presvedčenie. Skúsenosti mnohých duchovných osôb s chorými totiž ukazujú, že „*táto dimenzia človeka je prítomná a zohráva svoju úlohu aj vtedy, keď chorý v zásade so svojim okolím nekomunikuje, keď je v bezvedomí, prípadne je veľmi blízko smrti*“ (Opatrný, 2006, s. 5).

Termín spiritualita sa v posledných rokoch frekventovane vyskytuje tak v laickej verejnosti, ako aj v rôznych odborných publikáciách. Pokúsiť sa o samotnú definíciu pojmu *spiritualita* je častokrát veľmi náročné a mnoho autorov ju chápe v rôznom kontexte. Je veľmi ťažké podať striktnú definíciu *spirituality* a *religiozity*. Východiskom vysvetlenia pojmov *spiritualita* a *religiozita* nám budú definície jednotlivých autorov, ktoré napomôžu ozrejmiť základné chápanie jednak z pohľadu filozofie, teológie i samotnej psychológie.

Spiritualita bola pôvodne teologickým pojmom vyjadrujúcim vzťah človeka k Bohu. Dnes je jej význam zmenený a používa sa pre opis náboženských i nenáboženských zážitkov človeka (Kubicová, 2011). Asociácia ASERVIC uvádza definíciu *spirituality* v dokumente nazvanom *White paper* ako *vrodenú schopnosť a sklon*, ktorý je jedinečný pre každú osobu. Táto tendencia posúva človeka k poznaniu,

láske, zmyslu, nádeji, transcencii, sunáležitosti a celistvosti. Spiritualita je pestovanie citlivosti k duchovným hodnotám, často sa chápe ako synonymum duchovného života vôbec. Väčšinou ide o prežívanie a vyjadrovanie vzťahu k Bohu vo vnútri určitého štruktúrovaného náboženstva alebo náboženského hnutia. Je to osobná náboženská skúsenosť a jej uskutočňovanie v živote.

Smékal (2002) zaraďuje k prostriedkom pestovania spirituality okrem tradičnej modlitby a pokánia, aj posvätné tance, spev, pobyt v prírode, poznanie svojich osobnostných rysov, reflexiu a sebareflexiu. Zároveň uvádza názor T. Keatinga o dvoch spirituálnych cestách: *jedna cesta* chápe svet ako cvičné pole, miesto utrpenia, z ktorého človek odchádza do večnej blaženosti. Pri *druhej ceste* činnosť je úlohou, ktorú dal človeku Boh na zduchovňovanie človeka a sveta. Podľa Smékala (2002) treba sa zaoberať spiritualitou ako cestou k múdrosti a eticky zakotvenému životu, ako nástrojom zmeny osobnosti, ako spôsobom obnovy pokoja v duši a ako cestou spásy.

Spiritualita sa môže charakterizovať aj ako dimenzia života, ktorá zrkadlí potrebu nájsť zmysel v ľudskej existencii, ale tiež ako postoj, ktorý vychádza priamo z kresťanskej tradície. Spiritualita nie je však podmienená zvyčajným členstvom v cirkvi a súhlasom s existenciou Boha (Haškovcová, 2007). Je to cesta za cieľom, ktorý nás presahuje a uskutočňuje sa v našom hodnotovom postoji (Prokop, 2006). Nie je to nejaký pravidelný čiastkový súbor presvedčení alebo praktických krokov, nie je tematicky ohraničená a akosi osamotená, ale je to integrálna stránka každodenného života (Křívohlavý, 2006). Spiritualita nám ukazuje, že ľudia nie sú len fyzické tela, ktoré potrebujú obyčajnú mechanickú ošetrovateľskú starostlivosť. Ľudia zistili, že im významne pomáha zapojenie mysle a ducha udržovať zdravie a bojovať s chorobami, traumami a životnými zmenami (Čermák, 2011). Spiritualita zvykne byť opisovaná v dvojdimenzionálnom význame, ako dimenzia *vertikálna* vo vzťahu k

Bohu a k transcendentnu, a tiež ako dimenzia *horizontálna* vo vzťahu k sebe samému, k ostatným a k prostrediu, ktoré človeka obklopuje (Ivanová, 2005).

Filozofia chápe *ducha (spiritus)* ako nemateriálnu, jednoduchú a substanciálnu bytosť, spôsobilú k sebvlastneniu pomocou sebedomia a slobodného sebaurčenia a k chápaniu a uskutočňovaniu nadzmyslových hodnôt (Burgger, 1994). Filozofické vymedzenie *duchovnosti* predostrela na Slovensku, ako uvádza M. Striženec (2005), Z. Plašienková, ktorá duchovnosťou nazýva existenciálny postoj človeka, celkový súhrn všetkých skúseností, ktoré sa týkajú sféry transcencie, ktorá môže byť náboženská i nenáboženská. Dnes existuje neprehľadné množstvo alternatívnych spiritualít. Napríklad ekologickú duchovnosť zaraďuje autorka do „malej“ transcencie a zdôrazňuje, že treba odlišiť duchovnosť od náboženskosti. Špecifikom ekologickej duchovnosti je ekocentrické chápanie a postihovanie prítomnosti Boha viac vo svete ako nad ním. Čo sa týka pojmu transcencia, doslova znamená prekročenie či presah. Význam tohto pojmu závisí od oblasti použitia. V teórii poznania ide o nezávislosť od vedomia, v oblasti skúsenosti znamená nadzmyslové, na úrovni bytia ide o nadsvetkosť (prekračovanie viditeľného sveta), v existenciálnej filozofii (napríklad u Heideggera) je transcencia presahovanie jednotlivého bytia k svetu vôbec.

V teológii sa *spiritualita* považuje za osobný a spontánny prejav spirituálneho života, ako výsledok pôsobenia Svätého Ducha, tretej božskej osoby. Ako uvádzajú A. Solignac a M. Dupuy (1989-1990) v svojom popise histórie slova spiritualita, podstatné meno spiritualitas nadobudlo postupne tri významy (Striženec, 2005):

- *náboženský* (aplikácia na spirituálny život - od 5. storočia)
- *filozofický* (označenie spôsobu poznania - od 12. storočia)
- *právnický* (od konca 12. storočia - v súvislosti s cirkevnými funkciami, kultovými predmetmi).

Prvý raz sa termín spiritualita objavuje v teológii v 16. storočí, avšak k jeho skutočnému používaniu dochádza až začiatkom 20. storočia. V súčasnosti dominuje náboženský význam slova spiritualita. Ako uvádza P. Dinzeltacher (1989), pojem spiritualita sa širšie zaužíval v Nemecku po druhej svetovej vojne, a to najmä v evanjelickej teológii. Na objasnenie tohto pojmu sa od roku 1960 uskutočnili viaceré štúdie. Išlo aj o definovanie špecifického charakteru „spirituálnej teológie“ a jej miesta medzi teologickými disciplínami. Táto teológia skúma skúsenosť spirituálneho života v jeho rôznych modalitách, jej postupný vývin, jej štruktúry a zákonitosti. Zahrňuje v minulosti izolovane chápanú mystiku (dôraz na vnútorný zážitok, neobvykle spojenie s Bohom) a asketiku (dosahovanie najvyššieho stupňa dokonalosti, najmä potláčaním zmyselných telesných žiadostí a rozjímaním o večných pravdách).

Spiritualitu nemožno popisovať nezávisle od osôb, ktoré ju prežívajú. Pritom sú tu odlišnosti súvisiace s pohlavím, vekom, temperamentom, prostredím, životným stavom. Známe sú rôzne školy spirituality, ktoré súvisia aj s teologickými školami. Napríklad v rámci Katolíckej cirkvi sa pestuje dominikánska, tereziánska, ignaciánska, kapucínska spiritualita, ako aj spiritualita súčasných náboženských hnutí (napríklad Charismatici, Fokoláre, Neokatechumenát a pod.). Teologické názory na spiritualitu (v súčasnosti rozvíjané najmä v rámci už spomínanej novej disciplíny - spirituálnej teológie) majú dlhú históriu a sú predmetom veľkého množstva prác. Spiritualita sa považovala za jadro zrelej religiozity a *duch* (v hebrejčine „ruah“, v gréčtine „pneuma“ a v latinčine „spiritus“) za miesto komunikácie s božstvom.

Čo sa týka vzájomnej závislosti spirituálneho života a psychiky, môžu u teológov i veriacich vzniknúť obavy z profanizácie skutočností považovaných za posvätné. Posvätno (sacrum) ako jedna z hlavných kategórií modernej religionistiky má svoj pôvod u sociológa E.

Durkheima a religionistu R. Otta. Tento pojem ťažko definovať a možno ho identifikovať len odlišením od profanum, t. j. od toho, čo je svetské. Napríklad *chrám* je pre veriaceho *sacrum*, pre neveriaceho *kultúrna pamiatka – profanum*.

Na prínos psychológie pre zmapovanie prejavov duchovného života poukazuje známy český psychológ V. Smékal (2002). V súvislosti s psychológiou osobnosti uvádza, že duchovnou dimenziou svojho bytia osobnosť transcenduje svoju každodennosť a otvára sa formovaniu takých charakteristík ako je láska, zodpovednosť a prezieravosť, múdrosť, vyrovnanosť, ušľachtilosť.

Psychológia môže pomôcť pri zoznámení sa s cestami duchovného života, pri hľadaní kľúčov k tajomstvu spirituality. Aj zahraniční autori uvádzajú, ako sa zmieňuje Striženec (2005), že v novej dobe sa prejavuje kladné hodnotenie prínosu psychológie pre spirituálnu teológiu. Teologické hľadisko nemôže vylučovať psychologické hľadisko pri analýze spirituality. Uvádza sa, že spirituálna teológia je štúdium duchovného života v jeho psychologických podmienkach. Vzhľadom na potrebu poznať človeka v jeho úplnosti nie je rozpor medzi psychológiou a spirituálnou teológiou. Pri riešení vzťahu medzi milosťou a ľudskou prirodzenosťou prevláda dnes v teológii názor, že prirodzené sily posilňované a povýšené do božského poriadku zostávajú harmonicky prepletené so silami milosti (milosť neničí prirodzenosť, ale ju zdokonaľuje). Často je však obťažné zistiť, čo pochádza z prirodzenosti a čo z milosti. Treba však rozlíšiť „vonkajší“ vzťah medzi nimi (všeobecné posvätenie, v podstate nezávisiace od duševných dispozícií) a „vnútorný“ vzťah (pôsobenie na celú osobnosť - napríklad u neurotika je sťažené pôsobenie milosti). I keď pôsobenie milosti sa nedá priamo analyzovať, jej účinky - značne individuálne odlišné - sú prístupné vedeckému bádaniu.

Náboženstvo (religiozita) sa zvyčajne stotožňuje s organizovaným duchovným životom, zatiaľ čo *spiritualita* je mu pojmom nadradeným.

Tieto dve entity sa môžu i nemusia prekrývať, ale náboženstvo je viacmenej vnímané ako nástroj k pochopeniu a vyjadreniu duchovna cez určité rituály a náboženské aktivity. Na rozdiel od spirituality je náboženstvo chápané v spojitosti s cirkvou vzťahujúcou sa ku konkrétnej náboženskej tradícii (Kutnohorská, 2007). Pri snahe presnejšie vymedziť spiritualitu je najprv potrebné oddiferencovať ju od religiozity. Religiozita (náboženskosť) bola vymedzená Strížencom (1997) ako osobný a kladný vzťah človeka k náboženstvu (Bohu), zahrňujúci rôzny komplex javov, najmä rôzne formy myslenia (dimenzia poznatkov - náboženské presvedčenie), prežívania (náboženské city) a konania (kult, aktivita v rámci náboženského spoločenstva). Religiozita zahrňuje teda postoj k náboženským obsahom, ktorý sa prejavuje v individuálnom hodnotovom systéme. Rôzne stránky religiozity sú v mnohostrannom vzájomnom vzťahu s inými charakteristikami osobnosti.

Na nevyhnutnosť rozlišovania religiozity a spirituality poukázali aj Tloczynski a i. (1997). Vychádzajúc z iných autorov religiozitu vymedzujú ako pridržanie sa presvedčení a rituálov organizovanej cirkvi alebo náboženskej inštitúcie. Spiritualitu považujú za spôsob existencie a skúsenosti, ku ktorým dochádza prostredníctvom uvedomenia si transcendentnej dimenzie osobnosti. Spiritualitu charakterizujú určité hodnoty vo vzťahu človeka k sebe, iným ľuďom, prírode, životu a tomu, čo sa považuje za „posledné platné“ (Ultimate). I keď orientácia na Absolútne (Boha) je spoločná pre religiozitu i spiritualitu, religiozitu považujú za viac kolektívnu a dogmatickú a spiritualitu za viac individuálnu, osobnú, priamu a skúsenostnú.

Pôvodne religiozita zahrňovala individuálne i inštitucionálne prvky. Dnes sa často popisuje ako formálne štruktúrovaná a spája sa s náboženskými inštitúciami, predpísanou vieroukou a rituálmi. Naproti tomu spiritualita sa považuje za individuálny jav a spája sa s osobnou transcenciou, zmysluplnosťou. Zdôrazňuje sa v nej duchovná

skúsenosť (napríklad mystické zážitky). Značná neurčitosť sa prejavuje aj vo vymedzeniach, ktoré uvádzajú P. Hartl a H. Hartlová (2000, s. 505, s. 506) vo svojom psychologickom slovníku. Pri religiozite uvádzajú: „...*zbožnosť, viera v pravosť a pravdivosť náboženstva, sila viery, náboženské presvedčenie, jeho rôzna miera a jeho odraz v správaní a každodennej praxi človeka*“. Pri spiritualite: „...*duchovnosť, vyhranená zameranosť na psychickú stránku človeka; dôraz na čo najmenšiu závislosť psychiky na telesných faktoroch*“. Naproti tomu P. C. Hill a Pargament ako uvádza Striženec (2005) tvrdia, že väčšina ľudí prežíva spiritualitu v rámci organizovaného náboženského kontextu. Spiritualitu tak možno chápať ako hľadanie posvätna, proces pomocou ktorého sa ľudia snažia odhaliť a pridržať sa toho, čo považujú za posvätné vo svojom živote. Posvätno zahrňuje pojmy ako Boh, božstvo, Posledná skutočnosť, ako aj také aspekty života, ktoré majú mimoriadny charakter.

Čo sa týka rozdielov medzi religiozitou a spiritualitou, poľský autor Socha (2000) uvádza, že každý človek prejavuje spiritualitu, bez ohľadu na jeho vzťah k náboženstvu. Pojmy duchovnosť a religiozita sa čiastočne prekrývajú. Spiritualita je nevyhnutným jadrom religiozity, avšak presahuje religiozitu. Zahrňuje formy viery v zmysle tak humanistického ako aj fundamentalistického náboženstva, meditáciu, tradičné i liberálne náboženstvo, „vyššiu kultúru“ (klasické umenie) i „nižšiu“ kultúru. Spiritualita nemusí byť nevyhnutne celostná, ale môže byť aj neusporiadaná alebo ochudobnená. Proces spirituálneho vývinu môže byť úmyselný, spontánny (začína už v detstve) alebo oboje.

Dosiahnutý stupeň spirituality závisí od motivačnej, kognitívnej a zážitkovej kapacity človeka. Spiritualita je základom pozitívneho i negatívneho vnímania existenciálnej situácie človeka. Je to neostrý, súborný pojem, spájajúci psychické procesy a vlastnosti s javmi, ktoré sa rozvíjajú v rámci duchovného života (svetonázor, religiozita, múdrosť, morálka). Preto každý jednotlivec si v závislosti od rôznych

faktorov (vrodený základ, socializácia, kultúrne prostredie, výskyt šancí, životné udalosti) vyberá taký druh spirituality, ktorý najlepšie spĺňa jeho potreby. Charakteristiky spirituality u religióznych a „nereligióznych“ ľudí popísal Reich (2001) nasledovne: 1. vzhľad a porozumenie; 2. zmysel pre kontext a perspektívu, 3. uvedomenie si vzájomnej spätosti vecí, jednoty v rámci rozdielnosti, schém v rámci celku; 4. integrácia tela, mysle, duše a ducha ako aj rôznych dimenzií života; 5. zmysel pre zázrak, tajomstvo a úžas; 6. vďačnosť, potešenie, pokora vo vzťahu k dobrodeniam života; 7. nádej a optimizmus; 8. odvaha, „duchaplň“ prístup k životu; 9. energia; 10. odpútanosť; 11. prijatie nevyhnutnosti; 12. láska (najvýstižnejšia charakteristika spirituálnosti osoby); 13. citlivý, starostlivý prístup k iným ľuďom, k sebe a ku kozmu ako celku.

Podľa Strieženeca (2005) sa rozlišuje dnes väčšinou spiritualita náboženská, prirodzená a humanistická. Z humanistického hľadiska spiritualita je univerzálna, je to ľudský jav, má fenomenologické spoločné jadro, je to schopnosť odpovedať na numinózne, charakterizuje ju „tajomná energia“, jej posledným cieľom je spolucítenie. Súčasný dôraz na spiritualitu predstavuje skôr rozšírenie konceptu náboženstvo než jeho postmodernú náhradu. Otvorený priestor pre diskusiu o spiritualite poskytla humanistická psychológia. Ako uvádza D. N. Elkins (2001), anketa u členom sekcie Humanistickej psychológie Americkej psychologické asociácie ukázala, že pre 77 % členov je spiritualita dôležitá alebo veľmi dôležitá v ich živote, 75 % verí v určitý druh vyššej sily a 43 % verí v osobného Boha.

Uvedený autor považuje spiritualitu za univerzálny (dostupný každému človeku) ľudský jav (prirodzený potenciál človeka, pričom sa nevylučuje božská zložka). Spoločné jadro spirituality sa nachádza vo vnútornej fenomenologickej úrovni. Prejavuje sa v nespočetných formách, avšak základom je spoločná silná túžba po posvätné, oslave tajomstva života. Posvätná skúsenosť môže mať rôznu intenzitu.

Najčastejšie sú silné okamihy v každodennom živote (napríklad krása východu slnka, symfónie), charakterizované úžasom, vďačnosťou. Silnejšie sú vrcholové zážitky a najsilnejšie - mystické stretnutia

6.2 Poskytovanie duchovnej starostlivosti

Objasnenie toho, čo sú duchovné (spirituálne) potreby nám poskytuje aj úryvok z knihy od M. Svatošovej, v ktorej sa píše, že „všetci máme spirituálne potreby, všetci túžime, aby náš život bol naplnený zmyslom, všetci by sme chceli zomrieť s pocitom, že sme sa aspoň pokúsili urobiť tento svet o trochu lepším miestom k prebývaniu, než bol svet, do ktorého sme sa narodili“ (Svatošová, 2012, s. 9).

Autorka M. Svatošová ďalej píše, že o duchovné potreby by sme sa mali viac zaujímať u ľudí, ktorí nežijú z viery. Ti, ktorí sú veriaci, zvyčajne vedia, čo potrebujú a ako si to zariadiť. Ale neveriaci to nevedia a práve v čase, keď prichádza vážna choroba, potrebujú pomoc so zodpovedaním si na otázky o zmysle života; potrebujú vedieť, že im bolo odpustené, že oni sami odpustili, že život, ktorý prežili, mal zmysel. Ak nie je táto potreba zmysluplnosti naplnená, nastáva stav duchovnej núdze (krízy), človek si zúfa a tým trpí. Je potrebné mu ukázať, že v každej situácii sa dá žiť zmysluplne (Svatošová, 2012). Najskôr by mal človek nájsť svoje vlastné duchovné potreby; to znamená, čo ho naplňuje pocitom šťastia a spokojnosti a pomáha mu to byť v živote vyrovnaným.

Ak zdravotník, ktorý nerozumie svojim duchovným potrebám alebo sa nimi nechce zaoberať, nemôže potom pochopiť ani to, ako môže pomôcť pacientovi s jeho duchovnými bolesťami a problémami. Pacient veľmi ľahko pozná, že mu v týchto situáciách tento človek nedokáže pomôcť, a už s ním nebude chcieť nič podobné riešiť (Svatošová, 2012); a zdravotník tak nesplní svoju povinnosť, sklame svoje poslanie – pomáhať. Stačí mať iba záujem a snahu riešiť tieto veci, i keď nám to na začiatku možno veľmi nepôjde; ako začiatočníci

si chyby môžeme dovoliť, a navyiac, chybami sa človek učí. Týmto má byť povedané to, že ani neveriace sestry by nemali zmenšovať dôležitosť významu duchovných potrieb a ich uspokojovanie, napriek tomu, že nie sú veriace a neuznávajú existenciu Boha. Pokiaľ toto budú konať s úprimnosťou, „*bude im to uznané ako spravodlivé*“ (Gn 15, 6).

O histórii poskytovania duchovnej starostlivosti chorým sa píše vo Svätom písme, konkrétne v Starom zákone, ktorý predstavuje Boha ako toho, ktorý zachraňuje, vyvádza z otroctva, stará sa o človeka. Vtedajšej pastierskej kultúre bol blízky obraz pastiera, a preto sa pre Boha starajúceho a ochraňujúceho ujala, okrem iného, metafora pastiera.

Kresťanstvo prinieslo nové chápanie podstaty zdravotníckeho povolania „*ako služby Bohu a bližnemu, a tým i nový vzťah zdravotníkov k chorým* (Slabý, 1991, s. 7).“ Duchovná starostlivosť o chorých má teda kresťanské korene. Na základe biblických textov sa kresťania začali intenzívne starať o chorých a postihnutých, kde popri ošetrovaní rán a ich liečenia patrila k starostlivosti tiež modlitba a čítanie zo Svätého písma (Laca, S., 2011). Znamenalo to a dodnes znamená napodobovať Ježiša ako dobrého Pastiera (Opatrná, 2006). V Matúšovom evanjeliu sa Ježiš Kristus stotožňuje nielen s hladnými, smädnými a úbohými, ale tiež s chorými. Konkrétne v Novom zákone sa mažeme dočítať, že Ježiš uzdravoval slovom a dotykom, občas dokonca použil materiály ako je blato alebo slinu.

Lukášovo evanjelium opisuje príbeh o milosrdnom Samaritánovi: „*Istý muž sa uberal z Jeruzalema do Jericha. Cestou ho prepadli banditi, ukradli mu šaty aj peniaze, zbili ho a polomŕtveho ho nechali ležať pri ceste. Náhodou šiel tadiaľ kňaz, ale keď ho videl, zďaleka ho obišiel. Aj jeden chrámový sluha šiel okolo, ale ani ten mu neposkytol pomoc. Napokon šiel tade aj jeden z opovrhovaných Samaritánov. Keď videl zraneného, prišlo mu ho nesmierne ľúto. Zabudol na starú nenávisť medzi Židmi a Samaritánmi, pristúpil k nemu, ošetril mu rany olejom a vínom, obviazal mu ich, vysadil na svojho oslika, zaviezol do*

hostinca a tam sa oňho staral. Na druhý deň dal hostinskému dva strieborníaky a poprosil ho: Postaraj sa oňho, a ak ťa to bude viac stáť, doplatím ti, keď sa budem vracáť. Čo myslíš, spýtal sa Ježiš, ktorý z tých troch mužov sa zachoval ako bližný k tomu úbožiakovi, čo ho prepadli banditi? Ten, čo mu pomohol, odpovedal učiteľ Zákona. Tak teraz choď a konaj podobne, povedal mu Ježiš“ (Lk 10, 30-37). V celom Novom zákone Ježiš vyzýva človeka k podobnému konaniu.

Starostlivosť o chorých sa spája s celou históriou kresťanstva. Duchovnej pomoci o chorých sa venovali už stredoveké kresťanské rády. Siroty, starí ľudia, chorí, chudobní a malomocní predstavovali v ranom stredoveku marginalizované skupiny vytlačené na okraj spoločnosti. V 4. storočí vybudoval svätý biskup Bazil sociálne a zdravotné zariadenia, ktoré možno považovať za prvé nemocnice v dejinách spätých s históriou európskej spoločnosti (Zandler, 2004). Nakoľko išlo o centrá a útulky pre chorých a biednych, môžeme o nich hovoriť ako o základe pre ďalší rozvoj zdravotnej starostlivosti. V stredoveku starostlivosť o chorých poskytovali okrem cirkevných rádov i rytierske rády, ktoré vznikali v období vojen a starali sa o zranených v bojoch. Starostlivosť o chorých, ktorú poskytovali rehoľné rády, obsahovala aspekt duchovnej podpory, modlitby a bohoslužieb. Medzi významné rády patrili rád sv. Lazara, johaniti, klaristky, rád milosrdných bratov, alžbetinky, boromejky - rád sv. Karla Boromejského, vincentky a ďalšie iné.

V stredoveku sa o chorých starali výhradne ženy. Útulky a nemocnice poskytovali útočisko taktiež pútnikom, umierajúcim, chudobným a ľuďom bez domova. V strednej Európe patrili medzi najslávnejšie ošetrovatelky: svätá Anežka Česká (13. stor.), zakladateľka organizovanej starostlivosti o chorých a umierajúcich v českých krajinách. Jej súčasníčka bola svätá Alžbeta Durínska (13. stor.), žena urodzeného pôvodu, ktorá založila nemocnicu a sama v nej ošetrovala tých chorých, ktorých sa ostatní štítali alebo ich nechceli

ošetrovať kvôli zápachu. Ďalej svätá Hedviga Sliezska (12.-13. stor.), ktorá navštevovala a starala sa o chorých aj v ich domovoch. Potom svätá Zdislava z Lemberka (13. stor.), ktorá dokázala skvele spojiť starostlivosť o chorých s výchovou svojich štyroch detí. A nakoniec aj svätá Katarína Fieschi-Adorno (Katarína Janovská, 15.-16. stor.), ktorá sa starala o chorých behom dvoch veľkých morových epidémii (Kisvertová, Krátká, 2011).

V novoveku sa s rozvojom prírodných vied a lekárskech fakúlt odlúčila medicína od cirkvi. Medicína sa tak odlúčila od náboženstva. Zmenil sa prístup k pacientom i chápanie choroby. Dôraz sa kládol na odstránenie ochorenia a pozornosť prešla z trpiaceho človeka na utrpenie samotné (Hrudniková, 1997). Od 20. storočia sa v zdravotníctve rozvíja celostný prístup k človeku. S filozoficko-holistickým pohľadom na človeka úmerne narastá aj kvalita poskytovanej starostlivosti.

Spiritualita ako dimenzia osobnosti človeka je mnohodimenzionálny psychologický konštrukt. Znamená to hľadanie osobného spojenia s transcendentnom (s tým čo nás presahuje, je vyššie a dokonalejšie ako my) ako aj uznanie určitej závislosti od tejto transcendentnej skutočnosti, jej prežívanie v bežnom živote. Zväčša je to niečo nemateriálne, samotný Boh, Vyššia sila, božstvo, Príroda, Vesmír. So spiritualitou sa spája subjektívny zážitok posvätna, zaoberanie sa s „poslednými záležitosťami“, hľadanie určitého zmyslu, istoty, súvislosti, výšin ľudských možností. Čo sa týka odlišenia spirituality od religiozity, spoločným je tu uznávanie metaempirickej dimenzie reality. Zatiaľ čo *religiozita* sa popisuje ako formálne štruktúrovaná, ide o pridržanie sa presvedčení a rituálov organizovanej cirkvi, náboženskej inštitúcie, *spiritualita* je skôr individuálny jav, charakterizujú ho určité hodnoty (vo vzťahu k sebe, iným ľuďom, prírode, životu) a zdôrazňuje sa v ňom duchovná skúsenosť (najvyššou formou sú mystické zážitky). Spiritualita je teda nevyhnutným jadrom

religiozity, avšak značne presahuje religiozitu. Pri prirodzenej spiritualite transcendentným objektom môže byť príroda, vesmír, národ, resp. tu transcendentný objekt chýba a podnety ku spiritualite vychádzajú zvnútra človeka. Vzhľadom na svoje potreby si človek vytvára určitý druh spirituality.

7 ŠPECIFIKÁ PRÍSTUPU K PACIENTOVI S DEMENCIOU

Demencie postihujú dospelé osoby, ktoré majú o sebe predstavu ako o dospelom človeku, ale strácajú schopnosť fungovať ako dospelí. Chorý hlavne na začiatku rozvoja príznakov si uvedomuje zmeny. Reaguje na ne podráždene, depresívnym rozladením či úzkosťou. Má problémy získavať nové informácie, viazne ich vybavovanie. Poruchy krátkodobej pamäti významne zhoršujú kvalitu života. Lepšie funguje dlhodobá pamäť, čo sa dá využiť pri rozhovore s pacientom. Chýbajúce informácie chorý nahrádza konfabuláciami, opakovane kladie otázky, odpovede okamžite zabúda. Má problémy vyjadriť svoje myšlienky, hľadá slová, pomáha si opisom situácie, čo môže viesť k nedorozumeniu. Je bezradný, nervózny, chápe to ako nepochopenie svojej osoby. Na základe zmien súvisiacich s prejavom ochorenia chorý reaguje neadekvátne. Zdanlivo sa javí ako nespupracujúci. Narušená pozornosť chorého sa prejaví v jeho správaní, je roztržitý, nevydrží pri jednej činnosti, stáva sa rušivým elementom pri spoločných činnostiach. Snaha o jeho aktivizáciu vedie k presýteniu podnetov. (Venglářová, Mahrová, 2006)

V literatúre, ale aj v praxi sa stretávame so širokou škálou terapeutických prístupov, ktoré sú zamerané na ľudí s Alzheimerovou chorobou. Všetky majú spoločný základ, a to orientáciu na postihnutého človeka, na jeho bio- psycho- sociálnu jednotu. Niektoré sa zameriavajú viac na stimuláciu pozitívneho myslenia klienta, ale sú aj také, ktoré pracujú s negatívnymi emóciami a prežívaním (Wirth 2009). Profesor Erwin Böhm, autor psychobiografického modelu starostlivosti, vždy kritizoval klasické spôsoby starostlivosti o pacienta s demenciou, ktoré zahrňovali iba nakŕmenie pacienta, udržanie pacienta v čistote a v pohodlí. Spôsoby starostlivosti, kedy ošetrujúci personál vykonával všetky úkony sebaopatery u pacienta bez jeho aktívneho zapojenia, nevyužíval zachované schopnosti a zručnosti

pacienta, sú v nových modeloch starostlivosti o pacienta s demenciou minulosťou. Böhm vo svojom modeli uvádza, že u pacientov s demenciou je nutné najskôr rozhybať psychiku a potom až telo. Biografia pacienta má napomôcť sestram a ošetrojúcemu personálu lepšie porozumieť pacientovi a jeho potrebám. Na základe tohto poznania a porozumenia je možné poskytovať adekvátne služby a starostlivosť s úctou a s rešpektom (Bartáková, 2013).

7.1 Validácia ako nástroj prístupu sestry k pacientovi s demenciou

Starostlivosť o pacienta s diagnózou Alzheimerova demencia je náročná pre ošetrovateľský personál, ako aj pre rodinných príslušníkov. Miera tpežlivosti, ochoty a empatie, ktorú rodina prejavuje svojmu chorému členovi rodiny, zásadným spôsobom ovplyvňuje ošetrovateľský proces. Teoretická príprava a praktická implementácia príslušných nefarmakologických intervencií v ošetrovateľskej praxi môže prispieť k novým impulzom a prístupom v starostlivosti o pacienta s demenciou. Jedným z nefarmakologických prístupov k dementne chorým pacientom môže byť validácia. Koncept validácie pomáha sestram preklenúť komunikačné bariéry pri styku s dementne chorými. Aj vďaka charakteristickým symptómom, ktoré sú často krát neoddeliteľnou súčasťou tohto ochorenia, dokážu vyškolené sestry naplno realizovať naučené komunikačné techniky (Ferková, 2013).

Validácia podľa Naomi Feil je moderná metóda komunikácie s dezorientovanými starými ľuďmi (Wirth, 2009). Metódu komunikácie vyvinula a prepracovala v USA N. Feil. Možnosti a praktické využitie validácie si už overili v mnohých krajinách sveta. V skrátenej forme slovo „validovať“ N. Feil vysvetľuje takto: „Validovať niekoho znamená uznať jeho pocity, povedať mu, že jeho pocity sú naozajstné“ (Feil, de Klerk-Rubin 2015, s. 13).

Validácia znamená uznanie hodnoty človeka bez ohľadu na to, do akej miery je orientovaný. Je metódou komunikácie a zároveň terapie, prostredníctvom ktorej je nadväzovaný a udržiavaný kontakt so seniorom s poruchou orientácie v dôsledku rôznych foriem demencie. Používa verbálne aj neverbálne techniky. Je určená osobám, ktoré prežili väčšinu svojho života normálne, bez toho aby boli dlhodobými psychiatrickými pacientmi. Aj keď somatický stav týchto pacientov sa zhoršuje, psychický stav možno pôsobením validácie významne ovplyvniť (Vacková, 2010). Validácia umožňuje aj odhadnutie typu správania dezorientovaných starých ľudí a ponúka jednoduché praktické techniky, ktoré pomáhajú znovu vytvoriť ich dôstojnosť a zabrániť prepadnutiu do štádia vegetácie (Feil, 2007). Autorka validácie N. Feil definuje dezorientovaných veľmi starých ľudí takto:

- nemajú flexibilné správanie
- pridrievajú sa prekonaných rolí
- bojujú s neprekonanými emóciami
- sťahujú sa z prítomnosti, aby dokázali prežiť
- vykazujú významnú stratu kognitívneho úpadku
- nie sú schopní intelektuálneho úsudku (Feil, de Klerk-Rubin, 2015).

Validácia nepatrí k metódam, ktoré sa dajú použiť v intervencii jednorázovo a hneď prinesú očakávaný efekt. Pozitívne výsledky prináša len vtedy, keď sa aplikuje cielene a dlhodobo a keď filozofiu validácie prijímajú všetci zainteresovaní do starostlivosti (Koubová, 2014).

7.2 Metodika validizácie a validizačné techniky

Na praktizovanie validácie N. Feil vypracovala rôzne techniky pre uplatnenie pri jednotlivých stupňoch demencie. Ponúka postupy, ktoré by mohli byť v danom stave pacienta užitočné. Samotné techniky sú pomerne jednoduché. Nevyžadujú nijaké odborné štúdiá. Obsahujú

pomerne veľa prvkov neverbálnej komunikácie – dotyk, očný kontakt, tón hlasu, hudba.

Koncentrácia. Tento prístup je určené pacientov v I., II., III. a IV. štádium demencie. Každé validačné stretnutie by sa malo začínať tzv. „centrovaním“. Pri centrovaní sa sestra koncentruje sama na seba. Koncentruje sa na svoj dych a hlbokým dýchaním sa snaží zbaviť svojich vlastných negatívnych pocitov, pre lepšiu pripravenosť vnímať pocity ľudí s ktorými príde do kontaktu. Podľa N.Feil „predpokladom toho, že niekto vie zúčastnene počúvať iného je, že sa dokáže zbaviť svojich negatívnych pocitov.“ Starí a dezorientovaní ľudia často prežívajú pocity, akými sú zmätenosť, napätie, frustrácia, hnev, smútok a týmto pocitom nechávajú pri validácii voľný priebeh (Tavel, 2009).

Pri centrovaní Feil odporúča nasledujúci postup:

- Koncentrovať sa na bod, ktorý je približne v strede tela asi 5 cm pod povrchom.
- Nosom sa nadýchnuť, naplniť telo vzduchom a ústami vydýchnuť.
- Snažiť sa ukončiť každý vnútorný dialóg a pozornosť venovať iba dýchaniu.
- Opakovať tento postup pomalým tempom osemkrát.

Celá technika by nemala trvať viac ako tri minúty (Feil, de Klerk-Rubin, 2015).

Hovoriť jednoznačne a jednoducho. Tento prístup je určený pre I. a II. Štádium demencie . Starý človek, ktorý sa zaoberá svojím životom, väčšinou nemá záujem o porozumenie vlastných pocitov. Nepocituje potrebu porozumieť, prečo sa správa tak, ako sa správa. Ak sa ho sestra snaží konfrontovať s jeho vlastnými pocitmi, sťahuje sa do seba. Ak chce sestra s týmto pacientom úspešne komunikovať, mala by sa vyhýbať otázkam, ktoré ho nútia priznávať pocity, alebo ho uviesť do rozpakov. Namiesto toho je potrebné klásť vecné otázky „ kto, čo,

kde, kedy, ako“. Nevhodné je pýtať sa prečo, napríklad „Prečo to robíte?“ alebo „Prečo sa to stalo?“ Jednoduchosť a jednoznačnosť v komunikácii a kladenie jednoduchých otázok je základom pre vybudovanie dôvery.

Opakovanie. Tento prístup je určený pre využitie v prístupe u pacientov s demenciou v I. a II. štádiu. Opakovanie pre starého človeka, ktorý sa zaoberá svojím životom, je často útechou, že svoje slová počuje zopakované od niekoho druhého. Terapeut by nemal opakovať obsah doslova, ale prerozprávať ho tak, že použije kľúčové slová a zachová zmysel. Je dôležité naladiť sa na tón hlasu, rýchlosť a melódiu reči. Ak napríklad starý človek hovorí rýchlo, aj sestra by to mala po ňom opakovať rýchlo a naopak. Ak sa vyskytne nejaký problém, sestra navrhne pacientovi, aby myslel na najhoršiu možnú možnosť, ktorá by sa v danom probléme mohla stať. Použiť túto techniku je možné iba za predpokladu, že medzi pacientom a sestrou je vybudovaná dôvera (Sheardová, 2011).

Predstavenie opaku. Tento prístup je určený pre pacientov v I. štádiu demencie. Sestra navrhne pacientovi, aby si predstavil situáciu naopak. Predstavovanie si opaku môže pomôcť pacientovi rozpamätať sa na riešenie situácie, ktorú už predtým zažil. Použiť túto techniku je možné iba za predpokladu, že medzi pacientom a sestrou je vybudovaná dôvera. *Príklad:* Jedna stará pani v domove dôchodcov sa sťažovala, že k nej každú noc prichádza nejaký muž. Terapeut sa jej spýtal: „Sú aj také noci, keď ten človek nepríde?“ Pani odvetila, že prichádza len keď je sama. Počas rozhovoru si spomenula na to, že po smrti manžela zostala sama. Vďaka tomu si spomenula na podobnú situáciu a ako to vtedy riešila. Nakoniec z rozhovoru vyplynul jej základný problém – strach zo samoty (Tavel, 2006).

Predkladanie extrém. Je určené pre I. a II. štádium. Sestra pri uplatňovaní tohto prístupu navrhne pacientovi, aby myslel na najhoršiu možnú možnosť, ktorá by sa v danom probléme mohla stať. Pri

pomyslení na najhoršie pacient vyjadruje svoje pocity intenzívnejšie a tým dochádza k ich uvoľneniu. Ak sa napríklad starý pán sťažuje, že sa jedlo nedá jesť, terapeut sa pýta: „Je to to najhoršie kurča, aké ste vôbec niekedy jedli?“ V tomto prípade sa pacient potrebuje zbaviť svojej frustrácie z toho, že jeho zubná protéza je uvoľnená. Potrebuje niekoho, na koho by svoju zlosť mohol prejavíť. Ak túto negatívnu emóciu prejaví tým, že sa postťažuje na jedlo, emócia stratí na intenzite (Tavel, 2014).

Spomínanie si na minulosť. Je určené pre štádium I. Spomínanie na minulosť nadväzuje na predchádzajúcu techniku. Pri probléme je pre starého človeka ťažké nachádzať nové metódy a spôsoby riešenia. Pracuje sa preto s minulosťou a skúma sa, či už pacient v minulosti niečo podobné nezažil. To môže viesť k nájdeniu nejakej osvedčenej metódy riešenia problému, ktorá pomôže vyriešiť aktuálny problém. Sestra pomáha pacientovi spomenúť si na nejakú starú známu osvedčenú metódu vyrovnávania sa so stresom. Na vyplavenie spomienok z minulosti je výhodné v rozhovore použiť otázku so slovom „stále“, respektíve „nikdy“. Ak sa pacientka sťažuje, že nemôže spať, položí sa jej otázka „Bolo to stále tak, že ste nemohli spať?“ Pacientke sa vyplavia zabudnuté spomienky, ako to bolo so spánkom kedysi. Spomenie si na to, čo a ako robila, aby spávala dobre (Sheardová, 2011).

Uprednostňovanie zmyslu. Je určené pre I. a II. štádium. Každý človek uprednostňuje nejaký telesný zmysel. Pre niekoho je to zrak, pre ďalšieho čuch a pre iného zase iný zmysel. Ak je sestra vie, ktorý zmysel pacient uprednostňuje, dá sa mu prihovárať rečou, ktorá je preňho zrozumiteľná a ktorá zasahuje jeho svet. Prispieva to k budovaniu vzájomnej dôvery. K zisteniu, ktorý zmysel to je, je potrebné pozorovanie, hľadanie a skúšanie. Jedna z možností ako ho nájsť, je poprosiť pacienta, aby si spomenul na nejakú udalosť z minulosti a aby ju opísal. Uprednostňovaný zmysel často odhalí už prvá veta. Napríklad

jeden muž začal opisovať výlet do hôr takto: „To bolo nádherné! Keď sme boli hore, videl som vrcholky stromov“. Z tejto výpovede sa dá odhadnúť, že uprednostňovaným zmyslom je zrak. K vybudovaniu dôvery prospieva to, ak sa používajú slová, ktoré sa uprednostňovaného zmyslu týkajú.

Držanie úprimného a blízkeho očnému kontaktu. Je určené pre II. a III. štádium. Starý človek v pokročilejšom štádiu demencie cíti lásku a istotu vtedy, keď s ním sestra udržuje očný kontakt. Pri slabnúcom zraku sa starý človek dokáže koncentrovať iba na to, čo je priamo pred jeho očami. Často mu už chýba zmysel pre čas a jeho myslenie sa stále točí iba okolo hľadania rodičovskej opatery. Ak zbadá, že sa pred jeho očami niekto objaví, zaujme ho to. V osobe, ktorá sa mu pozerá priamo do očí, vidí niečo rodičovské, a zažíva pocit istoty a lásky. Jeho strach sa vďaka tomu zmenší a prítomnosť terapeuta začne brať vážne (Fertaľová, Ondriová, 2014).

Používanie zámen s viacerými možnosťami interpretácie. Je určené pre II. a III. štádium. Pomätený človek často používa slová, ktoré pre iných nemajú nijaký význam. Často sa snaží dorozumieť sa bez slov, rôznymi spôsobmi, ktorým je ťažko rozumieť. Sestra dokáže s pomäteným pacientom komunikovať i napriek nejasnosti a nepresnosti, ak ponechá jeho vyjadrovaniu viacznačnosť a reaguje neurčito. Slovmi „on, ona, ono, niekto, niečo, ten, tá, to“ môže sestra nahradiť každé problematické slovo aj také, ktoré sa nenachádza v slovníku. Za pomoci tejto komunikácie je možné vyhnúť sa zhoršeniu stavu pacienta a prechodu do štádia vegetovania. *Príklad:* Pacienta, ktorý povie: „Tento špicol ma veľmi bolí,“ sa môže sestra opýtať: „Kde vás to bolí?“ Slovo „špicol“ je nahradené slovom „to“ a komunikácia ďalej pokračuje tým, že pacient ukazuje, kde tú bolesť cíti (Tavel, 2014).

Snaha o jasnú, vľúdnu a láskavú komunikáciu. Je určené pre II. a III. štádium. Ak sa s pomäteným človekom komunikuje netrpezlivo a nevlúdne, vyvoláva to v ňom zlosť alebo úzkosť. Často sa stiahne.

Vysoký a tichý hlas počuje slabo. Dôležité je preto prihovárať sa mu jasným, vľúdnym a láskavým hlasom. Taký hlas mu pripomína spomienky na milované osoby a odbúrava stres.

Sledovanie a zrkadlenie pohybov a pocitov. Je určené pre II. a III. štádium. Starý človek v pokročilejšom štádiu demencie prejavuje svoje pocity často bez zábran. Komunikácii vtedy pomáha to, ak sestra pozná a dokáže zrkadliť typické výrazové gestá pacienta, jeho pohyby, charakteristické výrazy jeho neverbálnej komunikácie. Pacienta je potrebné pozorne sledovať. Všímať si jeho oči, svaly na tvári, dýchanie, zmeny vo farbe kože, bradu, dolnú peru, ruky, brucho, spôsob sedenia, dych a napätie vo svaloch. Ak prejavy správania pacienta sestra dobre pozná, mala by ho napodobňovať. Ak sa zrkadlenie robí s empatiou, pomáha to navodiť atmosféru dôvery. Je to možnosť ako vstúpiť do emocionálneho sveta pacienta s demenciou a budovať s ním vzťah bez slov. Zrkadlenie nezvyčajných pohybov môže byť pre sestru problematické, preto je táto technika využívaná obmedzene. *Príklad:* Bývalá sekretárka ťukala po stole prstami akoby písala na stroji. Šesť mesiacov už vôbec verbálne nekomunikovala. Terapeut ju začal napodobňovať a začal ťukať s ňou. Po čase sa jej spýtal: „Koľko slov napíšete za minútu?“ Pacientka hrdo odpovedala: „Deväťdesiatdva“. Vďaka zrkadleniu prehovorila a jej komunikácia sa zlepšovala (Tavel, 2009).

Nadviazanie kontaktu s nenaplnenými ľudskými potrebami. Je určené pre II. a III. štádium. Človek má tri základné potreby: byť milovaný, byť potrebný a prejavovať pocity. Prejavy, pohyby a aktivita pacienta, ako je stále vstávanie a sadanie, škrabanie alebo klopanie často súvisia s týmito tromi základnými ľudskými potrebami, ktoré nie sú naplnené. *Príklad:* Jedna 93-ročná pani s veľkou nežnosťou skladala servítku, ktorú mala pred sebou na stole. Každý okraj dôkladne vyrovnávala, hladkala a servítku skladala veľmi dôsledne. Ošetrovatelka jej servítku zobrala, znova ju rozložila a položila nabok.

Pani začala kričať: „Pomoc! Pomoc!“ Ošetrovatel'ka jej chcela podať utišujúci prostriedok. Prítomný terapeut nesúhlasil, pani vrátil servítku a spolu s ňou ju opäť začal starostlivo skladať so slovami: „Cítite pritom istotu a teplo?“ Pani sa usmiala a so vzdychnutím povedala: „Mama, mama. Milujem ťa.“ Pre túto pani bola servítka láskavou matkou a jej skladanie bolo pre ňu spojené s ľudskou potrebou lásky (Tavel, 2014).

Používanie dotyku. Je určené pre II., III. a IV. štádium. Používanie dotyku je užitočné najmä pri práci s ľuďmi, ktorí nie sú orientovaní v čase a ktorí strácajú zrak a sluch. Títo ľudia strácajú určitú výbavu, pomocou ktorej prichádzali k informáciám a prijímali podnety. Prestávajú rozlišovať čas a nevedia, kde sa nachádzajú. Nerozlišujú ľudí a cudzie osoby z aktuálneho okolia si zamieňajú s osobami zo svojej minulosti. Sú uzavretí do svojho vlastného sveta. Ak chce sestra s takým človekom komunikovať, musí vstúpiť do jeho sveta dotykmi, a to takým spôsobom, ako sa ho dotýkali milované osoby v minulosti. Pri prvom dotyku treba pristupovať k pacientovi spredu. Pri dotyku zo strany alebo zozadu by sa mohol zľaknúť. Vďaka dotykom sa pacientovi sprítomnia príjemné zážitky z detstva. Medzi sestrou a pacientom tak vzniká dôverný vzťah. Treba dodať, že dotýkať sa druhého človeka je intímna vec, preto je pri dotykoch nevyhnutná opatrnosť a treba počítať s tým, že niektorí ľudia alebo ich príbuzní si to neprajú. Bez ohľadu na to, či je človek dementný alebo nie, je neustále potrebné rešpektovať jeho osobný priestor.

Používanie hudby. Je určené pre II., III. a IV. štádium. Ak človek stráca schopnosť komunikovať slovami, z pamäti sa mu vynárajú dobre známe, kedysi počas života naučené melódie. Často ľudia, ktorí už nemôžu hovoriť, ale vedia ešte bez problémov spievať pesničku, ktorú si pamätajú z detstva. S ľuďmi, ktorí už normálne nekomunikujú, možno niekedy spievať, alebo hovoriť pomocou textu piesne. Stáva sa, že po zaspievaní piesne prehovoria niekoľko slov, aj keď normálne už mlčia. Hudba naplňuje starých ľudí energiou (Feil, de Klerk-Rubin 2005).

Techniky validácie sa môžu využívať tak pri práci so skupinou ako aj pri individuálnej terapii. Individuálny prístup vyžadujú najmä pacienti s vyšším stupňom postihnutia. Pri skupinových sedeniach treba klásť väčší dôraz na pohodlie a na to, aby každý z prítomných mohol vnímať, že je „jedinečný“. Členovia skupiny sú povzbudzovaní k nejakej zjednocujúcej aktivite, napríklad k spevu alebo sa v skupine ponúkne spoločné občerstvenie (Ferková, Ilievová, 2013).

7.3 Závěry a odporúčania

Buijssen (2011) vo svojej knihe „Demenz und Alzheimer verstehen“ zhrnula najdôležitejšie pravidlá pre komunikáciu s pacientom s demenciou a nami skrátenej verzii takto:

- Zistite či postihnutý demenciou nemá problémy so zmyslovými orgánmi-
- Nerozprávajte hlasnejšie než je to obvykle.
- Postarajte sa o pokojné prostredie bez rušivých vonkajších vplyvov.
- Nerobte dva veci naraz (napr. pri obliekaní nedávajte otázky).
- Uistite sa, že senior je pozorný a udržuje očný kontakt.
- Pri komunikácii sa pohybujte v zornom poli seniora postihnutého demenciou.
- Komunikujte jasnými krátkymi vetami.
- Nepoužívajte vety na ktoré sa dá odpovedať rôznym spôsobom.
- Nepoužívajte vety ktoré sa začínajú „prečo“, alebo aj „kto“, „čo“, „kde“, „ako.“
- Položte otázku krátko predtým než chcete o niečo požiadať.
- Povedzte stručne čo sa práve chystáte urobiť (v súvislosti so seniorom).
- Priebežne kontrolujte či senior porozumel a všimajte si pritom výraz jeho tváre.

- Berte ohľad na to, že senior spracováva informácie dlhšie, preto čakajte dlhšie na jeho odpoveď či reakciu.
- Nepýtajte sa na blízkú minulosť.
- Formulujte otázky tak, aby ste znížili riziko zlyhania seniora na minimum.
- Vyhýbajte sa karhajúcim slovám. Nešepkajte v seniorovej prítomnosti.
- Buďte pripravení prevziať vinu na seba aj keď ste vykonali všetko správne.
- Nerozprávajte o niečom čo môže u seniora vzbudiť strach.
- Komunikujte so seniorom postihnutým na demenciu ako s dospelým človekom.
- Pozorujte výraz tváre seniora a posúďte či to čo ste povedali našlo u neho odozvu.
- Ukážte aj nonverbálne, že to myslíte so seniorom dobre.
- Pamätajte, že priateľskosť a úsmev sú často kľúčom k dobrej komunikácii.

Človek postihnutý demenciou si vyžaduje osobitú pozornosť a špecifický prístup. S ochorením je okrem iného spojená komunikačná bariéra, ktorá zainteresovaných núti premýšľať o ideálnych podmienkach a prístupoch pri starostlivosti o seniorov. Nástrojom pre efektívnu komunikáciu s dezorientovaným seniorom je metóda Validácie® podľa Naomi Feil. Používaním tohto prístupu dokáže ošetrojúci personál pozitívne ovplyvniť zdravotný stav, správanie, stres, nervozitu aj agresivitu seniora bez toho, aby sa ho snažil zmeniť.

8 MOBBING V PRACOVNOM PROSTREDÍ SESTRY

Problematika mobbingu na pracoviskách v slovenských podmienkach už dávno nepredstavuje tabu. Téma je často prezentovaná nielen v médiách, pre lepšiu informovanosť verejnosti, ale stáva sa čoraz viac témou vedeckovýskumných aktivít aj v zdravotníckych profesiách, profesiu sestry nevynímajúc. Dôkazom záujmu vedcov o túto problematiku sú početné záverečné výskumné správy, ktoré prinášajú alarmujúce počty obetí mobbingu. Aj keď na Slovensku je riešenie výrazne legislatívne poddimenzované, každá aktivita smerujúca k boju proti psychickému teroru na pracovisku sa javí ako krok vpred. Prvým dôvodom prečo má spracovanie tejto témy opodstatnenie, je gradujúci výskyt psychického násillia na pracoviskách. Druhým dôvodom je práve podceňovanie tejto tak závažnej problematiky. Práve neľahké dokazovanie a vo veľa prípadoch aj neznalosť problematiky mobbingu vedúcimi pracovníkmi, ktorí často nevedia ako mu predísť. Prítomnosť mobbingu nechcú vôbec akceptovať, už vôbec nie ho riešiť. Málo kto si uvedomuje jeho celkové následky. Nejde len o postihnutie osobnosti obeť, ale nemožno nespomenúť aj následky pracovné, ktoré môžu byť obzvlášť v profesii sestry veľkým problémom z dôvodu možného poškodenia pacienta. Sestry sú priamo zodpovedné za životy im zverených pacientov a práve vyššie uvedené skutočnosti sa premietajú do fyzickej a psychickej oblasti prežívania ich profesie.

Pracovné prostredie je považované za súhrn umelých a prírodných podmienok, za ktorých sestra pracuje. Je podmienené viacerými faktormi: technickým vybavením, chemickými a fyzikálnymi faktormi, hygienickým stavom pracoviska, charakterom vykonávanej práce a v širšom slova zmysle je ovplyvňované tiež ľudskými faktormi-medziľudskými vzťahmi a spôsobom organizácie práce, čo má veľký vplyv na výkon sestry (Bártlová, Matulay, 2009). Autor Kratz (2005)

uvádza, že idylická atmosféra často nevládne tam, kde ľudia spolu pracujú už dlhšiu dobu. Dochádza medzi nimi stále k ďalším a ďalším nezhodám, ktoré je treba neustále urovnávať. Okrem týchto determinantov ovplyvňuje pracovné prostredie aj úroveň organizácie práce na pracovisku sestry.

Pracovná atmosféra nie vždy musí pôsobiť bezproblémovo, môžeme sa stretnúť s prejavmi, ktoré pôsobia nepriaznivo na každého jedinca v kolektíve. Ako uvádza Cassitto (2013) vo všeobecnosti konflikty na pracovisku bývajú bežné a zdravá konkurencia je na pracovisku aj vítaná. Autor však zdôrazňuje, že mali by to byť konflikty za účelom zlepšenia poskytovania starostlivosti a mali by byť založené na dôkazoch, nie na osobných útokoch.

Nevyhovujúce pracovné prostredie a zlá atmosféra na pracovisku môže podporovať vznik mobbingu na pracovisku. Svobodová (2008, s.35) v tejto súvislosti uvádza, že „*v takomto prostredí žiaľ nemajú miesto hodnoty ako láska, súcitiť či ohľaduplnosť alebo sú ako nástroje k potrebe rozvoja ekonomických procesov nepoužiteľné*“. Ďalej autorka uvádza, že nežiaducu pracovnú atmosféru vyvoláva predovšetkým sociálne neprispôsobivý jedinec agresívny, psychopatický, neurotický. Ak je na pracovisku takéto správanie prehliadané alebo akceptované, je tak vytváraná živná pôda pre mobbing. Nerešpektovanie platných pravidiel a zneužívanie moci sa môže ak proti tomu nebude zakročené, stať postupne aj normou, upozorňuje Lutgen-Sandvik (2007).

Práca v zdravotníctve je prácou tímovou. Veľmi dôležitou pre dobre vykonanú prácu je vzájomná spolupráca sestier a vzájomná komunikácia medzi sestrami, sestrami a lekármi, ale aj ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi. Dôležité je adekvátne hodnotiť situácie, uvážlivo voliť slová a vhodným spôsobom reagovať a riešiť všetky situácie vzniknuté na pracovisku.

Sesterskú profesiu vykonávajú v prevažnej miere ženy, dalo by sa povedať že profesia je doménou žien, keď aj do tejto oblasti už

penikajú muži. Cieľom všetkých pracovných činností sestier by mal byť dobre ošetrovaný a spokojný pacient. To sa nedá bez vzájomnej úzkej spolupráce sestier, kedy jedna sestra preberá od druhej informácie o pacientovi, jeho aktuálne, či potencionálne problémy a musí vedieť na ne adekvátne reagovať. Práca sestry je tímová, kvalita tímu závisí od pracovných návykov, morálnych zásad a charakterových vlastností členov tímu. Mali by sa vzájomne doplňovať, majú jeden cieľ. Súžitie v takomto tíme mnoho krát býva narušené rôznymi negatívnymi fenoménmi, ako sú ohováranie, závisť, či iné a vytváranie izolovaných skupín.

Medzinárodná rada sestier upozorňuje, že rastúca tendencia násilia na pracovisku je v rozpore s kvalitnou starostlivosťou a ohrozuje dôstojnosť a sebahodnotenie zdravotníckych pracovníkov. V zdravotníctve za najohrozenejšiu skupinu označuje sestry a ošetrovatelky (Veselá, 2007).

Autorka Béréšová (2013) poukazuje na výsledky štatistík, ktoré uvádzajú vyšší sklon výskytu negatívnych javov na pracovisku v ženských kolektívach, čoho výnimkou nie je ani kolektív sestier. Sestry sú vystavené mnohým negatívnym fenoménom súčasnosti ako sú intrigy, stresy, elitárstvo, napätie, sú vystavené situáciám kedy musia vyhovieť viacerým požiadavkám súčasne.

V súčasnej dobe sa často stretávame s akousi nadradenosťou sestier medzi sebou. V sesterskej profesii existuje niekoľko odborov, ktoré sú považované za lepšie, kvalitnejšie alebo nadradené ostatným. Príkladom je poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti na oddeleniach multiodborovej intenzívnej starostlivosti alebo kardiocentrách, ktoré sú považované v zdravotníctve za nadradené ostatným, za najdôležitejšie. Črtá sa impulz pre vznik elitárstva. Podľa Mowforth (1999, in Bártlová, Matulay, 2009, s. 45) by sa pojem elita v ošetrovateľstve mohol zdať paradoxný „*pretože sestry nie sú považované za mocenskú skupinu.*“ Autori dopĺňajú, že sestry sú pri

rozhodovaní marginalizované, čo by ich teoreticky vylučovalo z akéhokoľvek mocenského postavenia. Napriek tomu v rámci ošetrovateľstva medzi sestrami existuje ako vertikálne, tak aj horizontálne elitárstvo.

Podľa autorky Bártlovej (2004) zmenou akou prešla profesia sestry, zmenou vzdelávania sestier, tým, že mnoho sestier už disponuje aj vysokoškolským vzdelaním, rozšírili sa kompetencie sestier, tým dochádza aj k zmene vzťahu sestry s lekárom. Donedávna výhradne podriadená sestra dnes dokáže pracovať samostatne, preto by vzťah sestra lekár mal nadobúdať charakter rovnocennosti, partnerstva. Je ale úplne samozrejmé, že pri starostlivosti o chorých sú situácie, kedy sa sestra plne podriadiť lekárovi a plní bez výhrad jeho ordinácie. Mnoho problémov vo vzťahu sestry a lekára pochádza z nepochopenia svojich rolí, z nepochopenia vzájomnej zodpovednosti v rámci ošetrovateľskej starostlivosti. Lekári vnímajú že ošetrovateľstvo zasahuje do lekárskej oblasti a sestru vnímajú ako odborne podriadenú, ktorá úplne rešpektuje všetky ich príkazy. Sestry a lekári by mali byť ochotní navzájom rešpektovať svoje role a zodpovednosť z nich vyplývajúcu. Práve nedostatky v tejto oblasti sa stávajú vzťahovými problémami medzi nimi a môžu vytvárať základňu pre vznik mobbingu na pracovisku. Preventívne opatrenia vzniku psycho sociálnych faktorov pracovnej záťaže spočívajú podľa autoriek Szekelyovej a Dimunovej (2014) „*v jasnom manažmente, vyváženom rozdelení pracovných úloh, spolupráci zamestnancov, informáciách, vzdelávaní, spätnej väzbe.*“

Viacerí autori (Jašková, 2013, Shain, 2013) popisujú dôležitosť podnikovej kultúry, ktorá ovplyvňuje pracovnú morálku a disciplínu a dôležitosť organizačnej kultúry. Podniková kultúra tvorí, ako uvádza autorka Karchňáková (2010), dušu organizácie, kde popisuje aké sú vzťahy medzi zamestnancami, aké uznávajú normy a princípy, čo je podľa nich dobré a čo zlé. Organizačná kultúra by mala byť založená na dodržiavaní dobrých mravov, etického kódexu, čo sa pozitívne

prejavuje pri riešení všetkých možných konfliktov. Podobne vnímajú význam organizačnej kultúry autorky Kilíková a Jakušová (2008, s.59) keď konštatujú, že „*kvalitná organizačná kultúra je zárukou lojálnosti zamestnancov, vysokej produktivity práce, kreativity, angažovanosti a dobrého prístupu k práci.*“ Ich tvrdenie dopĺňame vyjadrením autora Moleka (2008, in Jašková, 2013), keď uvádza, že zdravá organizačná kultúra znamená nielen neprítomnosť choroby v podobe zloby, ohovárania, či konfliktov, ale umožňuje maximálny rozvoj potenciálu pracovníkov a ich pracovnú spokojnosť.

V súvislosti s mobbingovou problematikou je potrebné doplniť, že podľa autorky Svobodovej (2008) je výskyt pracovnej nespokojnosti v podstate priamo úmerný výskytu mobbingu a zlému psychickému stavu zamestnancov. Nevyhovujúce pracovné prostredie často krát môže viesť k tomu, že sestry majú tendenciu odchádzať zo svojich pracovísk alebo pod vplyvom okolností, môže ňou byť práve mobbing alebo bossing, aj celkom opúšťať sesterskú profesiu.

Pri analýze problematiky mobbingu v práci sestry sa javí ako kľúčová sociologická definícia Leymanna (1996), ktorý reflektujúci definíciu zdravia podľa WHO uviedol, že mobbing zahŕňa hostilnú a neetickú komunikáciu, realizovanú systematicky jednou alebo viacerými osobami hlavne voči jednej osobe, ktorá je vďaka tomu tlačaná do beznádejnej a bezbrannej pozície. Táto nezdravá komunikácia je udržiavaná prostredníctvom pokračujúcich mobbingových aktivít. Aktivity sa podľa autora objavujú minimálne raz týždenne a trvajú minimálne pol roka. Keďže sa nepriateľské správanie objavuje pravidelne a dlhodobo, vedie k značnému duševnému, psychosomatickému a sociálnemu utrpeniu obeť. Nejedná sa o jednorazovú aktivitu, ani o konflikt, ale sú to skryté, rafinované, cieľené a dlhotrvajúce ataky skupiny či jednotlivca na člena skupiny. Ako uvádza Kratz (2005) „mobbing je opakovaný a zámerný proces ničenia obeť.“

Cieľom mobbingu je obyčajne zámer na poškodenie druhého, najmä za účelom následného nespravodlivého prepustenia z práce.

Príčin pre takéto konanie môže byť nekonečne veľa. Najčastejšie sa v pracovnom prostredí sestier uvádzajú: nezdravá konkurencia, zlá organizácia práce, veľmi nízka firemná kultúra, nejasné kompetencie a úlohy, reštrukturalizácia pracovných miest, znižovanie počtu zamestnancov, elitárstvo v ošetrovatelstve, snaha o postup na vyššiu pozíciu, požadované zvyšovanie výkonu pri znižovaní nákladov, autoritatívny štýl riadenia, štruktúra osobnosti mobbovanej sestry a podobne. Mobbing je často živený a podporovaný aj atmosférou v spoločnosti - negatívne dôsledky tržnej ekonomiky, ktorá často súvisí s tvrdou konkurenciou prípadne aj s potenciálnou hrozbou nezamestnanosti.

Popisovaný jav môže mať rôzne podoby, od znemožňovania vyjadriť a prezentovať svoje myšlienky, cez rôzne útoky na sociálne vzťahy až po:

- ohováranie a očierňovanie obete alebo rodiny obete
- obmedzovanie alebo ničenie výkonu v práci
- zámerné zadržiavanie informácií alebo disponovanie nesprávnymi informáciami
- ignorovanie obete
- hyperkritický prístup k obeti
- sledovanie obete bez jej vedomia s úmyslom ublíženia
- podsúvanie „nevďačných“ činností.

Mobbing je extrémna forma psychosociálnej záťaže na pracovisku. Skrytosť a zákernosť neraz v mobbovanom vyvolávajú dojem, že trpí stihomamom a na základe toho začne o sebe a svojich schopnostiach vážne pochybovať. Je útokom na fyzické a psychické zdravie zamestnanca. Ochorenia, ktoré bývajú podporené, alebo vyvolané mobbingom sa vyvíjajú pomaly, ale ich príznaky sú čím ďalej zjavnejšie. Spravidla sú to psychické problémy, úzkosť, poruchy

koncentrácie, nasleduje narušené sebahodnotenie, nekvalitný spánok a únava, klesá výkonnosť, pridružujú sa poruchy nálad, depresia. Sprievodnými znakmi sú: zvieravý pocit na hrudi, ťažkosti s dýchaním, bolesti hlavy, chronické tráviace ťažkosti, zvyšuje sa krvný tlak a poruchy srdcového rytmu - vzniká zvýšené riziko úmrtia na kardiovaskulárne zlyhanie. Znižuje sa imunita, čím sa zvyšuje riziko infekcií, až vznik nádorových ochorení. Bezvýhodisková situácia môže obeť priviesť k zneužívaniu psychotropných látok a k závislosti. Následky mobbingu môžu siahať od menej závažných psychosomatických symptómov a potiaží až k závažným činom sebaškodzovania či suicidálnemu konaniu obeť.

Napriek prevalencii mobbingu, bohužiaľ na Slovensku stále absentuje zakotvenie antimobbingového zákona a bojujeme s terminologickou nejednotnosťou negatívneho správania.

Holubová (in Kubáni, 2007) realizovala výskum šikanovania na Slovensku, v ktorom porovnávala mužov a ženy pri strete so šikanovaním, a dôsledky mobbingu na zdravie. Vo výsledkoch výskumu boli rovnako obsiahnuté psychické aj fyzické dôsledky na obeť. Huberová (1995) uvádza psychické následky až po psychiatrické syndrómy a psychosomatické následky. Iní autori (Kubáni 2007, Kratz, 2005) pridávajú aj fajčenie a alkoholizmus. Hirigoyenová (2001) zdieľa názor, že obeť mobbingu môže trpieť posttraumatickou stresovou poruchou. My dodávame, že sa môže vyskytnúť aj fluktuácia sebaúcty ako výsledok sebahodnotenia.

V dôsledku nejednotných definícií mobbingu výskumníci prinášajú rôznorodé výsledky. Z odlišných teoretických perspektív im plynú odlišné koceptualizácie výskumu mobbingu. Napríklad autori opierajúci sa o teórie stresu (Matthiesen, Einarsen, 2007, Leymann 1996), považujú mobbing za formu extrémneho sociálneho stresoru. Naproti tomu výskumníci vychádzajúci z teórie konfliktu (Zapf, Gross, 2001 in Kubáni 2007) sledujú kontrolu nad situáciou, pretože pri

mobbingu zlyháva stratégia zvládania mobbingu. Problému mobbingu sa na Slovensku v posledných rokoch nevenuje dostatočná pozornosť, napriek tomu, že sa s mobbingom na pracoviskách stretávajú mnohí ľudia. Aj sestry sa na svojich pracoviskách potykajú so zlomyseľnosťou, nevraživosťou, často aj so závišťou a možno práve aj z týchto príčin sú obeťami psychického teroru.

8.1 Výskum výskytu mobbingu a jeho vplyvu na psychosomatický stav sestier

Cieľom nami prezentovanej štúdie bolo zmonitorovať a vyhodnotiť súčasný stav výskytu mobbingu a jeho vplyvu na psychosomatický stav sestier. Keďže jedným z dopadov mobbingu na sestru je aj znížené sebavedomie, považujeme za potrebné prezentovať analýzu vzťahu medzi dĺžkou vystavenia sestier mobbingu a ich sebahodnotením. Formulovali sme tak hypotézu, že sestry, ktoré boli vystavené mobbingu kratší čas budú vykazovať významne priaznivejšie skóre sebahodnotenia ako sestry, ktoré boli vystavené mobbingu dlhší čas.

Základný **súbor** pre naše skúmanie tvorili sestry. Výskumnú vzorku sme vyberali podľa znakov, ktoré boli relevantné a dôležité pre naše skúmanie - sestry, u ktorých sme mali predpoklad o vedomostiach o mobbingu ako negatívnej sociálnej agresii. Pôvodným zámerom bolo vytvoriť súbor 200 sestier, avšak skutočný počet úplne vyplnených dotazníkov bol 197. Miestom výskumu bola NsP a.s. v Trebišove, so súhlasom námestníčky pre ošetrovateľstvo v tejto organizácii. Oslovili sme sestry s rôznym stupňom vzdelania, na pozíciách sestra a vedúca sestra. Výskum bol realizovaný v priebehu mesiaca december 2015.

Metodika na zber údajov potrebných k analýze pozostávala zo štruktúrovaného dotazníka tvoreného 20. položkami, 15 položiek bolo zameraných na monitoring výskytu mobbingu a jeho dopadov na zdravie

sestier a 5 triediacich položiek zisťovalo: pohlavie, vek, dĺžku praxe, stupeň vzdelania a pracovnú pozíciu respondentov.

Na zistenie úrovne sebahodnotenia sestier sme respondentom predložili štandardizovaný RSE dotazník (Rosemberger Self Esteem). Jedná sa o škálu pozostávajúca z desiatich položiek. Položky hodnotia pozitívny či negatívny pohľad respondenta na samého seba, na stupnici od 1 po 4. Hodnotí sa celkové získané skóre za každého respondenta. Minimálna hodnota skóre je 10, maximálne skóre je 40. **Nízka** úroveň sebahodnotenia sa pohybuje v rozmedzí skóre od 10 – 24, **stredná** úroveň sebahodnotenia je vyjadrená skóre od 25 – 34, **vysoká** úroveň sebahodnotenia je interpretovaná získaným skóre od 35 - 40.

8.2 Metodika výskumu

Výskumný súbor tvorilo 197 sestier. Analýzou premennej pohlavie bola zistená početnosť 188 žien a 9 mužov, priemerný vek súboru bol 39 rokov v rozpätí od 22 – 61 rokov. Priemerný počet odpracovaných rokov v nemocnici bol 17, 2 v rozpätí od 1 roka praxe do 40 rokov, najpočetnejšiu skupinu tvorili sestry s praxou od 18-28 rokov. Podľa premennej najvyššie dosiahnuté vzdelanie tvorilo súbor 117 (59 %) sestier s ukončeným stredoškolským vzdelaním a 80 (41 %) sestier malo ukončené vysokoškolské vzdelanie. V tabuľke 1 opisujeme výsledok deskriptívnej analýzy položky zisťujúcej ako často sa respondenti stretávajú na svojich pracoviskách s javom mobbingu. Len 34 % opýtaných sa s týmto ešte nestretlo, ostatných 66 % respondentov už má skúsenosť s týmto javom.

Tabuľka 1 Frekvencia stretnutia respondentov s mobbingom na pracovisku

Stretnutie respondenta s mobbingom	n	%
Nie, nestretávam sa	67	34
Pravidelne, každý deň keď som v práci	14	7
Áno, 1x počas svojej praxe	60	31
Len minimálne, 1x do roka	56	28
Spolu	197	100

V tabuľke 2 opisujeme výsledky deskriptívnej analýzy položky zisťujúcej v akej pozícii boli respondenti v situácii mobbingu. Zistenia nie sú priaznivé, nakoľko až 41 % opýtaných uviedlo, že boli v pozícii mobbovaného.

Tabuľka 2 Pozícia respondenta pri mobbingu

Pozícia	n	%	
Mobbovaný	81	41	
Tichý pozorovateľ	49	25	
Nestretol/ a som sa s mobbingom	67	34	
Spolu	197	100	

Zisťovali sme a analyzovali aj dĺžku vystavenia respondentov mobbingu. Najpočetnejšiu skupinu tvorilo 33 (41 %) respondentov, ktorí boli vystavení mobbingovým útokom polroka. Respondentov, ktorých mobbovali rok bolo v súbore 20 (25 %), dlhšie ako rok bolo vystavených mobbingu 15 (18 %) opýtaných. Ostatných 13 respondentov zažilo niektorú formu mobbingu kratšie ako jeden mesiac.

Jednou z položiek v štruktúrovanom dotazníku sme sa pýtali mobbovaných respondentov, či si myslia, že mobbing vplýva na nimi poskytovanú ošetrovateľskú starostlivosť. Pokiaľ áno, tak mali označiť akým spôsobom. Z analýzy odpovedí respondentov sme zistili u 26 % respondentov výskyt častých profesionálnych chýb, 22 % uviedlo celkovú pracovnú frustráciu a 17 % respondentov pocítilo znížené sebahodnotenie. Analýzu opisujeme v tabuľke 3.

Tabuľka 3 Prejavy mobbingu vo výkone profesie u mobbovaných respondentov

Prejav mobbingu na obeti	n	%
Znížená výkonnosť	11	14
Časté profesionálne chyby	21	26
Nezáujem o pacientov	5	6
Celková frustrácia v práci	18	22
Znížené sebahodnotenie	14	17
Neistotou pri vykonávaní ošetrovateľskej starostlivosti	12	15
Spolu	81	100

V tabuľke 4 opisujeme výsledky analýzy dotazníka RSE – sebahodnotenie, sebavnímanie respondentov. Hodnoty zistených frekvencií v jednotlivých úrovniach sú vypočítané za celý súbor. Za pozitívne považujeme zistenie, že len 17 respondentov má nízku úroveň sebahodnotenia.

Tabuľka 4 Zistená úroveň sebahodnotenia v skúmanom súbore

Úroveň sebahodnotenia	n	%
------------------------------	----------	----------

Nízka (skóre 10 – 24)	17	8,6
Stredná (normálna) (skóre 25 – 34)	142	72,1
Vysoká (skóre 35 - 40)	38	19,3
Spolu	197	100

V ďalšom kroku sme analyzovali zistené skóre sebahodnotenia vo vzťahu k pozícii respondentov v mobbingu. Testovali sme vypočítané priemerné hodnoty skóre medzi skupinami respondentov podľa pozície. Mobbovaní respondenti vykazovali signifikantne nižšie skóre sebahodnotenia oproti tichým pozorovateľom mobbingu alebo respondentom, ktorí sa s mobbingom ešte nestretli. Analýzu opisujeme v tabuľke 5.

Tabuľka 5 Kontingencia sebahodnotenia a pozície respondentov pri mobbingu

		Respondenti		
		Mobbovaní	Tichí pozorovatelia	Nestretli sa s mobbingom
Početnosť respondentov		81 (41%)	49 (25%)	67 (34%)
RSE skóre	Priemer	26,42 ***	32,14	33,73
	SD ±	2,72	3,25	2,14
	Min.	21	26	30
	Max.	33	38	39

$p < 0.01$

Na overenie formulovanej hypotézy: *sestry vystavené mobbingu kratší čas budú vykazovať signifikantne priaznivejšie skóre sebahodnotenia ako sestry vystavené mobbingu dlhší čas*, sme zvolili štatistickú metódu parametrického testovania priemerov t-testom dvoch nezávislých výberov. Pre potreby analýzy sme skupinu mobbovaných respondentov rozdelili podľa dĺžky vystavenia mobbingu na skupinu mobbovaných do 6 mesiacov a skupinu, ktorí boli vystavení mobbingu viac ako 6 mesiacov. Testovali sme signifikanciu priemerných hodnôt RSE skóre v týchto skupinách. Výsledky testovania sú opísané v tabuľke 6.

Tabuľka 6 Výsledné hodnoty t-testu priemerov RSE

Dĺžka vystavenia mobbingu	n	Priemer RSE	T- hodnota
≤ 6 mesiacov	46	26,86	3,06966 p= 0.00148**
> 6 mesiacov	35	25,17	

$p < 0.05$

Formulovaný predpoklad sme zvoleným testom potvrdili, keďže sestry mobbované kratší čas vykazovali štatisticky významne vyššie skóre ako sestry vystavené mobbingu viac ako 6 mesiacov.

Psychické násilie na pracovisku predstavuje závažný spoločenský problém, ktorý negatívne ovplyvňuje celkové zdravie a sociálne fungovanie obeť. V pracovnom prostredí slovenských sestier je však samotná problematika mobbingu potláčaná do úzadia. Na základe zistení považujeme za dôležité upozorniť na jeho psychosomatické dôsledky u sestier v skúmanom súbore. V tabuľke 7 opisujeme analýzu

položky zameranú na monitoring subjektívne vnímaných zmien a zdravotných problémov respondentmi.

Tabuľka 7 Zdravotné problémy obetí mobbingu v súbore

Psychosomatické zmeny obeť	n	%
Bolesti hlavy	12	17,4
Nechutenstvo	7	10,1
Zažívacie problémy	8	11,6
Poruchy činnosti srdca	6	8,7
Poruchy dýchania	7	10,1
Poruchy spánku	24	34,8
Ťažkosti so zaspávaním	13	18,8
Porucha duševnej rovnováhy	24	34,8
Iné: zvýšené užívanie upokojujúcich liekov, fajčenie, užívanie alkoholu	27	39,1

8.3 Diskusia

Štúdia Kratza (2005) potvrdila, že v súčasnosti je veľa chorôb vyvolaných či podporených mobbingom a bossingom Tieto choroby sa vyvíjajú pomaly, ich príznaky sú však v súčasných podmienkach i v našej spoločnosti stále závažnejšie. Sú to:

- celková nevoľnosť (napr. poruchy spánku, bolesti hlavy, migrény, búšenie srdca, žalúdočné problémy, bolesti krčnej chrbtice a v oblasti ramien),

- *poruchy duševnej rovnováhy* (poruchy koncentrácie a pamäti, depresívne nálady, pocity neistoty vedúce k zníženiu sebahodnotenia, k strate sebadôvery),
- *všeobecné stavy úzkosti* (napr. rezignácia vedúca až k zúfalstvu, obava zo straty postavenia, myšlienky na samovraždu, ba aj dokonaná samovražda),
- *prejavy závislostí* (napr. pitie veľkého množstva kávy, gamblerstvo, zneužívanie liekov a alkoholu, anorexia, bulímia),
- *ťažkosti trvalo sa prejavujúce v klinických obrazoch*, napr. žalúdočné a črevné ochorenia, kardiovaskulárne poruchy a poruchy krvného obehu, nádorové ochorenia. Rovnako ako zistenia Kratza aj zistenia Leymanna a Gustafssona (1996), ktorí uvádzajú podráždenie, stres, aj my sme zistili poruchy duševnej rovnováhy ako najčastejšie respondentmi uvádzané problémy. Ako druhé najčastejšie ťažkosti respondenti uvádzali poruchy spánku, porovnateľným bol aj výskyt zvýšeného užívania liekov na upokojenie a analgetík, taktiež zvýšená konzumácia kávy, cigariet a alkoholu. Zároveň spomínaní autori uvádzajú taktiež zistenie nadmerného užívania liekov v dôsledku skúsenosti s mobbingom. Rovnaké zistenia konštatujú aj Cassitto, Giordano, (2003), pri výskyte mobbingu popisujú až dvojnásobnú mieru zvýšenia fajčenia ako aj zvýšenú bežnú spotrebu alkoholu, nakoľko sa alkohol príliš ľahko stáva anestetikom. Závislosť dĺžky trvania mobbingu a zdravotných následkov vo svojej štúdii popisujú Maarit a Vartia, (2001).

Pozitívne zistenie je, že sme v nami skúmanom súbore nezaznamenali žiadne suicidálne myšlienky obetí. V porovnaní s odbornou literatúrou, kde sú suicidálne myšlienky až samotné suicídium popisované, napríklad autorkou Huberovou (1995), ktorá konštatuje, že sklony k sebapoškodzovaniu až suicidálne sklony na seba nenechajú dlho čakať. Podľa Vágnerovej (2008) môže obeť vyhrotiť situáciu prípadnou samovraždou, bohužiaľ tieto úmysly ako konštatuje autorka

sa v niektorých prípadoch aj naplnia, čo predstavuje vôbec najhoršiu variantu riešenia javu mobbingu. Podľa švédskych výskumov je 10 až 20 % samovrážd zavinených mobbingom. Nemeckí odborníci potvrdzujú, že tieto zistenia sú realistickými v celej strednej Európe.

8.4 Závěry a odporúčania

Naše zistenia poukazujú na to, že 41 % sestier je alebo bolo mobbovaných. Pri hodnotení subjektívnych pocitov respondentov sme dospeli k záveru, že až 96 % respondentov má rovnaký pocit, že mobbing má negatívny vplyv na kvalitu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. V najvyššej relatívnej početnosti respondenti uvádzali časté profesionálne pochybenie (26 %), takmer 22 % respondentov bolo vplyvom mobbingu pri práci frustrovaných a v neposlednom rade respondenti popisovali aj zníženie sebahodnotenia (17 %). Iba podľa 6 % respondentov sa znížil záujem sestry o pacienta. Na základe zistení nášho výskumu sme získali dôkaz vplyvu mobbingových atakov na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti.

Hodnoty sebahodnotenia sa u 71,2 % pohybujú na strednej úrovni, čo považujeme za pozitívne zistenie.

Dĺžka vystavenia mobbingu sa významne podieľala na zníženom sebahodnotení respondentov. Podobne autori Maarit, Vartia (2001) vo svojej štúdií vyjadrujú predpoklad zníženého sebavedomia u obete mobbingu na rozdiel od jedinca, ktorý do kontaktu s mobbingom neprišiel.

Naše zistenia sú v súlade so španielskou štúdiou (2011), v ktorej 17 % (z n=538) mobbovaných sestier vykazovalo nízke hodnoty RSE skóre.

Podľa názoru odborníkov zo Švédska, Fínska a Nórska je dôsledkom mobbingu „psychosociálny úraz, ktorý treba hodnotiť rovnako vážne ako iné poškodenia zdravia na pracovisku.“

Vychádzajúc z uvedených zistení konštatujeme, že v dôsledku mobbingu sa u dotknutých sestier objavujú rôzne zdravotné

poškodenia, dochádza k ohrozeniu duševného ako aj telesného zdravia. V širšom kontexte je potrebné pouvažovať aj o možnosti klasifikovania poškodení zdravia spojených s mobbingom ako choroby z povolania. Pracovali sme síce s malou vzorkou respondentov, ktorí sami seba vnímali ako mobbovaných (n = 81), preto by bolo vhodné nami získané výsledky overiť na väčšom súbore, aj naše zistenia už naznačujú istý smer. O tom, že mobbing už prestáva byť spoločenským tabu svedčia aj parciálne výskumy mobbingu realizované na Slovensku. Zdôrazňujeme, že každá aktivita v boji proti takému druhu psychického násillia v pracovnom prostredí znamená krok vpred pri predchádzaní vzniku psychosomatických poškodení, ktoré so sebou fenomén mobbingu prináša. Vytvorením si vlastných hraníc by sa dalo do určitej miery zabrániť, aby násilník prenikol do vnútra našej osobnosti a dosiahol tak našu zraniteľnosť. Vytvorenie hraníc si však zároveň vyžaduje vytvorenie profesionálnych vzťahov na pracovisku, kde rodina a práca sú oddelené, komunikácia je etická, s prejavmi úcty a tolerance, čím sa vytvára priestor pre akceptáciu osobnosti. Nikto nám však nezaručí, že v takomto prípade sa obeťou mobbingu nemôžeme stať, pretože frustračná tolerancia sa v náročných životných situáciách a pôsobením dlhodobého stresu podstatne znižuje a tým sa znižuje aj schopnosť adekvátne reagovať na negatívne tendencie zo strany okolia (Dirgová, 2012). Ako uvádzajú Yildirim A., Yildirim, D. (2007), zdravotné systémy v zahraničí sa snažia riešiť mobbing v počiatočnom štádiu, zavádzajú manažérske nástroje vyššej kvality. Každý prípad takého násillia je hlásený a evidovaný, zároveň nestrannou osobou riešený, v záujme zlepšiť efektivitu a bezpečnosť práce.

9 SYNDRÓM VYHORENIA U SESTIER V SÚVISLOSTI S POSKYTOVANÍM PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

WHO definuje paliatívnu starostlivosť ako aktívnu a na kvalitu života orientovanú starostlivosť o nevyliciteľne chorých a ich blízkych. Jej základom je holistický prístup k nevyliciteľne chorým pacientom, ktorý zohľadňuje telesnú, psychologickú, sociálnu a spirituálnu dimenziu človeka. Primárnym cieľom nie je vyliečenie pacienta či predĺženie jeho života, ale prevencia a účinné tíšenie bolesti a ďalších telesných a duševných strastí, zachovanie pacientovej dôstojnosti a podpora jeho rodiny.

Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť je komplexná ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná sestrami s odbornou spôsobilosťou a je zameraná hlavne na manažment a uspokojovanie potrieb pacienta s nevyliciteľným ochorením a zomierajúceho pacienta.

Podľa Pacovského (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995) „umierajúci pacient je ošetrovateľsky najnáročnejším pacientom.“ V štúdií autorov Sováriová Soósová, Sušíňková, Cenkerová (2013) sestry pracujúce v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti považovali smrť a umieranie pacienta za najvýznamnejší stresor.

Syndróm vyhorenia sa vyskytuje prevažne v pomáhajúcich profesiách. Ide o syndróm telesného, duševného a duchovného vyčerpania charakterizovaný progresívnou stratou ideálov, energie a zmyslu života. K vzniku syndrómu vyhorenia v ošetrovateľskom povolaní prispievajú rôzne faktory ako napr. nedostatok sestier, pomocného personálu, časová tieseň, nedostatočné materiálne a technické vybavenie, zlá ekonomická situácia, zlé medziľudské vzťahy na pracovisku. Dimunová a Nagyová (2012) uvádzajú, že tiež málo podpory zo strany nadriadených môže viesť k postupnej strate motivácie, fyzickému a psychickému vyčerpaniu. Ošetrovateľské povolanie vytvára na sestry psychický tlak, ktorý prispieva k vzniku

syndrómov charakteristických pre pomáhajúce profesie. Vystupňovanie nastáva pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti, ktorá končí smrťou pacienta. U sestier sa môže dostať pocit viny, že neurobili všetko, čo mali. Sestry by preto mali vedieť včas rozpoznávať príznaky syndrómu vyhorenia, čím by si chránili svoje telesné i duševné zdravie.

K syndrómu vyhorenia vedie najčastejšie frustrácia tzv. existenciálnych potrieb. Ide o psychické potreby označované tiež ako bytostné, ktoré pramenia zo základných podmienok ľudskej existencie. Bytostné, existenciálne potreby majú všetci ľudia bez rozdielu. Ich uspokojovanie je pre zachovanie duševného zdravia práve tak nutné, ako je uspokojovanie materiálnych potrieb pre zachovanie života. Podľa Ericha Fromma (1997), nemeckého psychoanalytika, patria medzi existenciálne potreby napr. potreba zakorenenosti, potreba oddanosti, potreba transcencie, potreba výkonnosti, potreba vášne a zanietenosti. Existenciálne potreby majú interaktívnu povahu. Môžu byť napĺňané, len ak vstupujú ľudia do plnohodnotného vzťahu. Premieňajú človeka a menia ho na dôstojnú, slobodnú, milovanú a milujúcu bytosť. Dávajú životu zmysel.

Psychika človeka je zapojená pri každej pracovnej činnosti. Zamboriová a Simočková (2016) uvádzajú, že zdravotnícki pracovníci podieľajúci sa na ošetrovaní ťažko chorých, sú často konfrontovaní s umieraním a smrťou. Počas práce s ťažko chorými ľuďmi zažívajú stres, frustráciu, smútok, sú ohrození deformáciou osobnosti v zmysle zníženia alebo straty citlivosti pre bolesť a smrť pacientov a sú vystavení komplexu rizikových faktorov podmieňujúcich vznik psychickej záťaže. To môže viesť k nedostatočnému uspokojovaniu existenciálnych potrieb a následne k výskytu syndrómu vyhorenia.

9.1 Metodika prieskumu

Cieľom našej práce bolo zistiť, aké je riziko vzniku syndrómu vyhorenia u sestier pracujúcich v paliatívnej starostlivosti.

Náš súbor predstavovalo 68 respondentov – sestry pracujúce v zariadeniach poskytujúcich paliatívnu starostlivosť na území Slovenskej republiky, tak v štátnych, ako aj v súkromných či cirkevných zariadeniach. Išlo o tieto zariadenia: Spišská katolícka charita, Mobilný hospic Charitas Námestovo, Mobilný hospic Stará Ľubovňa, Hospic Matky Terezy Bardejov, Hospic – Dom pokoja a zmiery u Bernadety Nitra, Plamienok n. o. Bratislava Petržalka, Hospic Ľubietová, Banská Bystrica a Vysokošpecializovaný odborný ústav geriatrický sv. Lukáša v Košiciach n. o. Zber údajov prebiehal koncom roka 2015.

Zber údajov sme realizovali pomocou dvoch štandardizovaných dotazníkov. Prvým dotazníkom bola Škála životnej zmyslupnosti podľa Halamu (2002) pozostáva z 18 výrokov, pri ktorých má opýtaný označiť jednu z možností na Likertovej škále 1 – 5, pričom 1 – vôbec nesúhlasím, 2 – nesúhlasím, 3- neviem sa rozhodnúť, 4 – súhlasím a 5 – úplne súhlasím. Škála vychádza z trojkomponentového modelu zmyslu života. Mapuje 3 dimenzie životnej zmyslupnosti: kognitívnu, motivačnú a afektívnu dimenziu, pričom každú tvorí 6 položiek. V škále je 6 výrokov formulovaných negatívne, pri ktorých bolo potrebné vykonať reverziu. Kognitívnu dimenziu tvoria položky týkajúce sa celkového životného nasmerovania, pochopenia života či životného poslania. Motivačnú dimenziu tvoria položky týkajúce sa plánov, cieľov, ako aj sily a vytrvalosti angažovania sa v nich. Afektívna dimenzia je tvorená položkami zisťujúcimi životnú spokojnosť, naplnenosť, optimizmus, ako aj v negatívnu rovinu znechutenia, či pocity jednotvárnosti.

Dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI) hodnotí emocionálne vyčerpanie – depersonalizáciu. Dotazník slúži na sledovanie syndrómu

vyhorenia u exponovaných profesií, v našom prípade u sestier v paliatívnej starostlivosti. Má tri faktory, subškály. Dve sú ladené negatívne – emocionálne vyčerpanie (ďalej len EE) a depersonalizácia (ďalej len DP). Jedna subškála je ladená pozitívne – osobné uspokojenie z práce (ďalej len PA). MBI obsahuje 22 položiek, výrokov, kedy respondent hodnotí silu pocitov na škále od 0 do 7, pričom 0 znamená vôbec a 7 – veľmi silno. Vyššie bodové skóre vo faktoroch EE a DP korešponduje s vysokým syndróm vyhorenia, naopak u PA korešpondujú s vyhorením nízke hodnoty. Ide o zníženie pocitu vlastnej pôsobnosti a úspešnosti v práci, čím sa chceme zamerať na vplyvy súvisiace so syndróm vyhorenia u sestier.

9.2 Výsledky prieskumu

Pri štatistickom spracovaní výsledkov sme použili základné deskriptívne štatistické metódy, priemerné hodnoty a smerodajné odchýlky, mediány, minimálne a maximálne hodnoty. Takisto sme určovali percentuálne zastúpenie výsledkov.

Z celkového počtu opýtaných bolo 64 žien, čo predstavuje 94 % a štyria muži, čo predstavuje 6 % opýtaných. Výskumu sa zúčastnili sestry vo veku od 22 do 60 rokov, priemerný vek bol 41,4 (SD ± 9,34). Dĺžka praxe sestier bola od 1 roka po 40 rokov. Priemerná dĺžka praxe sestier bola 7,94 (SD ± 7 rokov).

Dosiahnuté vzdelanie u sestier uviedlo 47 % že má ukončenú strednú zdravotnícku školu, 35 % uviedlo ukončenú diplomovanú všeobecnú sestru alebo I. stupeň vysokoškolského štúdia. Úplné vysokoškolské vzdelanie v odbore ošetrovatel'stvo uviedlo 18 % sestier.

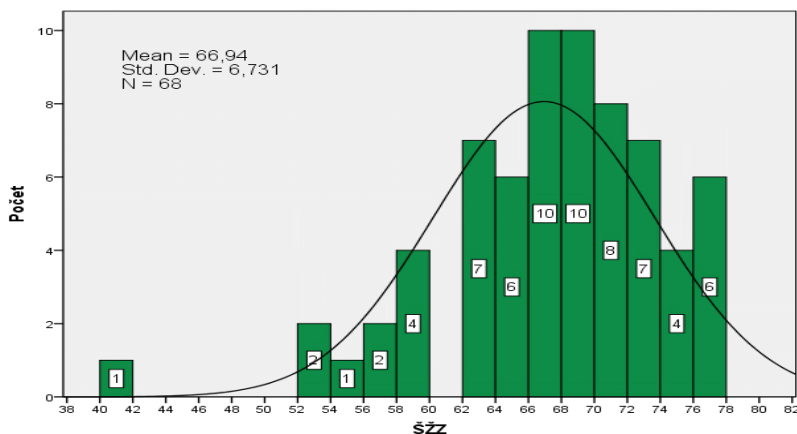
Pri otázke vierovyznania uviedlo 6 % sestier, že je bez vyznania, najčastejšie (82 %) sestry uvádzali rímskokatolícke vierovyznanie.

Škála životnej zmysluplnosti sa hodnotí podľa jednotlivých dimenzií, kde najdôležitejšia je hlavne motivačná dimenzia. Celková hodnota škály je však smerodajná, pretože jednotlivé dimenzie sú na

sebe závislé, ale nie sú zhodné. Čím je bodová hodnota vyššia, tým je život zmyslupnejší. Celkové skóre škály nadobudlo hodnoty od 18 do 90, pričom priemerné celkové skóre bolo 73,93, medián predstavuje hodnotu 68, modus 66 a smerodajná odchýlka $SD \pm 6,73$. Pre jednotlivé dimenzie škály nadobudlo celkové skóre 26,16 (kognitívna dimenzia), 24,34 (motivačná dimenzia) a 25,93 (afektívna dimenzia), pričom celkové skóre škál nadobudlo hodnoty od 6 – 30. Z týchto údajov vyplýva, že životná zmyslupnosť v monitorovanom súbore sestier poskytujúcich paliatívnu starostlivosť je vysoká, čo znázorňuje tab. 1 ako aj graf 1.

Tabuľka 1 Životná zmyslupnosť u sestier poskytujúcich paliatívnu starostlivosť

Dimenzia	Celkové skóre škál	Priemerné celkové skóre
Kognitívna	26,16	73,93
Motivačná	24,34	
Afektívna	25,93	



Graf 1 Životná zmyslupnosť u sestier poskytujúcich paliatívnu starostlivosť

Emocionálne vyčerpanie

Priemerné skóre v tejto subškále dosiahlo hodnotu 22, medián dosiahol 20, pričom min hodnota bola 5 a max hodnota 41. Stupeň EE hodnotíme ako nízky v rozmedzí 0 – 16, mierny ako 17 – 26 a vysoký 27 a viac = vyhorenie. V našom prípade dosiahli sestry poskytujúce paliatívnu starostlivosť mierny stupeň syndrómu vyhorenia.

Depersonalizácia

Priemerné skóre v tejto subškále dosiahlo hodnotu 14, medián dosiahol 14, pričom min hodnota bola 6 a max hodnota 24. Stupeň DP hodnotíme ako nízky v rozmedzí 0 – 6, mierny ako 7 – 12 a vysoký 13 a viac = vyhorenie. V našom prípade dosiahli sestry poskytujúce paliatívnu starostlivosť vysoký stupeň syndrómu vyhorenia.

Osobné uspokojenie

Priemerné skóre v tejto subškále dosiahlo hodnotu 27, medián dosiahol 27, pričom min hodnota bola 7 a max hodnota 42. Stupeň PA hodnotíme ako nízky v rozmedzí 0 – 31, mierny ako 32 – 38 a vysoký 39 a viac = vyhorenie. V našom prípade dosiahli sestry poskytujúce paliatívnu starostlivosť nízky stupeň syndrómu vyhorenia.

Tabuľka 2 Súhrnné hodnotenie syndrómu vyhorenia v jednotlivých subškálach

MBI subškály	\bar{x} skóre	Med (x)	Priemerná normatívna hodnota*	Min	Max	Stupeň vyhorenia
EE	22	20	19	5	41	mierny
DP	14	14	6,6	6	24	vysoký
PA	27	27	36,8	7	42	nízky

Na základe zistených údajov vidieť (tab. 2), že sestry v EE (emocionálnom vyčerpaní) dosiahli mierny stupeň vyhorenia, v subškále DP (depersonalizácia) ide o vysoký stupeň vyhorenia. V subškále PA (osobné uspokojenie) sestry dosiahli nízky stupeň vyhorenia.

9.3 Diskusia

V škále životnej zmysluplnosti dosiahli sestry priemerné celkové skóre 73,93 pričom rozmedzie škály nadobúda hodnoty od 18 do 90. Motivačná dimenzia v porovnaní s ostatnými dimenziami nedosiahla také vysoké skóre, môže to byť spôsobené napr. preťažením a únavou z ostatných povinností po práci. Zo zistených údajov vyplýva, že životná zmyslupnosť v monitorovanom súbore sestier poskytujúcich paliatívnu starostlivosť je vysoká. Podobne Křivohlavý a Pečenková (2004) uvádzajú, že v boji proti syndrómu vyhorenia je potrebné mať jasný, zmysluplný cieľ v živote.

Podľa Mažgútovej (2012) sa zmysel práce hľadá ťažšie pracovníkom s väčším podielom na paliatívnej starostlivosti, ktorá je zároveň sústavne konfrontovaná s aktuálnym stupňom zmyslu života a nádeje pacientov. Tento predpoklad sa jej štatisticky nepotvrdil, ale sledovaná vzorka 71 zdravotníkov mala najnižší celkový zmysel života, ako aj najnižšie hodnoty v kognitívnej a afektívnej dimenzii, ako porovnávané súbory.

Sprevádzanie pacientov a ich blízkych v najťažšom období ich života a účasť na zmiernovaní ich utrpenia môžu byť pre zdravotníka i nesmierne obohacujúcou skúsenosťou, na druhej strane neustále vystavenie utrpeniu a strate môže mať negatívny dopad na psychiku ošetrojúcich, čo môže viesť k riziku vzniku syndrómu vyhorenia (Zamboriová, Simočková, 2016).

Čmelová (2013) uvádza, že sestry pracujúce v zariadeniach poskytujúcich paliatívnu starostlivosť vidia často vo svojej práci veľký

zmysel, filantropiu a humanizmus. Preto sa mnohé vyjadrujú pozitívne o svojom živote, práci ako poslaní, ale aj o tom, kam ich život v konečnom dôsledku smeruje. Byť stotožnený so smrteľnosťou, znamená žiť naplno. Sestry chápu život ako náročný, ale je pre nich zaujímavý, nepociťujú apatiu a znechutenie.

9.4 Závěry a odporúčania

Raková et al. (2012) uvádzajú, že s faktom smrteľnosti sa vyrovnávame celý život a v každom veku k tejto istote pristupujeme inak. Úlohou sestier a pracovníkov v rámci pomáhajúcich profesií je zaistiť zomierajúcim dôstojný a humánný odchod. Odhaduje sa, že do roku 2020 zomrie až 40 % ľudí vo veku do 65 rokov, ktorí využijú domovy ako formu paliatívnej starostlivosti (Thompson, 2012). Z tohto dôvodu rýchlo progredujúci demografický vývoj predstavuje značnú výzvu pre domovy špecializujúce sa na paliatívnu starostlivosť pre zabezpečenie optimálnych podmienok vysokej kvality v starostlivosti o život v posledných dňoch. Preto je potrebné pristupovať k starostlivosti o chorých v paliatívnej starostlivosti veľmi zodpovedne, aby umierajúci nebol na poslednej ceste ponechaný sám na seba a aby netrpel.

Aby mohli sestry vykonávať v zariadeniach špecializujúcich sa na paliatívnu starostlivosť túto neľahkú prácu, nesmieme zabúdať, že i sestry sú holistické bytosti a bez uspokojovania svojich potrieb nebudú schopné uspokojovať potreby tých, ktorí sú na ne odkázaní. Podľa Simočkovej (2009) dnešný spôsob života má za následok u mnohých ľudí stratu schopnosti relaxovať. Prevencia syndrómu vyhorenia spočíva v individuálnych možnostiach človeka, medzi ktoré môžeme zaradiť dodržiavanie zásad mentálnej hygieny, snahu o vyrovnanie pomeru stresorov a salutorov, nájdenie zmysluplnosti života, zvýšenie sebadôvery. Z vonkajších možností sú dôležité dobré medziľudské vzťahy, sociálna opora, pozitívne pracovné podmienky, kladné

hodnotenie druhých ľudí. K načerpaniu fyzických a psychických síl je dôležitý tiež telesný pohyb, dostatok spánku a optimistické myslenie.

10 RIADENIE KVALITY V ZARIADENIACH PRE SENIOROV

V spoločnosti čoraz viac rezonuje problematika starších ľudí. Mnohí ľudia vo vyššom veku majú vážne problémy, ich hlavnými príčinami sú chorobnosť, telesná spôsobilosť, duševné poškodenie, chudoba (Hetteš, 2013). Práve z týchto dôvod seniori žiadajú o poskytovanie služby v inštitucionálnej starostlivosti. Senior má právo výberu zariadenia podľa vlastných predstáv a požiadaviek, kde hlavným kritériom je kvalita. Predtým než zadefinujeme kvalitu a popíšeme riadenie kvality v zariadeniach pre seniorov, v skratke vymedzíme pojem senior, staroba a starnutie, zariadenie pre seniorov.

V odbornej praxi ako aj v každodennej komunikácii sa používajú viaceré označenia človeka vo vyššom veku. Mahrová a Venglářová (2008) označujú pojmom senior akéhokoľvek staršieho človeka v dôchodkovom veku, u ktorého sa v rôznej miere začínajú prejavovať fyzické známky starnutia, čiže ubúda kvalita funkcie zmyslových orgánov, zhoršuje sa motorika, mení sa vzhľad človeka, dochádza k zmenám tráviaceho a vylučovacieho systému.

Za významovo neutrálny pojem sa v psychologických, lekárskech a sociologických vedách sa považuje pojem **senior**. V súčasnej edukačnej praxi pojmom senior označujeme staršieho človeka a staršie vekové obdobie (Čornaničová, 2007). S pojmom senior sa paralelne spája aj pojem starnutie a staroba. Starnutie a staroba je prirodzenou a poslednou etapou ľudského života (Draganová a kol., 2006). U každého človeka má toto obdobie iné smerovanie. Starnutie môžeme ponímať v troch rovinách ako zníženie zmyslového vnímania - biologické starnutie, ako zmenu osobnostných rysov - psychické starnutie a ako zmenu sociálneho postavenia - sociálne starnutie .

Froľkis (1990) predstavuje starnutie ako deštruktívny proces, o viac než 20 rokov neskôr Hetteš (2011) uvádza, že starnutie je triumfom zdravotníckeho, hospodárskeho a sociálneho pokroku, predstavuje

výzvu existujúceho sociálneho zabezpečenia a vplýva na všetky oblasti spoločnosti.

Súčasná sociálna politika štátu umožňuje dôstojné prežitie posledného, ale prirodzeného obdobia životnej etapy seniorom a fyzickým osobám odkázaným na pomoc inej fyzickej osoby kvalitnými sociálnymi službami, ktoré rôzne vedecké poznatky o seniu uplatňujú v prospech svojich prijímateľov sociálnych služieb. Zákon o sociálnych službách medzi zariadenia, ktoré poskytujú sociálne služby seniorom zaradzuje denné stacionáre, špecializované zariadenia, zariadenia podporovaného bývania, domovy sociálnych služieb, zariadenia opatrovateľskej služby, rehabilitačné strediská a zariadenia pre seniorov. Tieto zariadenia musia rešpektovať aj Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach, čo je multilaterálna zmluva prijatá Valným zhromaždením Organizácie Spojených národov, účinná od 3. januára 1976. Zaväzuje zmluvné strany pracovať smerom k zabezpečeniu hospodárskych, sociálnych a kultúrnych práv jednotlivcov, vrátane pracovných práv, práva na zdravie, práva na vzdelanie a práva na primeranú životnú úroveň. Slovensko ratifikovalo pakt v roku 2003.

Súčasťou paktu je aj právo na primerané bývanie, je to právo bývať niekde v bezpečí, v pokoji a v dôstojnosti. Právo si vyžaduje mať primerané súkromie, primeraný priestor, primeranú bezpečnosť, primerané osvetlenie, ventiláciu, primeranú základnú infraštruktúru a primeranú lokalizáciu vo vzťahu k práci a k základnému vybaveniu a to všetko za prijateľné náklady (Hetteš,2015).

Zariadenie pre seniorov podľa § 35 ods.1, 2 zákona č.448/2008 Z. z. o sociálnych službách poskytuje sociálne služby fyzickej osobe, ktorá dovŕšila dôchodkový vek a je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a jej stupeň odkázanosti je najmenej IV podľa prílohy č.3, alebo fyzickej osobe, ktorá dovŕšila dôchodkový vek a poskytovanie sociálnej služby v tomto zariadení potrebuje z iných vážnych dôvodov.

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, utvára podmienky na úschovu cenných vecí a zabezpečuje záujmovú činnosť (Zákon 448/2008 Z. z. o sociálnych službách). Poslaním zariadení pre seniorov je vytvárať podmienky pre zmysluplný, spokojný a dôstojný život toho, kto vzhľadom na svoj zdravotný stav a sociálnu situáciu potrebuje starostlivosť, ktorú mu nie je možné poskytnúť v domácom prostredí (Matoušek, 2007). Zariadenia pre seniorov sa v dnešnej dobe snažia prispôbiť životné podmienky seniorov tak, aby sa čo najviac priblížili životným situáciám a doterajšiemu spôsobu života seniorov (Tokovská, 2010). V minulosti sa kontrola kvality poskytovaných služieb v zariadeniach pre seniorov zameriavala na dodržiavanie hygienických predpisov, účtovníckych postupov, revíziu požiarnej bezpečnosti. Samotný proces služby, jeho prevádzkové, personálne zabezpečenie ostal v úzadí, stranou šla aj kvalita poskytovaných sociálnych služieb, nakoľko neboli určené kritériá jej posudzovania. V súčasnosti zariadenia pre seniorov majú k dispozícii viacero metód, noriem či techník pre riadenie kvality, termín manažment a riadenie sa dostáva aj do sociálnej sféry.

Pojem manažment sa často stotožňuje s pojmom riadenie. Riadenie a manažment však nie je možné celkom stotožniť. Pojem riadenie je podľa Venglára (In Dudinská, Budaj, Vitko, 2009) bohatší, pretože zahŕňa ľudské aktivity, ktoré sú spojené s ovládaním vecných systémov (systémov bez participácie ľudí v ich rámci), s usmerňovaním zmiešaných systémov (systémov v rámci ktorých sú objektom riadenia ľudia, aj technika), so smerovaním a ovplyvňovaním spoločenských systémov (systémov zložených zo zložitej štruktúry organizácií, ktoré sú vo vzájomnej väzbe.

Mizuno (1988) uvádza, že riadenie kvality bolo prvýkrát zavedené v spojených štátoch okolo roku 1920 ako štatistický nástroj k zlepšovaniu priemyselnej výroby. Riadenie kvality bolo v období svojho zrodu obmedzené iba na určité oblasti techniky a neskôr sa postupne stávalo riadnou zložkou celopodnikových činností. Jeho tvrdenie nachádzame aj v novšej odbornej literatúre napr. Vebera, Mateidesa.

Podstatu riadenia nájdeme v množstve odbornej literatúry, asi najjednoduchšie ju vystihuje Juran (In Veber, 2006), ktorý za riadenie považuje súhrn všetkých prostriedkov, pomocou ktorých docielime normy. Kedykoľvek sa rozhodneme niečo urobiť začneme plánom, pracujeme podľa tohto plánu, hodnotíme výsledky. Keď výsledky nie sú také, aké boli plánované revidujeme pracovné postupy alebo plán v závislosti od toho, čo je chybné. Všetko toto spadá pod jeden pojem – riadenie. Implementovať riadenie kvality v zariadeniach pre seniorov znamená pochopiť základné myšlienky tvoriace obsah a jadro princípov riadenia kvality a mať poznatky a skúsenosti o aplikácii metód a techník systémovým prístupom. Riadenie kvality vo sfére služieb je založené na týchto princípoch:

- zameranie na zákazníkov
- neustále plánovanie, zabezpečovanie, zlepšovanie a porovnávanie kvality
- orientácia na procesy a výsledky
- celoživotné vzdelávanie,
- účasť všetkých pracovníkov na riadení kvality,
- použitie vhodných metód na riadenie kvality (Mateides a kol., 2006).

Pri riadení kvality sa zložitým problémom javí samotný pohľad na kvalitu služieb. Odlišné charakteristiky služieb v porovnaní s výrobkami, spôsobujú ťažké s meraním služby, ich testovaním pred ich komercializáciou, chybu pri poskytovaní služby zákazníkom

postrehne, nakoľko je zväčša pri jej poskytovaní prítomný, pre služby je zložité vytvoriť presné štandardy, kvalitu služby výrazne ovplyvňuje aktivita kontaktného personálu, služby sú zložito kontrolovateľné, sú ťažšie špecifikovateľné (Dudinská, Budaj, Vitko, 2009).

10.1 Metodologické východiská riadenia kvality

Pre úspešné fungovanie zariadení pre seniorov, a organizácií ako takých, bolo definovaných osem zásad manažérstva kvality, umožňujúcich ich usmerňovanie a riadenie čo najtransparentnejším spôsobom.

1. *Zameranie sa na zákazníka*: organizácie závisia od svojich zákazníkov a preto majú chápať ich súčasné a budúce potreby, majú uspokojovať požiadavky zákazníkov a majú sa snažiť prekonať ich očakávania.

2. *Vodcovstvo*: vodcovia určujú jednotu účelu a smerovania organizácie, majú vytvárať a udržiavať interné prostredie, v ktorom sa pracovníci plne zapoja do plnenia cieľov organizácie.

3. *Angažovanosť ľudí*: pracovníci na všetkých úrovniach sú základom organizácie a ich plné zapojenie umožňuje využívať ich schopnosti v prospech organizácie.

4. *Procesný prístup*: želaný výsledok sa dosiahne účinnejšie, ak sa činnosti a súvisiace zdroje riadia ako proces.

5. *Systémový prístup k manažérstvu*: identifikácia, pochopenie a riadenie vzájomne previazaných procesov ako systému prispieva k efektívnosti a účinnosti organizácie pri dosahovaní jej cieľov.

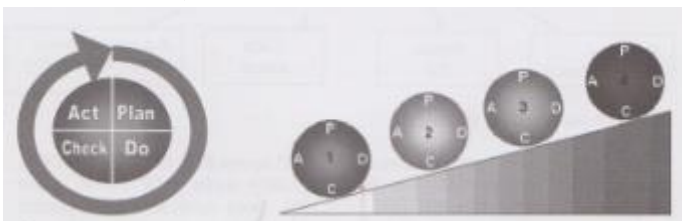
6. *Trvalé zlepšovanie*: trvalým cieľom organizácie má byť nepretržité zlepšovanie jej výkonnosti.

7. *Rozhodovanie na základe faktov*: efektívne rozhodnutia sa zakladajú na analýze údajov a informácií.

8. *Vzájomne užitočné vzťahy s dodávateľmi:* organizácia a jej dodávatelia sú vzájomne závislí a ich vzájomne výhodný vzťah umocňuje schopnosť obidvoch vytvárať hodnotu (Mateides, 2006).

Podľa Paulovej (2014) by sa implementovanie týchto zásad v zariadení pre seniorov malo prejavovať v úsilí o zlepšenie procesov, respektíve ich výkonnosti, motiváciu zamestnancov pri dosahovaní strategických cieľov, ako aj ich pravidelné zapájanie do rozhodovacích procesov a aplikáciu procesného prístupu do každej činnosti. Každé zariadenie pre seniorov, ktoré má záujem o riadenie a zlepšovanie kvality, by malo využiť Demingov cyklický model, ktorý je známy ako univerzálny model pre zlepšovanie kvality. Model pozostáva zo 4 krokov: P, D, C, A, kde jednotlivé písmená znamenajú:

- P (plan) je plánovanie, analýza, stanovenie cieľa a jeho spracovanie,
- D (do) je vykonanie potrebnej činnosti k dosiahnutiu stanoveného cieľa,
- C (check) je vyhodnotenie, teda preverenie použitých postupov a splnenia stanoveného cieľa,
- A (act) je stabilizácia, a ďalšie zlepšovanie (Dudinská, Budaj a Vitko, 2009).



Obrázok 3 Demingov kruh (Zdroj: Dudinská, Budaj, Vitko, 2009).

10.2 Konceptie riadenia kvality

Ako dôsledok evolučného vývoja pohľadu na zabezpečovanie riadenia kvality sa vo svete vykryštalizovali tri základné koncepcie manažerstva riadenia kvality:

Koncepcia podnikových štandardov. Mnoho najmä amerických spoločností už v 70. rokoch pocíťovalo aktívnu potrebu vytvorenia systémov manažerstva kvality. Požiadavky na tieto systémy zaznamenali do noriem, ktoré mali platnosť v rámci jednotlivých firiem, pričom sa nimi museli riadiť aj všetci dodávatelia týchto firiem. Tak vznikali *podnikové štandardy kvality* (Mateides, Ďaďo, 2002).

Koncepcia ISO, podrobnejšie rozpišeme v nasledujúcej časti práce.

Koncepcia TQM

Total Quality managment

Komplexné manažerstvo kvality (Total Quality Managment) sa v japonských firmách zaviedlo v 70 rokoch pre systémy celopodnikového riadenia kvality. Postupne sa koncepcia rozpracovala aj v americkom prostredí a mnohými odborníkmi je označovaná filozofiou manažmentu. Koncepcia TQM nie je viazaná s predpismi a normami ako napr. koncepcia ISO, ale je to otvorený systém absorbujúci všetko pozitívne a využiteľné pre rozvoj podnikov, organizácií či zariadení sociálnych služieb. Základnou črtou tejto koncepcie je zistenie, že kvalita služby je predurčená kvalitou procesov, v ktorých sú vstupy transformované do výstupov požadovaných vlastností. Orientácia na procesy však neznamená odklon od kvality služieb, posun pozornosti na procesy je sprevádzaný tým, že kvalita produktu definovaná súborom parametrov, musí byť splnená. (Mateides a kol., 2006).

TQM – Total Quality Managment je kľúčovou otázkou vo všetkých organizáciách v súkromnom ako aj vo verejnom sektore. Zahŕňa každého pracovníka počnúc výkonným riaditeľom a končiac posledným pracovníkom. Z tejto filozofie vyplýva aj samotný názov:

Total – každý pracovník je zapojený do procesu výroby finálního výrobku alebo poskytovania služby zákazníkovi.

Quality – zahŕňa požiadavky naplňania potrieb nielen interných, ale aj externých zákazníkov.

M – potreby zákazníkov sú naplňané prostredníctvom procesov (Dudinská, Budaj, Vitko, 2009).

Dudinská, Budaj, Vitko (2009, s. 224) taktiež považujú TQM za filozofiu a „*súbor základných princípov, ktoré predstavujú základ neustáleho zdokonaľovania podniku*“. Ďalej títo autori uvádzajú, že koncepcia TQM je založená na využití kvantitatívnych a ľudských zdrojov, z ktorých výsledkom je zlepšenie materiálových služieb dodávaných do organizácie, všetkých procesov v rámci organizácie a miery uspokojovania zákazníckych potrieb. A tak TQM je akýmsi spojením základných metód, snahy o zlepšenie a technických nástrojov systematickým, dôsledným spôsobom, zameraným na nepretržité zdokonaľovanie. V dokumentácii Modelu výnimočnosti nájdeme TQM definované ako spôsob akým je organizácia vedená, aby dosiahla úspešnosť na základe základných koncepcií, ktoré zahŕňajú orientáciu na zákazníka, partnerstvá s dodávateľmi, rozvoj a angažovanosť zamestnancov (Paulová, 2014). Definícií TQM je mnoho, ale zmyslom každej z nich je orientácia na zákazníka, sústavné zlepšovanie, zapojenie všetkých zainteresovaných a sociálna ohľaduplnosť.

MacDonald (1996) uvádza tieto dôvody pre zavedenie TQM: zvýšenie konkurenčného tlaku, meniaci sa vzťah k zákazníkovi, skryté plytvanie v rámci súčasných metód, meniaci sa vzťah medzi manažérmi a pracovníkmi, snaha o využitie tvorivého potenciálu pracovníkov, snaha o prežitie. Za prínosy TQM uvedený autor považuje: zlepšenie výrobku alebo služby, zmenšenie plytvania zdrojmi, skok k produktivite, príležitosť na zvýšenie zisku, zvýšenie podielu na trhu, dosiahnutie konkurenčnej výhody, využitie tvorivého potenciálu pracovníkov, motivovaná pracovná sila, potlačenie väčšiny

nepríjemných záležitostí a pocitov nespokojnosti medzi pracovníkmi. Koncepcia TQM nie je viazaná na normy a predpisy tak, ako je to v prípade normy ISO, je to otvorený systém pre všetko pozitívne, čo môže byť prínosom pre organizáciu. Ide o prístup manažmentu organizácie, ktorý je zameraný na kvalitu za účasti všetkých zamestnancov, ktorých prvoradým cieľom je uspokojovanie zákazníkov. Tieto dôvody a prínosy uvádza aj novšia literatúra odborníkov, napr. Paulová (2014).

Dudinská, Budaj, Vitko (2009) tvrdia, že v princípe TQM vyžaduje angažovanosť vrcholových manažérov, dobré vzťahy medzi manažmentom a pracovníkmi, dobrú komunikáciu a vzťahy medzi útvarmi organizácie, nepretržité vzdelávanie na všetkých úrovniach, dobré vzťahy s dodávateľmi a zákazníkmi.

TQM sa týka celej činnosti organizácie a znamená zmeny v týchto dimenziách: strategická činnosť, kultúra organizácie a pôsobenie dobrej stratégie (Paulová, 2014).

Z dôvodu posúdenia úrovne napĺňania TQM bol vypracovaný model výnimočnosti EFQM a model samohodnotenia CAF, ktoré umožňujú hodnotenie úrovne zrelosti organizácie (Paulová, 2014).

Model CAF – Common Assessment Framework má svoje korene v analýzach Európskej nadácie pre manažerstvo kvality, nemeckej akadémie Speyer a Európskom inštitúte pre verejnú správu. Tento model je založený na predpoklade, že organizácia dosahuje výborné výsledky nielen vo svojej výkonnosti, ale aj vo vzťahu ku zákazníkovi, svojim zamestnancom a k celej spoločnosti. Štruktúra modelu CAF je postavená na piatich kritériách, ktorými sú vodcovstvo, manažerstvo ľudských zdrojov, stratégia a plánovanie, partnerstvá a zdroje, manažerstvo procesu a zmeny ako aj na štyroch kritériách výsledkových, ktoré zahŕňajú výsledky vo vzťahu k zamestnancom, výsledky vo vzťahu k zákazníkovi, výsledky vo vzťahu k spoločnosti

a kľúčové výsledky výkonnosti. Kritériá sú ďalej rozčlenené na subkritériá smerujúce k námetom na trvalé zlepšovanie (2014 b).

Model EFQM model výnimočnosti – The European Model for Business Excellence vytvorila Európska nadácia pre manažérstvo kvality a považuje ho za nástroj hodnotenia výkonnosti organizácie vo všetkých jej činnostiach. Jeho cieľom je neustále zvyšovanie kvality v organizácii.

Aplikácia tohto modelu je pre organizácie súkromného ako aj verejného sektora dobrovoľná. Tento model považuje za základ dosiahnutie výsledkov, ktoré sú výnimočné a na získaní ktorých sa podieľajú všetci pracovníci organizácie. Model zahŕňa 9 kritérií, z ktorých päť predstavuje predpoklady považované za hnacie sily, ďalšie štyri sú výsledkami organizácie. Všetky kritériá sú rozpracované do subkritérií s celkovým počtom 32. Model excelencie je využiteľný vo veľkých, stredných i malých organizáciách verejného sektora (Paulová, 2014).

10.3 Konceptia systému manažérstva kvality

V roku 1987 Medzinárodná organizácia pre normy ISO prvý krát zverejnila sadu nových noriem, ktoré sa nezaoberali technickými požiadavkami na výrobky a procesy, ale výhradne požiadavkami na systém – systém manažérstva kvality. Pôvodne išlo o päťicu noriem ISO radu 9000. V roku 1994 bol prvý krát inovovaný ich obsah, druhý krát bol ich obsah inovovaný v roku 2000 (Veber, 2006). Dudinská, Budaj, Vitko (2009) pridávajú aj tretiu úpravu normy v roku 2008. Normu pokladajú za základnú modelovú normu kvality v Slovenskej republike. Stanovuje požiadavky na systém manažérstva kvality tam, kde organizácia potrebuje:

- predviesť schopnosť trvalo poskytovať produkt spĺňajúci požiadavky zákazníka a predpisov,

- chce zvýšiť spokojnosť zákazníka prostredníctvom efektívneho využívania systému vrátane procesov trvalého zlepšovania systému.

Rysy koncepcie Normy ISO 9000 uvádza Mateides, Závadský (2002):

1. Normy ISO 9000 majú univerzálny charakter, t.j. nie sú závislé ani na povahe výrobkov, ani na charaktere procesov – sú aplikované vo výrobných organizáciách, aj v službách. Táto vlastnosť sa negatívne prejavuje tým, že začínajúce organizácie si nevedia s aplikáciou požiadaviek noriem poradiť, nakoľko formulácie v normách sú všeobecné a neurčité.

2. Normy ISO radu 9000 nie sú záväzné. Až v okamihu, keď sa dodávateľ v obchodnej zmluve zaviazal odberateľovi, že aplikuje u seba systém manažérstva kvality podľa normy ISO radu 9000 stáva sa táto norma pre producenta záväzným predpisom.

3. Normy ISO radu 9000 sú len súborom minimálnych požiadaviek, ktoré by mali byť v organizáciách implementované. Je preto nebezpečné, ak si pracovníci myslia, že sú vrcholom dosiahnuteľného.

4. Skúsenosti ukazujú, že ani striktné uplatňovanie požiadaviek noriem ISO nedokáže garantovať základný cieľ účinného systému manažérstva kvality, t.j. plnú spokojnosť a lojalitu zákazníkov ako i dobré ekonomické výsledky.

5. Norma ISO 9000 požaduje, aby bola zabezpečená odborná spôsobilosť pracovníkov, ktorí výkonom svojej práce ovplyvňujú kvalitu produktu alebo služby.

Norma požaduje identifikovať všetky relevantné procesy systému manažmentu kvality, určiť ich vzájomné väzby, stanoviť kritériá pre zabezpečenie efektívneho fungovania týchto procesov, priebeh procesov monitorovať, analyzovať a prijímať nevyhnutné opatrenia k dosahovaniu plánovaných výsledkov pre neustále zlepšovanie týchto procesov. Je na každej organizácii, ako vymedzí svoje procesy, pritom je logické, že musí ísť o všetky činnosti, ktoré majú vplyv na kvalitu finálneho procesu. Norma ISO 9000 však

nevyžaduje iba identifikovať procesy, určiť postupnosť týchto procesov, ale vyžaduje aj určiť kritériá a metódy potrebné pre zabezpečenie efektívneho fungovania a riadenia týchto procesov. Následne stanovuje ďalšie požiadavky na procesy – zaistiť pre ne dostupnosť zdrojov a informácií, procesy monitorovať a merať a uplatňovať opatrenia, ktoré povedú k ich zlepšovaniu (Mateides a kol., 2006).

Väčšina týchto požiadaviek je rozvedená v samostatných bodoch normy. Pri úvahách týkajúcich sa kritérií by sme si mali položiť otázku, aký je očakávaný výstup daného procesu a akým spôsobom sa dá kvantitatívne vyjadriť. Tým sa dostaneme k výsledným kritériám, s ich pomocou môžeme určovať predpokladané výsledky pri jednotlivých definovaných procesoch. Norma hovorí o kritériách, najmenej dvoch pre každý proces, aj keď horná hranica nie je obmedzená. V praxi sa používajú dve, tri kritériá, väčší počet nemá zmysel, kritériá sa prekrývajú a ich dosiahnutie môže byť kontraproduktívne (Veber 2006).

Za prínos noriem ISO 9000 pre organizáciu môžeme považovať istotu odberateľa aj dodávateľa, že presne vedie k čomu sa zaväzujú a, že certifikovanie noriem podľa normy ISO 9000 je možným nástrojom marketingu. Kritici noriem ISO 9000 hovoria o ich byrokracii, nákladnosti, vytýkajú im, že negarantujú kvalitu produktu podľa aktuálnych požiadaviek zákazníkov a nevyhovujú malým organizáciám (Dudinská, Budaj, Vitko, 2009).

Systém manažérstva kvality je spôsob, ako organizácia riadi a kontroluje tie podnikateľské činnosti, ktoré súvisia s kvalitou. Systém manažérstva kvality je súčasťou systémov riadenia organizácie. Rad noriem ISO STN EN 9000 odráža jeden z možných systémov manažérstva kvality. Systémy kvality slúžia k rozvíjaniu povedomia ako a prečo určité veci realizovať, a to tým, že sa dokumentujú postupy

prác a dôkladne zaznamenávajú výsledky, ktoré poukazujú čo bolo urobené (Mateides, Závadský, 2002).

Nevyhnutnými súčasťami systému manažérstva kvality sú plánovanie kvality, jej zabezpečovanie, treťou súčasťou je riadenie a samozrejme jej zlepšovanie Paulová (2014).

Systém manažérstva kvality do zariadení sociálnych služieb sa implementuje v dôsledku zachovania ľudskej dôstojnosti ako aj z etických a ekonomických dôvodov, z dôvodov odbornosti, opakovateľnosti, zabezpečovania konkurencie schopnosti, trvalej udržateľnosti zariadenia pre seniorov, pretože do zariadenia prináša poriadok, systém, čím napomáha k zvyšovaniu spokojnosti všetkých zainteresovaných strán: zákazníkov, partnerov i dodávateľov (Lakatoš, 2012).

Systém manažérstva kvality je skutočným návodom pre jednoznačné správanie sa organizácie v oblasti kvality. V tejto súvislosti slovo kvalita neznamena dobre, resp. najlepšie, ale je to schopnosť organizácie uspokojiť potreby zákazníkov. Nie je to však systém, ktorý je nemenný a platí navždy. Je to systém, ktorý sa musí prispôbovať meniacim sa podmienkam trhu, meniacim sa požiadavkám zákazníkov či už odberateľov alebo konečných spotrebiteľov produktov (Mateides, Závadský, 2005).

Aj napriek tomu, že implementácia systému manažérstva kvality má aj svojich odporcov, faktom zostáva, že jej existencia sa prejaví v zlepšovaní kultúry organizácie v týchto smeroch:

- zavedenie elementárnych zásad poriadku a disciplíny
- posilnenie významu firemnej dokumentácie
- zvýšenie rešpektu voči legislatívnym požiadavkám
- počítať i zo zabezpečovaním zdrojov jednak v štádiu zavádzania, udržania i prevádzkovania (Mateides a kol., 2006).

10.4 Zavádzanie SMK v zariadeniach pre seniorov

Mateides a Závadský (2005) popísali etapy certifikácie systému manažérstva kvality využiteľné v zariadeniach pre seniorov.

Prvá etapa – jednanie vrcholového manažmentu o vízii, politike a cieľoch, ktoré sú zámerom budovania a vytvorenia účinného systému manažérstva kvality. Táto vízia a politika kvality vychádza z celkovej stratégie organizácie.

Druhá etapa – sa zvykne realizovať súbežne s prvou etapou. Na realizáciu tejto etapy je obvykle prizvaná poradenská organizácia, ktorá má skúsenosti s budovaním systému manažérstva kvality. Jedná sa o analýzu súčasného stavu v organizácii. Je to odborne náročný krok, kde sa formou dotazníka a priamym preverovaním porovnávajú požiadavky vybranej normy s danou situáciou v organizácii.

Tretia etapa – výstavba funkčného systému kvality, kde prvým krokom je dokumentačné zabezpečenie. Cieľom tohto kroku je popísať každý prvok i súvisiacu dokumentáciu určujúcu zabezpečenie činnosti tak, aby vyhovovala požiadavkám v súlade s vybranou normou.

Štvrtá etapa – pred certifikačný audit obvykle vykonáva poradenská organizácia.

Piata etapa je záverečná etapa, kde vrcholové vedenie zväži potrebu uchádzania sa o certifikát systému manažérstva kvality. Pri výbere certifikujúcej organizácie je rozhodujúce, aby certifikát uznal zákazník. Vrcholové vedenie organizácie musí k tejto etape vyčleniť finančné prostriedky na certifikačný audit a pri pozitívnom výsledku aj na samotné udelenie certifikátu systému manažérstva kvality. V prípade konformity s požiadavkami vybranej normy a s ďalšou predpísanou dokumentáciou udeľuje certifikačný orgán organizácii certifikát. Certifikát sa stáva zárukou toho, že dodávateľ je schopný trvalo udržiavať kvalitu svojich postupov, jeho systém kvality je v zhode s predpísanou normou. Udelením certifikátu sa tento proces nekončí. Certifikačný orgán a organizácia následne kontrahujú zmluvu

o vykonávaní priebežných inšpekcií – auditov, obyčajne 2x ročne. Platnosť certifikátu je obmedzená na obdobie troch rokov za predpokladu, že výsledky ročných previerok budú pozitívne. Po uplynutí tejto doby musí organizácia požiadať o vykonanie reaudit, pričom jeho výsledky vedú k obnoveniu certifikátu. V ďalšej publikácii Mateides a kol., (2006) upriamuje pozornosť na procesy, ktoré Norma ISO 9000 definuje a ktoré musia byť v organizácii zdokumentované:

- riadenie dokumentov
- riadenie záznamov
- riadenie nezhodného produktu
- interné audity
- nápravné činnosti
- preventívne činnosti
- výber a hodnotenie dodávateľov
- preskúmanie manažmentom
- metrológia
- vzdelávanie
- spokojnosť zákazníka (Mateides a kol., 2006).

Veľmi dôležité je aj dokumentačné zabezpečenie systému manažérstva kvality, charakter a rozsah dokumentácie musí vyhovovať požiadavkám legislatívy, predpisov a očakávaniam zákazníkov a ďalších zainteresovaných strán. Norma STN EN ISO 9000 zahŕňa tieto požiadavky na dokumentáciu Systému manažérstva kvality:

- zdokumentované vyhlásenie politiky a cieľov kvality
- príručku kvality
- zdokumentované postupy
- dokumenty na zaistenie efektívneho plánovania, prevádzky a riadenia svojich procesov (Paulová, 2014).

Na záver je potrebné pripomenúť skutočnosť, že budovanie systému manažérstva kvality je nikdy nekončiaci proces, čo znamená, že

získaním certifikátu sa v organizácii proces budovania systému manažérstva kvality nekončí, ale znovu začína.

11 KTO OKREM POBERATEĽA DÔCHODKU MÔŽE BYŤ PRÍJEMCOM DÔCHODKU?

V rodine sú chvíle spokojné, šťastné, no život prináša aj stránky nepríjemne, zložité, s ktorými sa musíme vyrovnat' a neodkladne ich riešiť. Týka sa to aj najbližších rodinných príslušníkov a to v prípade, keď nie sú spôsobilí z nejakých dôvodov poberať dôchodok priznaný verejnoprávnou Sociálnou poisťovňou. Zákon o sociálnom poistení v nadväznosti na občiansky zákonník myslí aj na takéto situácie. Poberateľovi dôchodku môže Sociálna poisťovňa poukazovať dôchodok rôznymi spôsobmi, ktoré ustanovuje zákon o sociálnom poistení. Poberateľ dôchodku sa môže rozhodnúť, či chce poukazovať dôchodok na účet v banke, alebo či uprednostní jeho vyplácanie v hotovosti. Prijemcom dôchodku, teda osobou, na ktorej účet alebo do ktorej rúk Sociálna poisťovňa poukazuje dôchodok, nemusí byť len samotný poberateľ, ale aj niekto iný. Prijemcom dôchodku môže byť okrem poberateľa dôchodku aj

- zákonný zástupca poberateľa dôchodku
- fyzická osoba, ktorej bolo nezaopatrené dieťa zverené do náhradnej rodinnej starostlivosti
- štatutárny zástupca zariadenia, v ktorom je nezaopatrené dieťa umiestnené na základe rozhodnutia súdu alebo
- osobitný príjemca.

Okrem týchto prípadov môže byť dôchodok poukazovaný aj na účet manžela alebo manželky poberateľa dôchodku v banke. Vyplácanie dôchodku poberateľom dôchodku, ktorí sa nachádzajú v zariadení sociálnych služieb alebo v ústave na výkon väzby alebo na výkon trestu odňatia slobody, upravujú právne predpisy osobitne. V príspevku postupne rozoberieme jednotlivé prípady, keď je príjemcom dôchodku niekto iný ako oprávnený poberateľ dôchodku.

11.1 Zákonný zástupca poberateľa dôchodku

Spôsobilosť fyzickej osoby vlastnými právnymi úkonmi nadobúdať práva a brať na seba povinnosti v právnych vzťahoch sociálneho poistenia vzniká dovŕšením 15. roku veku. Ak je poberateľ dôchodku mladší ako 15 rokov, ak ho súd pozbavil spôsobilosti na právne úkony alebo jeho spôsobilosť na právne úkony obmedzil v rozsahu, ktorý zahŕňa aj prijímanie dôchodku, príjmom jeho dôchodku je jeho zákonný zástupca.

Zákonným zástupcom maloletého dieťaťa sú jeho rodičia, prípadne osvojiteľia. Ak obaja rodičia maloletého dieťaťa zomreli, boli pozbavení výkonu rodičovských práv a povinností, bol pozastavený výkon ich rodičovských práv a povinností alebo nemajú spôsobilosť na právne úkony v plnom rozsahu, zákonným zástupcom maloletého dieťaťa je súdom ustanovený poručník.

Ak je teda maloletému dieťaťu mladšiemu ako 15 rokov priznaný sirotsky dôchodok po zomretom rodičovi a druhý rodič je napríklad pozbavený výkonu rodičovských práv a povinností rozhodnutím súdu, príjmom dôchodku je súdom ustanovený poručník.

Ak súd rozhodol o obmedzení výkonu rodičovských práv a povinností rodičov, zákonným zástupcom maloletého dieťaťa je súdom ustanovený opatrovník. Opatrovník sa tým stáva aj príjmom sirotského dôchodku maloletého dieťaťa len v prípade, ak obmedzenie výkonu rodičovských práv a povinností zahŕňa aj prijímanie dôchodku dieťaťa.

Ak je sirotsky dôchodok maloletého dieťaťa vyplácaný jeho zákonnému zástupcovi, po dovŕšení 15 rokov veku dieťaťa sa dôchodok nezačne automaticky poukazovať dieťaťu, ale pokračuje sa vo vyplácaní bývalému zákonnému zástupcovi. Takýto príjemca sa po dovŕšení 15. roku veku dieťaťa stáva tzv. osobitným príjemcom. Ak má maloletý poberateľ dôchodku po dovŕšení 15 rokov veku záujem stať sa príjemcom svojho dôchodku, musí on alebo osobitný príjemca

Sociálnu poisťovňu požiadať o zmenu spôsobu poukazovania dôchodku.

Zákonným zástupcom plnoletej fyzickej osoby, ktorú súd rozhodnutím pozbavil spôsobilosti na právne úkony alebo ktorej spôsobilosť na právne úkony bola rozhodnutím súdu obmedzená, je súdom ustanovený opatrovník. Z toho dôvodu sa opatrovník stáva aj príjemcom dôchodku takejto fyzickej osoby, pri obmedzení spôsobilosti na právne úkony však len v prípade, ak takéto obmedzenie zahŕňa aj prijímanie dôchodku.

11.2 Fyzická osoba, ktorej bolo dieťa zverené do náhradnej rodinnej starostlivosti

Ak je maloleté dieťa, ktoré je poberateľom sirotského dôchodku, zverené rozhodnutím súdu do osobnej starostlivosti inej fyzickej osoby než rodiča (ide o tzv. náhradnú osobnú starostlivosť) alebo do pestúnskej starostlivosti, táto fyzická osoba alebo pestún sa stáva príjemcom dôchodku dieťaťa. Pri rozhodovaní o zverení dieťaťa do osobnej starostlivosti inej fyzickej osoby než rodiča súd zvyčajne uprednostní príbuzného dieťaťa.

11.3 Štatutárny zástupca zariadenia, v ktorom je nezaopatrené dieťa umiestnené na základe rozhodnutia súdu

Ak súd nariadi ústavnú starostlivosť maloletého dieťaťa, teda napríklad rozhodne o jeho umiestnení do detského domova, príjemcom jeho dôchodku sa stáva štatutárny zástupca ústavného zariadenia, v ktorom je dieťa umiestnené.

11.4 Osobitný príjemca

Sociálna poisťovňa môže rozhodnúť o ustanovení osobitného príjemcu, ak poberateľ dávky alebo jeho zákonný zástupca zo zdravotných dôvodov nemôžu dôchodok prijímať, ale táto skutočnosť

nie je dôsledkom nespôsobilosti na právne úkony. Poberateľ dávky aj budúci osobitný príjemca s tým musia súhlasiť. Sociálna poisťovňa musí mať preukázané, že poberateľ dôchodku alebo jeho zákonný zástupca nemôže zo zdravotných dôvodov prijímať dôchodok. Účelom ustanovenia osobitného príjemcu v takýchto prípadoch je zabezpečenie súvislej výplaty dôchodku. Je veľmi dôležité starostlivo zvážiť, kto má byť ustanovený za osobitného príjemcu. Môže ísť o fyzickú osobu alebo právnickú osobu.

Prvým krokom, ktorý musí poberateľ dôchodku alebo jeho zákonný zástupca spraviť, ak chce, aby Sociálna poisťovňa ustanovila osobitného príjemcu, je požiadať o to Sociálnu poisťovňu. Môže tak pritom urobiť písomne, ústne do zápisnice, telegraficky, faxom alebo elektronickými prostriedkami podpísanými zaručeným elektronickým podpisom. Telegrafické podanie, podanie urobené faxom alebo elektronickými prostriedkami je potrebné doplniť do troch dní. Žiadosť o ustanovenie osobitného príjemcu môže podať aj osoba, ktorá má byť ustanovená za osobitného príjemcu.

Ak sa starobný dôchodok, predčasný starobný dôchodok, invalidný dôchodok, vdovský dôchodok, vdovecký dôchodok, sirotsky dôchodok alebo dôchodok manželky už vypláca, žiadosť o ustanovenie osobitného príjemcu je potrebné adresovať Sociálnej poisťovni, ústredie. V prípade sociálneho dôchodku je žiadosť potrebné zaslať pobočke Sociálnej poisťovne príslušnej podľa miesta trvalého pobytu poberateľa dôchodku.

Žiadosť o ustanovenie osobitného príjemcu musí obsahovať písomný súhlas osobitného príjemcu, poberateľa dôchodku aj jeho zákonného zástupcu s ustanovením osobného príjemcu, dátum a podpisy účastníkov konania. Zároveň je potrebné pripojiť potvrdenie ošetrojúceho lekára preukazujúce zlý zdravotný stav znemožňujúci poberateľovi dôchodku alebo jeho zákonnému zástupcovi preberať výplatu dôchodku.

Ak poberateľ dôchodku alebo jeho zákonný zástupca nemôže prejavíť súhlas s ustanovením osobitného príjemcu, pretože sa mu napríklad náhle zhoršil zdravotný stav, treba túto skutočnosť tiež preukázať. Vtedy je potrebné k žiadosti pripojiť aj potvrdenie s vyjadrením lekára zdravotníckeho zariadenia, kde je poberateľ dôchodku alebo jeho zákonný zástupca hospitalizovaný, že jeho zdravotný stav mu neumožňuje vyjadriť súhlas s ustanovením osobitného príjemcu.

Sociálna poisťovňa posúdi, či sú splnené potrebné podmienky a rozhodnutím ustanoví osobitného príjemcu alebo žiadosť zamietne.

Osobitným príjemcom je ďalej fyzická osoba, ktorej sa sirotský dôchodok vypláca do 15. roku veku dieťaťa. V tomto prípade nie je potrebné, aby Sociálna poisťovňa vydávala rozhodnutie, ani aby poberateľ dôchodku či jeho zákonný zástupca žiadali Sociálnu poisťovňu o ustanovenie osobitného príjemcu, keďže získava toto právne postavenie priamo zo zákona.

11.5 Poukazovanie dôchodku na účet manžela alebo manželky poberateľa dôchodku

Ide o odlišný prípad ako predchádzajúce, keďže manžel alebo manželka poberateľa dôchodku sa nestávajú príjemcom dôchodku. Zákon tu len rešpektuje skutočnosť, že manželia často využívajú jeden účet, ktorého majiteľom je jeden z nich. Poberateľ dôchodku môže Sociálnu poisťovňu písomne požiadať, aby bol jeho dôchodok poukazovaný na účet jeho manželky alebo manžela v banke. Poberateľ dôchodku však musí mať právo disponovať s finančnými prostriedkami na tomto účte a jeho manželka alebo manžel musí prejavíť s týmto spôsobom poukazovania súhlas. Na to, aby bol dôchodok poukazovaný na účet poberateľovho manžela alebo manželky, je potrebné vyplniť tlačivo „Žiadosť o poukazovanie dôchodkových dávok na účet manžela/manželky dôchodcu“ a predložiť alebo zaslať ho Sociálnej

poisťovni. Toto tlačivo sa nachádza na internetovej stránke Sociálnej poisťovne www.socpoist.sk → Dôchodkové poistenie → Formuláre → Formuláre - Dôchodcovia v SR, alebo ho môže poberateľovi dôchodku poskytnúť ústredie Sociálnej poisťovne, pobočky Sociálnej poisťovne či banky. V tlačive poberateľ dôchodku vyplní potrebné údaje, jeho manžel alebo manželka svojím podpisom potvrdí, že ako majiteľ účtu súhlasí s poukazovaním dôchodku na jeho alebo jej účet a banka potvrdí správnosť vyplnených údajov. Ak o priznanie dôchodku poistenec ešte len žiada, vyplnené tlačivo je potrebné predložiť príslušnej pobočke Sociálnej poisťovne pri spisovaní žiadosti o dôchodok. Ak už dôchodok poberá, tlačivo je potrebné doručiť Sociálnej poisťovni, ústredie. Treba zdôrazniť, že dôchodok môže byť poukazovaný len na účet manžela alebo manželky poberateľa dôchodku, nie na účet manžela alebo manželky iných osôb, ktoré sú príjemcami dôchodku (napríklad opatrovníka).

11.6 Zariadenie sociálnych služieb

Poberateľovi dávky, ktorému sa poskytuje starostlivosť v zariadení sociálnych služieb, sa dôchodok poukazuje prostredníctvom hromadného poukazu do tohto zariadenia. Pokiaľ je prijímateľ sociálnej služby súdnym rozhodnutím pozbavený spôsobilosti na právne úkony a nemá súdom určeného opatrovníka, čo znamená, že opatrovníkom je zariadenie sociálnych služieb, v ktorom prijímateľ žije, disponuje so zasielanou dávkou poverený zamestnanec zariadenia. Pokiaľ má prijímateľ sociálnej služby súdom určeného opatrovníka, ten môže splnomocniť zariadenie, kde prijímateľ žije nakladaním s dávkami v súlade s taxatívne vymedzenými právomocami v plnej moci overenej notárom.

Ak sa poberateľ dôchodku rozhodne, že chce poukazovať dôchodok na účet v banke alebo v hotovosti, Sociálna poisťovňa na základe jeho žiadosti spôsob poukazovania dôchodku zmení.

11.7 Ústav na výkon väzby alebo ústav na výkon trestu odňatia slobody

Ak je poberateľ dôchodku umiestnený v ústave na výkon väzby alebo v ústave na výkon trestu odňatia slobody, Sociálna poisťovňa mu poukazuje dôchodok vždy výlučne prostredníctvom tohto ústavu. To znamená, že nemá možnosť voľby spôsobu poukazovania dôchodku ani osoby, ktorej má byť príjemcom jeho dôchodku.

Na záver je potrebné zdôrazniť, že príjemca dôchodku, ktorý nie je jeho poberateľom, má povinnosť použiť dôchodok len v prospech poberateľa dôchodku a osôb, ktoré je poberateľ dôchodku povinný vyživovať. Ak bol však rozhodnutím Sociálnej poisťovne ustanovený osobitný príjemca, má povinnosť dôchodok použiť podľa pokynov poberateľa dôchodku alebo jeho zákonného zástupcu. To znamená, že je len na rozhodnutí poberateľa dôchodku alebo jeho zákonného zástupcu, či bude dôchodok použitý v jeho prospech alebo iným spôsobom, a osobitný príjemca je povinný to rešpektovať. Verím, že príspevok napomôže nielen poslucháčom našej vysokej školy, ale aj ostatným čitateľom pri riešení situácii v rodine, s ktorými bežne nepočítame, no musíme byť pripravení na ich aplikáciu v prípade potreby.

12 VÝZNAM SUPERVÍZIE V PRÍPRAVE A PROCESSE CELOŽIVOTNÉHO VZDELÁVANIA SOCIÁLNYCH PRACOVNÍKOV

Počas štúdia študenti sociálnej práce absolvujú ako budúci sociálni pracovníci psychosociálne výcviky zamerané na sebazpoznanie, komunikáciu, sociálne poradenstvo a supervíziu. Ich cieľom je pozitívne ovplyvniť hodnotovú orientáciu, postoje a správanie budúcich pomáhajúcich profesionálov, sociálnych pracovníkov, učiteľov, sestry a prispieť k osobnostnému a sociálnemu rozvoju a prevencii syndrómu vyhorenia. Dôraz už pri príprave budúcich profesionálov je kladený na formatívne prvky, orientuje sa na subjekt i objekt výkonu sociálnej práce, na praktické využitie v bežnom živote a pri práci pracovníka. Reflektuje osobnosť jednotlivca, jeho individuálne potreby a zvláštnosti. Zmyslom je utváranie vlastných predstáv a názorov získaných na základe praktických životných spôsobilosti/zručnosti, hľadanie vlastnej cesty k životnej spokojnosti založenej na dobrých vzťahoch k sebe samému i k ľuďom a k svetu. Získať poznatky z efektívnej komunikácie, predchádzaní konfliktov, komunikácie, ktorá pomáha vytvárať vzťah medzi sociálnym pracovníkom a klientom..

Špecifikom osobnostného a sociálneho rozvoja sociálneho pracovníka je skupina, ktorá konfrontuje jednotlivca v situáciách bežného života. Rozvíjanie komunikácie a sociálnych zručností s terapeutickým účinkom a/alebo prežívanie dramatického napätia je prostriedkom, sekundárnym účinkom.

12.1 Zameranie supervízie

Rozvíjať emocionálnu (personálnu) inteligenciu a sociálno-emocionálne kompetencie sociálneho pracovníka a naučiť uplatňovať ich v rodinnom, partnerskom, manželskom a pracovnom živote je pre supervíziu v organizácii primárnym cieľom.

Emocionálna inteligencia v sebe nesie vysokú úroveň zručností: *emocionálnych* (identifikovanie citov, prejavovanie citov, ovládanie emócií a impulzov, redukovanie stresu, uvedomovanie si rozdielov medzi citmi a činmi), *behaviorálnych* (poznávanie verbálnej a neverbálnej komunikácie, používanie techník aktívneho počúvania, konštruktívne reagovanie na kritiku, efektívne riešenie konfliktov a asertívne presadzovanie svojich názorov, odstraňovanie predsudkov a stereotypov v smere tolerancie odlišností), *kognitívnych* (sebauvedomenie, zdravé sebahodnotenia a sebadôvera, chápanie postojov a názorov iných ľudí, chápanie noriem správania, používanie konštruktívnych postupov pri riešení problémov, efektívne riešenie konfliktov, pozitívny postoj k životu, využívanie správnych hodnôt a morálky (Hunyadiova, Ferenčíková, 2013).

Eminentný dôraz sa v supervízii kladie aj na formovanie a rozvíjanie komunikačných a kooperatívnych zručností nevyhnutných pre rozvíjanie dobrých medziľudských vzťahov v partnerstve, v rodine a na pracovisku zabezpečením efektívnej sociálnej komunikácie a spoločenského správania, vyjednávaním, výberom vhodných stratégií na riešenie konfliktov, vytváraním konsensu pri vysokej empatii, akceptácii a tolerancii názorov, postojov a hodnôt druhého človeka, ako aj verifikáciou intervencií s klientmi.

Poslaním je rozvíjať sociálno-emocionálne kompetencie pracovníkov a naučiť ich uplatňovať v bežnom živote na základe praktických cvičení. Emocionálna inteligencia v sebe nesie vysokú úroveň zručností, emocionálnych cvičení a spätnej väzby. Súčasťou spätnej väzby je aj identifikovanie citov, prejavovanie citov, ovládanie emócií a impulzov, redukovanie stresu, uvedomovanie si rozdielov medzi citmi a činmi.

Poznávanie štruktúry sociálnej komunikácie a druhov a foriem komunikácie medzi ľuďmi a skupinami.

Získanie informácií o sociálnej komunikácii na makroúrovni - v širokom kontexte spoločenských vzťahov, sociálnej komunikácii na mezoúrovni - v užšom kontexte sociálnych skupín, sociálnej komunikácii na mikroúrovni - v úzkom kontexte elementárnych komunikačných aktov v rodine, partnerstve, manželstve a pri výchove detí, vedení klienta. Supervízia ponúka sociálno-psychologický pohľad na verbálnu a neverbálnu komunikáciu pomáha pri príprave dobrého vedenia pomáhajúceho rozhovoru s využitím techník aktívneho počúvania, aktívnou účasťou aj v štrukturovanom rozhovore (Gabura, Pružinská, 1995).

Pre sociálneho pracovníka prináša „poriadok“ štruktúru, oporu, ktorá predchádza bremenu expertnosti a "burn-out" syndrómu (syndrómu vyhorenia), tým, že podnecuje a prehodnocuje kompetencie svoje a schopnosti a zdroje dieťaťa k nachádzaniu si vlastných a teda pre neho tých najlepších riešení problémov, ktoré vznikajú v skupine.

Rozvíjaním tolerancie v interpersonálnych vzťahoch v skupine počas supervízie dochádza k akceptácii a tolerancii druhého človeka aj s odlišnými postojmi, názormi, životnými hodnotami. Uvedomenie si, čo prinášajú predsudky, stereotypy v našom reagovaní a správaní do medziľudských vzťahoch na pracoviskách, vedieť si priznať, že som sa mohol mýliť a že moje stanovisko nemusí byť správne. Pochopenie nebezpečenstva vytvárania a existencie stereotypov a odstraňovanie svojich predsudkov a stereotypov a kritiky. Dochádza tak k rozvoju emocionálnych zručností potrebných v personálnej práci.

Pri sebazpoznaní sa rovnako kladie dôraz na osvojovanie si základných noriem a pravidiel správania sa, je zameraný na efektívne formy učenia, tvorbu a rozvíjanie vlastného vedomostného potenciálu a profesijnej orientácie a rovnako zameraný na aktívnu prevenciu sociálnopatologických javov v súčasnej spoločnosti s cieľom vytvoriť u jednotlivcov žiaduce postoje voči klientom, spolupracovníkom

a rodinným príslušníkom. Eliminovať negatívne vplyvy neefektívnych postupov a neprofesionality.

Sebapoznanie prostredníctvom supervízie pomáha osobnosti profesionála získať lepšiu orientáciu v interakciách s inými ľuďmi podľa potrieb a osobnostných predpokladov, dáva možnosť naučiť sa posúdiť samých seba, adaptovať sa na zmeny a poznať cestu k informovanosti. Pomáha rozvíjať kompetentnosť aktívne manažovať svoju kariéru, získať poznatky o vzťahu kariéry a rozvíjať zručnosti potrebné pre uplatnenie sa na trhu práce, úspešný profesionálny rast.

Odhadnúť emocionálny stav a spôsoby reagovania druhého človeka (jeho pocity, city, temperamentálne črty, spôsoby riešenia krízových situácií a i.) napomáhajú v komunikácií a predchádzaniu konfliktov. Vcítiť sa do polohy iného človeka, vedieť čo prežíva, ako pociťuje preňho stresovú situáciu, byť empatický, asertívny, prosociálny, tolerantný, poznať a uvedomiť si svoje osobnostné vlastnosti, temperament, reagovanie a správanie v bežnej situácii, ale aj v situácii záťaže, stresu, kríze. V supervízií je snaha o uvedomenie si, ako sa ja sám, ale aj iní okolo mňa správajú, reagujú v konfliktovej situácii ako takej, ale aj v konkrétnom konflikte (únikové, agresívne a konsenzové spôsoby riešenia). Naučiť sa efektívne riešiť bežné konflikty, ktoré súvisia so životom v súčasnej spoločnosti (s jedincami rôzneho veku, pohlavia, vzdelania, osobnostných črt) a rozpoznať únikové, agresívne a asertívne prejavy správania a reagovania u iných osôb a sám byť schopný reagovať neagresívne aj v situácii záťaže, stresu, krízových situácií, ktoré vznikajú v školskom prostredí (Schavel, Hunyadiová, Kuzyšin, 2013).

Prostredníctvom komunikácie presadzovať svoje požiadavky, návrhy, názory, postoje asertívne, tak aby som druhých nezraňoval a aby boli v prospech tímu. Aktívne uplatňovať techniky počúvania druhých s dôrazom na vypočutie si druhých a predchádzanie konfliktov.

Cieľom supervízie je pozitívne ovplyvniť hodnotovú orientáciu, postoje a správanie, prispieť k osobnostnému a sociálnemu rozvoju pomáhajúceho profesionála. Dôraz je kladený na formatívne prvky, orientuje sa na subjekt i objekt, na praktické využitie v bežnom živote a pri práci. Reflektuje osobnosť dieťaťa, jednotlivca, jeho individuálne potreby a zvláštnosti. Zmyslom je utváranie vlastných predstáv a názorov získaných na základe praktických životných spôsobilosti/zručností, hľadanie vlastnej cesty k životnej spokojnosti založenej na dobrých vzťahoch k sebe samému, k deťom, k ľuďom a k svetu.

Supervízia v skupine venuje primárne pozornosť skupine a sekundárne jednotlivcovi, zameraná je na dosahovanie cieľov, väčšinou si ich skupina, ktorá pracuje dlhodobo pod supervíziou zadefinuje sama. Hlavným cieľom v novej skupine je maximalizácia vzájomnej pomoci a vývoj skupiny k autonómii, prostredníctvom kohézie nastaviť proces v skupine prostredníctvom zdieľania a vzájomného prijatia. Pokiaľ sa v skupine nevytvorí priaznivá atmosféra, supervidanti budú ťažko hľadať, charakterizovať alebo rozoberať spoločný problém. Podľa Strieženca je zmyslom soc. práce so skupinou psychosociálne pôsobenie na skupinu, ľudí s konkrétnym spoločným znakom a spoločným cieľom, preto by mal mať supervízor štruktúru procesu v skupine premyslenú a vopred pripravenú. Ponúknuť účastníkom skupine témy, ktorými sa môžu zaoberať, hlavne v procese vytvárania vzájomných vzťahov, aktivity na podnecovanie interakcií medzi členmi skupiny. Ponúknuté témy v supervízii môžu mať podobu:

Prostredníctvom supervízie má pomáhajúci profesionál možnosť vidieť situáciu aj z pohľadu klienta. Supervízor Kamil Kalina prirovnáva supervízora k človeku, ktorý hľadá z vrchu na krajinu, vidí súvislosti, má širší uhol pohľadu ako ten, kto krajinou kráča, ako ten, kto vedie a sprevádza klientov na ich ceste ich vlastnou životnou situáciou, ich údolím. Pohľad supervízora „z hora“ neznamená, že ide

o lepší pohľad. Ide jednoducho o pohľad z nadhľadu, o iný pohľad, ktorý môže pomôcť sociálnemu pracovníkovi orientovať sa v procese práce s klientom.

Pomáhajúci profesionáli sú aj aktérmi v sekundárnej prevencii sociálno-patologických javov. Ako odborníci môžu dosiahnuť včasné odhalenie porúch psychického a sociálneho vývinu, a tým zabrániť ich ďalším prepuknutiam. Podľa Heninga¹ “ide o včasnú identifikáciu potencionálnych páchatel'ov a intervenciu pred spáchaním delikventného činu”. Sekundárna prevencia realizovaná formou individuálnej alebo skupinovej práce v aj mimo školskej triedy je určená najmä pre deti, u ktorých je preukázateľné problémové správanie, či experimentovanie s drogami a pod.

Supervízia je flexibilná so zameraním na sebareflexiu a orientáciou sa na učenie nie prostredníctvom inštrukcie ani teoretického školenia, ale podporou učenia jednotlivcov, skupín v rámci interaktívneho procesu hľadania seba samého, svojpomocou prostredníctvom skupinovej dynamiky rieši problémové oblasti v škole.

Supervízia, ako metóda sociálnej práce je zaradená do sústavy metód, ktoré boli vyvinuté sociálnymi pracovníkmi, praktická moderná metóda prispieva k profesionalizácii práce pomáhajúcich odborníkov a zároveň kvalitatívnymi ukazovateľmi k spokojnosti klientov, preto uplatniteľná v ktorejkoľvek interakcii, teda aj vo vyučovacom procese. Spokojnosť s vyučovacím procesom jednak deťmi, aj rodičmi je dôležitým indikátorom ich kvality a podmieňuje záujem a orientáciu sa v systéme existujúcich škôl. Vízia a ciele organizácie, potreby pre ich naplnenie a uplatnenie lojality voči organizácii, sú nástrojom uplatňovania tak organizácie voči klientom (rodinným príslušníkom), a zamestnancom (sociálnym pracovníkom), ako aj zamestnancov (pomáhajúcich profesionálov) voči klientom (rodinným príslušníkom)

a organizácii. Stotožňovanie sa s cieľmi organizácie prostredníctvom sebareflexie v sebapoznání, napĺňaní potrieb ako individuálnych tak skupinových, tímových a osobných sa prejavuje vo vzťahu priameho výkonu pomáhajúceho profesionála voči klientovi. Prostredníctvom supervízie rozvíjať individuálny profesijný rozvoj, osobný rast a osobnostný rozmer supervidovaných, napĺňa v súlade s cieľmi organizácie aj prostredníctvom duchovných aktivít sebarozvoj pracovníkov. Supervízia chráni záujem organizácie a klienta v prospech pracovníka, pracuje s lojalitou pracovníkov k organizácii a zaoberá sa kvalitou pracovného života zamestnancov. Veľa sa hovorí o tom, že zamestnanci by si nemali prenášať osobné problémy do práce, supervízia sa zaoberá aj ochranou pracovníkov, prevenciou syndrómu vyhorenia, aby si pracovnú záťaž neprenášali domov. Supervízia v konečnom dôsledku takto chráni status pomáhajúcich profesií a zabezpečuje kooperáciu postupov pri riešení problémov v praxi.

12.2 Teoretické východiská supervízie

Supervízia je najčastejšie chápaná v sociálnej práci ako metóda poradenstva, dokonca ako súčasť špecializovaného poradenstva, ktorá je využívaná pre zabezpečenie kvality profesionálnej činnosti a kompetencie pracovníkov v pomáhajúcich profesiách.

Za začiatky využívania supervízie považujeme Charity Organization Society v USA a Veľkej Británii, ktoré využívali prístupy dozoru nad výkonom sociálnej práce. Mary Richmond (1899, 1917, 1922) už využívala premyslene v praxi pri riešených prípadoch metódu, ktorá sa stala zložitejšou, a to najmä prostredníctvom rozširujúcich sa požiadaviek na platených pracovníkov, takže dohľad sa stal viac identifikovateľným procesom. Za prvú knihu o téme supervízie možno považovať publikáciu Jeffrey R. Brackett - Supervízie a vzdelávanie v láske (1904).

Počiatky supervízie môžeme hľadať aj v myslení Aristotela, ktorý vo svojom poslanstve priniesol poznanie o stvorení spolu s vysvetlením všetkých v ňom samočinne pôsobiacich zákonov, ktoré možno nazývať tiež zákony prírodnými. Otázkami: Čo je dobro? Čo je zlo? Odpovede si nachádza každý sám. Má ich človek v sebe?

Toto poznanie ukazuje, bez medzier, všetky oblasti poznávania súvislostí a hľadania odpovedí, prečo sa to deje, aký to má význam, vo stvorení a umožňuje jasne spoznávať všetky deje. Tak zobrazuje s nedotknuteľnou dôslednosťou aj účel celého ľudského života, objasňuje jeho » odkiaľ « a » kam «, a dáva človeku odpoveď na každú otázku, ak vážne hľadá.

V súčasnosti je supervízia chápaná a postupne prijímaná, ako status profesie nie len sociálneho pracovníka, ale zahŕňa v sebe integráciu osobných vlastností každého pracovníka, ktorý je zamestnancom, v ktorom sú poskytované služby, vzdelávanie a taktiež schopnosti tvorby vzťahov a tímovej spolupráce. Supervízia môže všeobecne zvyšovať sociálne zručnosti supervidovaného, nakoľko je rozvojová, má vzdelávací a posilňovací charakter, ale tiež môže hľadať problémy a riešiť ich v konkrétnych prípadoch. Umožňuje pracovníkom pochopiť vzájomné súvislosti problému na ktorého riešenie sa podieľajú jednak pracovníci, ako aj rodičia, vedenie školy, externí spolupracovníci, z obce, komunity atď.

Tvorba tímu spočíva v posilňovaní vzájomných vzťahov, na ktoré v supervízii uplatňujeme metódy sochovania, brainstormingu, imaginárnou vizualizáciou, analógovým neverbálnym zobrazovaním, flexibilnou korektúrou, kritériami hierarchického usporiadania v organizácii, kvantifikácia aspektov problému v tíme, distancovanie a paradoxy práce v skupine a v tíme s cieľom riešenia situácie v rodine, (klienta nemožno vnímať v starostlivosti ako samostatnú jednotku) v spolupráci so subjektmi, pretože problém klienta často súvisí s problémami v organizácii, jeho rodine, alebo medzi klientmi, či medzi

pracovníkmi. Prepojenie tak sociálnej práce so vzdelávacím a zdravotným systémom je nevyhnutným nástrojom, ktorý sa v supervízii odvíja od prípadu.

Na supervízii sa majú možnosť supervidovaní zamyslieť nad uplatňovaním štruktúry, poriadku, ako prostriedku pri upevňovaní väzieb medzi pomáhajúcim profesionálom, rodinným príslušníkom a klientom. Hodnoteniu, ako takému, svojich schopností a vplyv na zamestnancov. Uplatňovať vzťah ako najvyššiu formu a prostriedok pri pomáhaní a sprevádzaní. Osobným zapojením sa skúsiť si využívanie techník prístupu ku klientovi.

Supervízia obsahuje výraznú zložku podpory, nezraňuje, podporuje a reflektuje prácu zamestnanca zameraním na obsah, teda problém, alebo na vzťah či na proces odohrávajúci sa medzi supervidovaným a jeho klientom alebo medzi supervízorom a supervidovaným. Vytvára predpoklady a podmienky na profesionálny rozvoj, vzdelanosť a odbornosť rastu zamestnancov v pomáhajúcich profesiách.

Supervízia sa vo všeobecnosti vzťahuje na psychické, sociálne a inštitučné faktory v organizáciách zabezpečujúcich sociálne služby. Zameriava sa na vnútorný obsah, ktorý si prináša zamestnanec z prostredia, v ktorom žije a obsah, ktorý získava v pracovnom prostredí a jeho prenos a ovplyvňovanie osobného života. Ovplyvňuje tak kultúru organizácie a lojalitou posilňuje jej charakter do tej miery, do akej je stotožnený s jej cieľmi a rešpektuje princípy organizácie. Svoje miesto má supervízia tak v pomáhajúcich profesiách, ako aj u osôb, ktoré poskytujú sociálne služby, t.j. pre všetkých zamestnancov, pracujúcich v zariadeniach, nakoľko všetci prichádzajú do kontaktu s klientom, sú súčasťou organizácie, tímu, ovplyvňujú dianie v organizácii a hája najlepší záujem klienta, tvoria kultúru organizácie, ovplyvňujú dianie, tvoria proces, nastavenie voči klientom, ako aj pracovnú atmosféru, rovnako zažívajú stres, záťaž a iné náročné životné situácie, ktoré ohrozujú pomáhajúce profesie.

Supervízia je zameraná na poskytovanie priestoru, v ktorom môžu supervidovaní uvažovať o obsahu a procese svojej práce, praxe. Rozvíjanie a porozumenie zručnosti vo svojej práci, získavať informácie a inú perspektívu týkajúcu sa vlastnej práce, spätnú väzbu o obsahu aj o procese, byť sebaistý a mať oporu ako človek, aj ako pracovník. Potrebné je v supervízií sa snažiť zaistiť, aby ako človek, aj ako pracovník nebol jedinec nútený zbytočne niesť ťažkosti, problémy a projekcie sám, ale aby mal dostatok priestoru k preskúmaniu a vyjadreniu osobných trápení, vracajúcich sa podnetov, prenosu, i protiprenosu, ktoré môže prináša práca.

V supervízii je nevyhnutné využívať osobné, aj odborné zdroje účastníkov, aktivitu a reakcie, ktoré môžu byť prínosom pre zvyšovanie kvality práce sociálneho pracovníka. Používané supervízne modely tak nachádzajú svoje uplatnenie aj v rozvoji ľudských zdrojov a pri reflexii pracovných postupov a vzťahov medzi, študentmi, pracovníkmi aj v oblastiach, kde sa doposiaľ neuplatňovali. Prostredníctvom supervízie získavajú účastníci ďalší nástroj rozvoja vo svojej profesii. S tým súvisí aj orientácia na cieľovú skupinu s ktorou prichádza supervidovaný do priameho kontaktu. Na supervízii sa supervidovaní oboznamujú s predstavou konkrétnych postupov a pozícií, ktoré môžu v organizáciách nachádzať, rôzne potreby a objednávky využité prostredníctvom supervízie a tímovej práce.

Supervízia je súčasťou nepretržitého vzdelávania pracovníkov prostredníctvom výcvikov pracovníkov v špecifických zručnostiach, objednávku na zvyšovanie odbornosti a profesionality, kvality práce, objednávku na riešenie konfliktov a rozporov v tíme, objednávku na riešenie problémov manažmentu organizácie ktorá poskytuje služby nielen sociálnej práce, ale má aj výchovnú, edukačnú, prípadne inú profesionálnu zodpovednosť, psychiatrické minimum, komunikácia či sebaopoznanie.

12.3 Supervízia a syndróm vyhorenia

Stres, následkom ktorého môže dochádzať k deformáciám nie je len následkom individuálnych a medziľudských problémov, ale vyplýva tiež z nedostatku v riadení a štruktúre inštitúcií poskytujúcich sociálne služby a sociálnoprávnu ochranu. V povolani sociálneho pracovníka sú stresory veľmi špecifické. Znaký, ktoré môžu indikovať problém stresu súvisiaceho s prácou sú fluktuácia, interpersonálne konflikty či chorobnosť pracovníkov (Materiály ETUCE: SOCIAL DIALOGUE: Framework agreement on work-related stress). Výsledky výskumu potvrdzujú rovnaké tendencie v oblasti základného i stredného školstva u učiteľov, ktorí sú vystavovaní pomernému napätíu. Obdobný proces sa vyskytuje i u vysokoškolských učiteľov, kde tieto prejavy dopĺňa nechuť k vedecko-výskumnej činnosti, účasti a prezentácii vedy na rôznych podujatiach, nepublikovanie svojich poznatkov, stagnácia vo vednom odbore, či zdravotníckych zariadeniach pri ošetrovaní dlhodobo chorých.

Dôsledkom dlhodobého pôsobenia stresu dochádza k tzv. burn out (syndróm vyhorenia), ktorý chápeme ako stav úplného fyzického, emocionálneho a mentálneho vyčerpania spojený so stratou motivácie. Tento syndróm môže ohroziť každého, osobitne ľudí vysoko výkonných, takých, ktorí vstupujú do práce s nadšením, najmä ak ide o prácu vyžadujúcu kontakt s inými ľuďmi, resp. o prácu pomáhajúceho charakteru (Drotárová, *Syndróm vyhorenia u učiteľov a iných pracovníkov v pomáhajúcich profesiách*. In Psychologická revue. <http://www.pulib.sk/elpub/FHPV/Kubani2/index.htm>).

Pedagogický a psychologický terminologický výkladový slovník pod týmto heslom uvádza: „Burn out efekt – z ang., vyhorenie, vypálenie. Je vyčerpanie fyzických, psychických síl, strata záujmu o prácu, rozklad profesionálnych postojov, ktoré sa predovšetkým prejavujú v práci pracovníkov tzv. pomáhajúcich profesií (sociálni pracovníci, poradcovia, pedagógovia, hlavne špeciálni).

Veľký podiel na tomto jave majú stres, časová náročnosť zamestnania, administratívne zásahy, ktoré rušivo ovplyvňujú prácu a pod. prevenciou je osvojenie si techník znižovania stresu, plánovanie a management času, oddelenie práce a osobného života, snaha o profesionálny rast a pod. (Ďurič, Bratská, 1947).

Základným dokumentom bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci je Európska direktíva o zdraví a ochrane pri práci. Členské krajiny implementovali odporúčania direktívy do svojich národných legislatív. Podľa výsledkov prieskumu ETUCE o strese v práci pracovníkov pracujúcich s ľuďmi, systém hodnotenia rizika vzniku stresu v práci učiteľa implementovalo v školách Bulharsko, Chorvátsko, Dánsko, Estónsko, Fínsko a Švédsko ako nástroj pre prevenciu stresu. Ako príklad dobrej praxe uvádzame 24-hodinovú telefónnu linku „The Teacherline“ na pomoc obetiam stresu vo Veľkej Británii (Billehoj, 2007). Stres v pracovnom prostredí by sa mal eliminovať na európskej a národnej úrovni a v inštitúciách prostredníctvom odporúčaní akými sú podľa literatúry:

- podpora implementácie Európskej rámcovej zmluvy o strese v práci pomáhajúcich profesionálov na národnej úrovni
- zhromažďovanie skúseností a príkladov dobrej praxe, ktorá je vhodná prostredníctvom supervízie
- monitorovanie procesov v oblasti ochrany zdravia a bezpečnosti pri práci
- implementácia problematiky stresu do kolektívnych zmlúv
- realizácia preventívnych opatrení v inštitúciách.

Dôsledkom dlhodobého pôsobenia stresu dochádza k tzv. burn out (syndróm vyhorenia), ktorý chápeme ako stav úplného fyzického, emocionálneho a mentálneho vyčerpania spojený so stratou motivácie. Tento syndróm môže ohroziť každého, osobitne ľudí vysoko výkonných, takých, ktorí vstupujú do práce s nadšením, najmä ak ide o prácu vyžadujúcu kontakt s inými ľuďmi, resp. o prácu pomáhajúceho

charakteru. Supervízia, ako metóda dopĺňajúca súčasť preventívnych opatrení pred syndrómom vyhorenia je tak aj súčasťou celoživotného vzdelávania a rozvoja sociálnych pracovníkov. Ostať v neustálej pozornosti voči sebe, aj objavom vedy.

Vonkajšie vplyvy na syndróm vyhorenia na pracovisku

Potreba venovať syndrómu vyhorenia v práci náležitú pozornosť je dôležitá o to viac, že zamestnaný človek trávi v práci veľa času. Väčšina dospelých ľudí trávi v práci približne polovicu času, ktorým disponujú, niektorí aj viac. Svet práce je spojený so svetom peňazí, úzko súvisí so sociálnym vplyvom, so sociálnym statusom a postavením v spoločnosti. Do sveta práce však patrí aj manipulácia s cennými prostriedkami a ich ochrana pred odcudzením, kontakt s problémovými a nebezpečnými ľuďmi a vykonávanie ďalších činností, ktorých súčasťou je styk s násilím alebo jeho možný výskyt. Syndróm vyhorenia súvisí aj so šikanovaním na pracovisku. S najväčšou pravdepodobnosťou stretávajú ľudia na pracoviskách, ktoré majú byrokratickú organizáciu. Tieto pracoviská sú charakteristické svojím hierarchickým usporiadaním pozícií, dominantnosťou pravidiel a predpisov a odmeňovaním na základe kvalifikácie a zastávanej pozície. Spravidla sa jedná o oblasti školstva, zdravotníctva, sociálnej starostlivosti a o úrady štátnej správy a oblasti štátnej služby. Častejší výskyt mobbingu sa tiež objavuje vo väčších podnikoch, ktoré majú zložitejšiu organizačnú štruktúru a medzi duševne pracujúcimi. Naopak nízky výskyt sa ukázal napríklad v organizáciách, kde je rovnaký počet žien a mužov. Vonkajšie vplyvy sa prejavujú v slabej organizácii práce, v nejasnej právomoci a nedostačujúcom manažmente konfliktu, kedy nadriadený buď poprie jeho existenciu alebo sa sám zapojí do mobbingu. Významná je neschopnosť organizácie efektívne riešiť sťažnosti a zabezpečiť potrestanie pôvodcu mobbingu, ďalej konflikty rolí, neistota ohľadom pracovného miesta, zmeny v pracovnom

prostredí a nejasná spätná väzba, ktorá prispieva k vzniku syndrómu vyhorenia.

Hlavnou stránkou pracovnej činnosti nadriadeného je jeho pôsobenie na podriadených. Z tohto dôvodu disponuje nadriadený určitou mocou, čiže možnosť ovplyvňovať prácu zamestnancov, kontrolovať, odmeňovať a podobne. V celej organizácii nájdeme v nadväznosti na hierarchiu riadiacich pozícií rôzne centrá moci.

Mobbing nemusí vždy prameniť iba zo zneužitia moci, ale aj z oprávneného vykonávania úloh, ktoré majú manažéri zadané. Zamestnanci sa môžu cítiť šikanovaní aj napriek tomu, že nemajú problémy v interpersonálnych vzťahoch v práci. Šikanujúce správanie v tomto prípade nie je pripísané individuálnemu vedúcemu, ktorý ho vykonáva, ale samotnej organizácii, ktorá od neho takéto správanie vyžaduje. Ide o takzvanú inštitucionalizovanú šikanu, ktorá sa prejavuje napríklad na neustálom dohľade, spôsobom odmeňovania na základe výkonu, hrozbami ukončenia pracovného pomeru v prípade disciplinárnej akcie, či svojvoľnými zmenami v pracovnej zmluve.

Je zjavné, že sa mobbing môže vyskytovať na pracoviskách, kde je agresívne správanie súčasťou manažérskeho štýlu vedenia a fenomén ako mobbing prehliadajú, alebo ich naopak neformálne podporujú. V takýchto organizáciách môže byť zdroj stresu (vedúci, šéf) neodstrániteľným, preto sa zamestnanci môžu uchýliť k skupinovému mobbingu, čím výskyt syndrómu vyhorenia podľa výskumov vzrastá.

Osobnostné vplyvy

Organizácia práce, spolupráca s podriadenými, manažérske vplyvy charakterizujú kultúru organizácie, prostredie, kde je nálada v tíme nadriadenému prvoradá majú priestor aj problémy a ich riešenie, na ktoré vplývajú osobnostné charakteristické črty zamestnancov. Moc je základom autority. Odráža kvalitu vedúceho pracovníka, jeho odbornosť, skúsenosť, schopnosť jednat' s ľuďmi. Pracovníci by si mali

k svojmu nadriadenému vytvoriť rešpekt hlavne pre jeho schopnosti, znalosti a prístup. Prístup vedúceho pracovníka k jeho podriadeným je dôležitý hlavne v štýle riadenia. Rozlišujeme autokratický, demokratický a liberálny štýl riadenia. Autokratický štýl je charakterizovaný sústredením všetkých väzieb a vzťahov na seba a poskytovaním minimálneho priestoru svojim spolupracovníkom, je vykonávaná prísna kontrola činnosti, dodržiavanie pokynov a inštrukcii. Pri dlhodobom uplatňovaní autoritárskeho štýlu sa u vedúceho pracovníka môžu vypestovať rysy, ktoré bývajú príčinou vzniku bariér medzi ním a pracovníkmi a na samostatnosť a iniciatívu je ponechaný príliš malý priestor. Prílišný liberálny prístup má na vznik, eventuálne rozvoj mobbingu a syndrómu vyhorenia rozhodujúci vplyv. Prílišná direktivita plodí agresivitu, podráždenosť a neuspokojenie.

Prílišná voľnosť zase anarchiu a zmätok. Liberálny štýl riadenia dáva voľný priebeh syndrómu vyhorenia, nakoľko nadriadený sa o svojich podriadených prílišne nezaujíma, a často nevie, čo sa na pracovisku deje. Autoritársky štýl vedenia má podobný efekt. Kvôli odstupu nadriadeného nemajú k nemu podriadení dôveru a on potom nemá dostatok informácií, aká je na pracovisku atmosféra.

Diskrimináciu v organizácii ovplyvňuje aj „mužský“ (= (?)) „ženský“ štýl riadenia. Rodovú rovnosť pri uplatňovaní všetkých aspektov a vlnkových iniciatív stratégie Európa 2020, najmä pokiaľ ide o definíciu a vykonávanie príslušných vnútroštátnych opatrení prostredníctvom technickej podpory, ako aj štrukturálnych fondov a ďalších významných programov financovania má na zreteli aj Komisia európskeho parlamentu, rada, európskeho hospodárskeho a sociálneho výboru a výboru regiónov.

Mužský štýl vedenia organizácie predstavuje autoritatívny prístup a ženský je charakteristický ako podpora participácie, schopnosť zdieľania moci a informácií, posilňovanie sebavedomia riadených

pracovníkov a umenie nadchnúť kolegov pre určitý výkon. Svobodová (2008) uvádza najčastejšie chyby, ktorých sa dopúšťajú vedúci pracovníci bez rozdielnosti pohlavia:

- Chaotické rozhodovanie.
- Nejasné kompetencie.
- Absencia pravidiel.
- Nepriehľadná politika vedenia.
- Zadávanie nezmyselných úloh.
- Uprednostňovanie jedných oproti druhým.
- Prehliadanie potrieb ľudí.
- Vydávanie stále nových nariadení a smerníc.
- Stále nové organizačné zmeny.
- Nedostatok tolerancie a empatie.
- Nízka schopnosť vysporiadať sa s konfliktom.
- Deštruktívne zaobchádzanie s chybami či omylmi.
- Vysoká miera kritiky.
- Neochota riešiť konflikty.

Nestačí byť len skvelý odborník. Nadriadený musí okrem mnohých manažérskych schopností a zručností mať aj schopnosť vcítiť sa do problému druhých, byť vnímavý k potrebám a emočným prejavom svojich podriadených. Mal by vedieť predchádzať konfliktom a zvoliť správny spôsob komunikácie. Nefungujúca komunikácia medzi nadriadeným a jeho podriadenými sa stáva pre syndróm vyhorenia živnou pôdou.

Stratégie výskytu syndrómu vyhorenia

Izolácia: k najčastejším prejavom patrí odmietanie podpory alebo spolupráce, demonštratívne zatváranie dverí, ignorácia „obete“, zadržiavanie dôležitých pracovných informácií, priestorová izolácia - premiestnenie pracovného stola do najodľahlejšieho kúta kancelárie.

Šírenie klebiet: je to veľmi častá a deštruktívna stratégia, keď obeť je vystavená neustálym ohováraním, pretriasa sa jej súkromný život aj pracovné výkony, chyby sa neúmerne zveličujú a pridajú sa ďalšie polopравdy či vyslovene klamstvá, šuškanie, narážky, zlomyseľné osočovanie, očierňovanie u nadriadeného.

Sabotovanie práce: prejavuje sa hlavne miznutím pracovných pomôcok a prístrojov, falšovaním a poškodzovaním vykonanej práce, informačné klamstvá – úmyselné uvádzanie nesprávnych termínov.

Znevažovanie výkonov a schopností: najmenšia chybička sa nafúkne a naopak, dobrý výkon sa prehliadne, prípadne zneváži, neoprávnené kritizovanie a výčitky, strácanie motivácie, spochybňovanie rozhodnutí a odbornej spôsobilosti.

Poškodzovanie súkromia a osobnosti: obeť môže dokonca dostať anonymné telefónne hovory, pretriasa sa jej osobný život nechutným spôsobom, obeť je prezentovaná ako nenormálny a zvrhlý človek vyskytujú sa narážky na psychické zdravie, rozoberá sa manželský život, deti, k častým prejavom patrí vtípkovanie na adresu vzhľadu, napodobovanie obete, výsmech telesným nedostatkom alebo odlišnostiam, či zverejňovanie dôverných informácií. Pre obeť je to veľmi nepríjemné, z práce chodí zdeptaná, znechutená, nemotivovaná. Neverí už nikomu, dokonca ani sebe. Odráža sa to na jej psychickom a fyzickom zdraví.

12.4 Edukačný význam supervízie

Supervízia má významný aspekt pri zavádzaní zmien v organizácii, ktoré sú súčasťou neustáleho zvyšovanie kvality poskytovaných služieb nevyhnutné. V dobe transformácie, deinštitucionalizácie, či štandardizácie sa neustále zvyšuje tlak na zamestnancov, ktorí veľmi citlivo vnímajú každú zmenu v organizácii. Všetky zmeny sa pre zamestnancov zavádzajú prostredníctvom komunikácie, či už v oblasti vedeckej, technickej ale predovšetkým

medziľudskej. Údelom pracovníkov pracujúcich v pomáhajúcich profesiách sú vzťahy, ktoré sa žiaľ často krát stávajú menej prehľadné a menej zrozumiteľné, a to na úrovni osobných i pracovných vzťahov. Príčin je viacero, či už v oblasti komunikácie, používaných odborných intervencií alebo vonkajších zmien. Supervízia vo významnej miere napomáha riešeniu problémov, ktoré vzťahy prinášajú, alebo by mohli priniesť v procese práce s klientom, vznikajúce v tíme, je dôležité ich priebežne identifikovať, pomenovať a snažiť sa o konštruktívne riešenia. Supervízia je jednou z vhodných foriem pomoci pracovníkom pomáhajúcich profesií, ktorá usiluje nielen o ich spokojnosť, ale predovšetkým o najlepší záujem klientov, je plánovaná.

Hlavným cieľom plánu supervízie je vytvoriť v organizácii premyslený subsystém na úrovni vzdelávania, ktorého súčasťou je i supervízia. Plán supervízie je tak strategickým dokumentom zariadenia v oblasti dosahovania kvality poskytovaných sociálnych služieb v oblasti ľudských zdrojov a je v súlade s platnou legislatívou i strategickými dokumentmi, ktoré sa prispôsobujú vývojovým zmenám v zariadeniach a tak participujú na ich implementácii do praxe. Pre zamestnancov znamená akákoľvek zmena vnútornú neistotu, strach, obavy, jedným slovom odpor, ktorý môžu bezpečne spracovávať na supervízii, bez ohrozenia a obáv o svoju pozíciu. V súvislosti jednak so zmenami, aj osobnostným a profesijným potenciálom osobnosti pomáhajúceho pracovníka je vhodné zamestnancov vzdelávať v oblastiach:

1. Výcvik v sebapoznaní, ktorého súčasťou je sebahodnotenie, sebareflexia, sebaovládanie a vnímanie individuality ako súčasť tímu a možnosti využitia jedinečnosti osobnosti zamestnanca pre tímovú prácu. Reflexia a vnímanie hodnôt, ako najvyššieho systému sprevádzaného lojalitou voči zariadeniu, klientom a v neposlednom rade kolegom, zamestnancom.

2. Komunikačný výcvik zameraný na zvyšovanie komunikačných zručností vzhľadom k vytváraniu a posilňovaniu vzťahov v tíme zabezpečujúci služby, a organizácii, ktorá tvorí procesy na zvyšovanie kvality poskytujúcich služieb a jej efektívnemu využívaniu ku klientovi, zachovávajúc jeho rešpekt, úctu a zabezpečovanie, predvídanie, eliminovanie konfliktov.

3. Výcvik tímovej práce, nastavovania procesov v tíme, tímovej práce a zodpovednosti, porozumeniu procesov, ktoré sa v tíme odohrávajú. Posilňovanie vzťahov v tíme, aktivitami, ktoré vytvárajú kohéziu a tým zmiernujú napätie a vytvárajú možnosti pre kooperáciu. (Hunyadiová, 2013).

Odporúčaná periodicita supervízie v zariadení pri jej zavádzaní v organizácii je 4 – 6 stretnutí pre pomáhajúceho pracovníka a min. 2 stretnutia pre obslužný personál, ktorý nie je v bezprostrednom kontakte, ale je zamestnancom, každý totiž určitým spôsobom s klientom do kontaktu prichádza a ovplyvňuje záujem organizácie ako aj klienta. Nastavená je v pláne supervízie a závisí aj od cieľov a vízie zariadenia. V procese stabilizácie a udržiavania stavu je vhodné v pomáhajúcich profesiách ponechať frekvenciu 4 stretnutí v roku, a 2 x v roku pre všetkých zamestnancov. (Hunyadiová, 2013). Pre vedenie zariadenia je vhodná individuálna supervízia min. jeden až 2 x v roku, pre verifikáciu postupov, reflexiu potrieb organizácie či pre napĺňanie akéhokoľvek individuálneho záujmu vedúceho pracovníka, súvisiaceho s riadením, tvorbou procesov, či vzťahov. Supervízor má k dispozícii viaceré možnosti, aby uplatnil čo najširší repertoár intervenčných možností a didakticko-metodických východísk, aby mohol kreatívne tvoriť štruktúrovanie problémovej situácie v supervízii flexibilným striedaním fokusácie a zmenou kontextu a zároveň neprenášal nastavenie a obsah od zamestnancov k vedeniu a naopak. Pracovníci jednotlivých profesií s individuálnymi kompetenciami tak nemajú potrebu riešiť iných, ale spoločne sa v počte do max. 12 účastníkov

systematicky venujú analýze, reflexii, verifikácii odbornej práce s klientom, vzťahom, procesom v organizácii. Hlavným poslaním sociálnej služby, a teda všetkých zamestnancov organizácie, je snaha umožniť ľuďom, ktorí sú z dôvodu svojho zdravotného stavu, alebo sociálnej situácie zostať rovnocennými členmi spoločnosti a využívať ich prirodzené zdroje, umožniť im, aby prežili svoj život v prirodzenom sociálnom a kultivovanom prostredí. Ciele služieb, organizácie a osobné nemusia vždy reflektovať jednoliaty obraz, ktorý je harmonickým tak navonok ako aj vo vnútornom prežívaní zamestnancov. Supervízia tak prispieva k rozvoju nonkognitívnych funkcií osobnosti, k schopnosti tvorby trvalých pozitívnych vzťahov, posilňovaniu pracovných kompetencií, intuícii, vcítení sa do situácie a potrieb klienta, učenia a vzdelávania sa (v širšom chápaní), a k rozvoju sociálnych zručností, kde patrí predovšetkým - komunikácia a interakcia s inými ľuďmi, tvorba vzťahov, spoločenské podujatia, hra, šport, zábava, umelecká činnosť (pasívna i aktívna) relaxácia a terapia.

Ciele Plánu supervízie v zariadení sociálnych služieb

- Zabezpečiť, aby pracovníci v pracovnom kontexte vzájomne spolupracovali v tíme, so všetkými zamestnancami organizácie, a vykonávali tak svoju prácu čo najefektívnejšie v prospech najlepšieho záujmu klientov.
- Pomôcť pracovníkom, aby mali dobrý pocit zo svojej práce, aby boli motivovaní, cítili sa kompetentní aj naďalej ju vykonávať s cieľom prevencie syndrómu vyhorenia.
- Stabilizovať a pomenúvať jednotlivé etapy dynamického procesu zmien v organizácii a doťahovanie jednotlivých oblastí procesu až do kvalitatívneho vzťahu ku klientovi.
- Vytvárať priestor pre vnímanie supervízie ako fenomén, agens skvalitňovania sociálnej práce v zariadeniach sociálnych

služieb, ktorý postupne preniká do myslenia a zabezpečuje profesijný rast, nástroj sebarozvoja.

- Formovať vzťahy v tíme pre výkon činností, vnímanej ako prirodzenej súčasťou výkonu činností sociálnej práce, ale aj prirodzenou súčasťou riadiacej a manažérskej práce pre zabezpečovanie najlepšieho záujmu klienta.
- Zvyšovaním podpory, sebaistoty, dôvery posilňovať profesionálne zručnosti a upevňovať dôveru vo vlastné sily a schopnosti verifikáciou a nepretržitým rozvojom prostredníctvom sebareflexie (Hunyadiová, 2013).

Plán supervízie pre osobnostný rozvoj prostredníctvom supervízie Bio – psycho – sociálne – spirituálne východiská (Prezenčne: 8 hodín).

Supervízia, ako jedna z najúčinnějších metód práce s ľuďmi predstavuje jeden z hlavných zdrojov vnútorných hodnôt, záujmu v procese zmeny. aktívny dynamizmus zahŕňa všetky vedomé a slobodné činnosti človeka. Činom nazývame v supervízii aj tie činnosti, ktoré človek vykonáva ako vedomý a slobodný subjekt, tvorca hodnoty. Iba v čine sa človek prejavuje ako osoba, je subjektom, ktorý vedome a slobodne o sebe rozhoduje, a ktorý "sám seba prežíva ako subjekt". Supervízia predstavuje prevenciu riešenia problémov a syndrómu vyhorenia, je príležitosťou pre všetkých, ktorí sú ochotní učiť zvládať seba a investovať do posilnenia samého seba.

Cieľ vzdelávania

Získať komplexný prehľad o možnostiach introspekcie, zážitkom a sebareflexiou. Formou sociálno-psychologického nácviku, modelovania získať rozšírenie praktických sociálnych zručností, komunikácie a spôsobilostí človeka, pracovníka v pomáhajúcich profesiách.

Špecifikácia cieľa

1. Teória sebapoznania, sebaobrazu, sebaistoty a sebavedomia.
2. Kritický a nekritický pohľad a nadhľad na vlastnú osobnosť, riešenie vlastného problému.
3. Sebahodnotenie a sebaapresadzovanie.
4. Introspekcia na pocity nadradenosti ako prirodzenej ľudskej emócie.
5. Chyby pre sebapoznávaní a sebahodnotení.
6. Spätná väzba.

Východiská cieľov

Účastníci sa dozvedia a naučia riešiť a prechádzať k jadrú problému. Zmeniť veci, pohľad na problém ako aj pozíciu voči problému. Hľadať a nachádzať svoj najlepšší záujem. Investovať v dlhodobom horizonte do sebarozvoja.

Názov čiastkovej témy	Počet hodín	Teória	Prax
Úvod do problematiky, pravidlá skupiny, zoznámenie účastníkov, spoločenské vymedzenie pojmov a psychologické odôvodnenia metodických postupov Osobnostné kvality účastníkov, nastavenie, ciele, očakávania od vzdelávania	1,5	0,5	1

Sebapoznanie pomocou 4 pilierov vnútornej rovnováhy	2,5	1	1,5
Chyby v posudzovaní ľudí, sebareflexia	1	0,5	0,5
Johari okno	1	0,5	0,5
Komunikácia dospelých a vzťahová psychológia	3	1,5	1,5
Analýza výnosov a nákladov	1	0	1
Spolu	10	4	6

Osnovy modulu

Forma vzdelávania: Skupinová tematická diskusia, nácvik a tréning sociálnych zručností., resp. Skupinová tematická diskusia s využitím videonahrávky

Obsah tematického celku: Frekventanti vzdelávania sa v osobnostnom rozvoji prostredníctvom supervízie získavajú na osobnú situáciu nadhľad a učia sa preberať zodpovednosť za ňu. Stávajú sa „podnikateľmi vlastnej duše, hraním rolí, modelovaním a ďalšími metódami sa trénujú v základnom hospodárení sociálnymi úlohami v rozvoji osobnosti a tak aj zodpovednosti voči rozvoju našej spoločnosti. Získavajú bezpečné vnútorné prostredie, ktorému môžu dôverovať, väčšiu viditeľnosť pri rozhodovaní, myšlienkach a konaní, vynikajúcu príležitosť rozšíriť svoju sieť tým, že stretávajú nových priateľov, zdroje sociálnej opory, priestor pre sebareflexiu, prostredníctvom ktorej priaznivo ovplyvňujú okolie, pocitom spolupatričnosti a hrdosti na svoje rozhodovanie.

Úvod do problematiky

Po privítaní účastníkov zadávanie pravidiel skupiny, zoznámenie účastníkov, spoločenské vymedzenie pojmov a psychologické odôvodnenia vzdelávania (Prezenčne: 1,5 hodiny).

- Nastavenie settingu, atmosféry v skupine, prostredníctvom privítania, predstavenia sa skupiny.
- Teoretické kompetencie účastníkov v pravidlách skupiny.
- Didaktické metódy v praxi, súčasné uplatňovanie ďalšieho vzdelávania v praxi a schopnosť sebareflexiou pracovať na sebe a snažiť sa na seba pozrieť objektívnou optikou-
- Očakávania a vyjasňovanie cieľov, vonkajšia a vnútorné faktory ovplyvňujúce kvalitu procesu vzdelávania a procesné podmienky skupinovej formy.
- Vklady a výnosy, čo od vzdelávania očakávam a čo do neho vkladám.

Prax: Zoznámenia sa prostredníctvom dvojíc účastníkov a vzájomné predstavenie sa spoluúčastníka. Vyjasňovanie a polarizácia v pravidlách, cieľoch od vzdelávania. Sledovanie svojho nastavenia v komunikácii, neverbálne prejavy a pocity pri prezentovaní.

Sebapoznanie pomocou 4 pilierov vnútornej rovnováhy (Prezenčne: 1 hodina).

Skupinu účastníkov rozdelíme na 5 menších skupín (cca 3 – 54 účastníci, podľa počtu frekventantov výcviku), jednotlivé skupiny budú rozoberať východiská jednotlivých pojmov, sebahodnota, sebaapredstavenie sa, sebaistota, sebaobraz a sebavedomie a odpovedať pri spoločnej prezentácii:

- Ako sa vyvíja?
- Čo ju ovplyvňuje?
- Aké znaky rozlišujeme pri hodnotení objektu?
- Aké prejavy sú človeka, ktorý je sebavedomý?

- Etické normy slušného správania sa, bontón, kódex ako súbor všeobecne uplatňovaných morálnych noriem, ideálov a princípov v správaní sa človeka.
- Zásady verbálnej a neverbálnej komunikácie, akceptácia, empatia a kongruencia

Prax: Diskusia v 5 skupinách, rozobratie jednotlivých pojmov, spoločná diskusia a predstavenie postoja a názorov za jednotlivé skupiny.

Vyvodenie zámeru a tvorby vnútornej rovnováhy 4 pilieroch: spolupatričnosť, jedinečnosť, mať moc, rozhodnúť sa. modely a vzory.

Chyby v posudzovaní ľudí, sebareflexia (Prezenčne 1 hodina).

Východiská z predchádzajúcej témy sú náčrtom ďalšej časti.

Predstavenie modelu osobnosti z pohľadu Ega a prejavov správania.

- Osobitosti a jedinečnosť osobnosti.
- Analýza a identifikácia potrieb jedincov vzhľadom k sebareflexii.
- Reflexia prostredníctvom – správania, pocitov a prežívania
- Reflexia obsahu a základné normy cez etiku a zodpovednosť voči sebe, kolegom, organizácii a uplatňovanie moci.

Prax: Riadená skupinová diskusia na tému, (škatuľkovanie, Haló efekt, prvý dojem, atď.)

Johari okno (Prezenčne: 3 hodiny).

Testovanie pomocou nástroja a psychologicko sociálne vymedzenie vo vzťahoch vzhľadom k otvorenosti a uzavretosti.

- Význam a všeobecná charakteristika sebapoznania a sebareflexie.
- Verejná, skrytá, slepá a neznáma oblasť.
- Transendencia vo vzťahoch, poznávaní a metakomunikácii.
- Hodnoty človeka, prejav v postoji, názore, ego.

Prax: Testovanie, skupinová naratívna diskusia k téme.

Komunikácia dospelých a vzťahová psychológia (Prezenčne: 2,5 hodiny). Rozdelenie účastníkov na podskupiny a diskusia v skupinách na témy:

1. Cestné správanie.
2. Kultúrne tradície.
3. Životná bilancia.
4. Index kvality života.

Prínos skupinovej diskusie:

- Identifikácia hlbších príčin spoločenských javov, šablón v myslení a posudzovaní ľudí
- Tréning schopnosti sebakpresadenia sa a vyjadrenia vlastného názoru.
- Tréning schopností formulovania otázok a vyvodzovania záverov a odpovedí
- Analýza zameraná na skupinovú dynamiku, roly v skupine, interakciu v skupine.

Prax: Tematický okruh a obsah vzdelávacieho nástroja a aplikácia jednotlivých pedagogických metód sú upravované vo vzťahu k potrebám účastníkov. Analýza zameraná na argumentáciu účastníkov pri presadzovaní názoru.

Analýza výnosov a nákladov (Prezenčne: 1 hodina).

Záverečná spätná väzba účastníkov vzhľadom k naplneným potrebám aj k účastníkom, posilňovanie hodnôt a presadzovania sa v skupine.

- Prínosy vzdelávania, manuál pre zadefinovanie témy a formulovanie otázok.
- Špecifické ciele a ich naplnenie.
- Stanovisko k danej téme, tenzii a kohézii skupiny.
- Očakávania, naplnenia/nenaplnenia, neočakávania vzhľadom k cieľu.

- Identifikácia významu a analyzovanie konkrétnych cieľov pre skupinu a výber vhodnej vzorky respondentov.
- Hodnotenie štruktúry cieľa a metodiky, techniky spracovania a podania

Prax: Vypracovanie spätnej väzby, prezentácia práce v skupine. Vzdelávanie prostredníctvom psychosociálnych výcvikov sa zameriava rovnako ako samotná supervízia na proces, jeho formovanie a v ňom sa nachádzajúce možnosti poučiť sa. Zabezpečuje učenie v skupinových procesoch. Učenie v skupinách a samo štúdiom sú doplňujúcimi súčiastkami. Ťažiskom vzdelávania je zacvičenie v supervízii prostredníctvom učebnej skupiny a vo vlastnej profesijnej činnosti – praxi, ktorá ponúka možnosti ku emocionálnemu uvoľneniu jednotlivca, ku zvýšeniu pracovnej spokojnosti v tíme, ku personálnemu rozvoju celkovej organizácie a tak ku stupňovaniu výkonnosti pri práci. Výcviky sú flexibilné so zameraním na sebareflexiu a orientáciou sa na učenie nie prostredníctvom inštrukcie ani teoretického školenia, ale podporou učenia jednotlivcov, skupín v rámci interaktívneho procesu hľadania seba samého.

ZÁVER

Supplement vybraných kapitol vedných odborov sociálna práca a ošetrovateľstvo je syntézou vedeckých textov z odborov sociálna práca a ošetrovateľstvo. Jednotlivé kapitoly Supplementa boli koncipované v teoretickej a empirickej rovine. Je potrebné dúfať, že texty monografie sú vnímané ako špecifické dielo s prospektívnym významom pre rozvoj poznania čitateľa, rozvoj oboru sociálna práca a ošetrovateľstvo.

Kolektív autorov sa teda nádeja, že štúdiom Supplementa urobia čitatelia prvý krok k orientácii vo vybraných témach a s nimi súvisiacich problémov. Predpokladáme potrebu podpory vedeckej práce kolektívu autorov tak, aby výsledky ich vedeckého poznania mohli byť predmetom ďalšej publikácie, ktorá by mala obohatiť prax sociálnej práce a ošetrovateľstva založenej na dôkazoch.

Zostavovatelia ďakujú jednotlivým autorom monografie za spoluprácu a prajeme im veľa vytrvalosti, tvorivého entuziazmu pri spracovaní budúceho vedeckého diela.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- ARBYN, M. et al. 2010. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. *Annals of Oncology* 2010, 21(3): 448–458.
- ASERVIC. Resources. 2009. In: *Spiritual competencies*. [online]. 2009. [cit. 10.10.2016]. Dostupné na internete: <http://www.aservic.org/resources/spiritual-competencies/>.
- BARTÁKOVÁ, M. 2013. Biografický přístup u osob s demenci. Diplomová práce, Brno : 2013. Masaryková univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. s. 90, [online]. [citované 2015.02.28] Dostupné na internete: http://is.muni.cz/th/397115/pdf_m/Michaela_Bartakova_Biograficky_pristup_u_osob_s_demenci.pdf.
- BÁRTLOVÁ, S. - MATULAY, S. 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny / Sociológia zdravia, choroby a rodiny*. Martin: Osveta, 2009.142s. ISBN 978-80-8063-306-6.
- BÁRTLOVÁ, S. 2004. Vztah sestra –lékař. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2004. roč. 14, č. 2, s.11.
- BAŠKOVÁ, M. a kol. 2009. *Výchova k zdraví*. Martin : Osveta. 2009. s. 9-20. ISBN 978-80-8063-320-2.
- BENDO VÁ, J., KAŇUCH, J. *Všeobecné preventívne a vyhl'adavacie postupy pri nádorových ochoreniach v primárnej starostlivosti*. Odporučený diagnostický postup pre všeobecných praktických lekárov. [online]. [cit. 2016-05-10]. Dostupné na: <http://www.vpl.sk/files/file/conferences_files/Onkoprevenia_s_obalkou_do_tlace.pdf>.
- BEDNÁR, R. Jogová zostava Khatu pranám v prevencii bolesti chrbta u sestier. In *Sestra*. ISSN 1335-9444. 2014, č. 11-12, s. 14-18.
- BEDNÁR, R. Kinestika sestier. In *Sestra*. ISSN 1335-9444. 2012, č. 9-10, s. 18-20.

- BEDNÁR, R. Nurse load as the predictors of the spine pain. In *Rehabilitace a Fyzikální lékařství*. 2010, vol. 17, no.4, p. 194-201
- BÉREŠOVÁ, A. 2013. Analýza výskumu negatívnych interpersonálnych javov pri výkone povolania sestry. In: *Zborník príspevkov z II. Zemplínskeho dňa ošetrovateľstva v Trebišove*. [CD-ROM]. Trebišov: Nemocnica s poliklinikou Trebišov, a.s. 2013, 88s. ISBN: 978-80-89542-39-0.
- BÉREŠOVÁ, A. – BANÍKOVÁ, Z. *Zátťaž laických rodinných opatrovateľov a syndróm vyhorenia*. Košice: EQUILIBRIA s.r.o., 2011. 98 s. ISBN 978-80-8143-000-8
- BILLEHOJ, H. 2007. Report on the ETUCE Survey on Teachers' Work-related Stres. ETUCE, 2007.
- BLÁHOVÁ, B. 2013. *Kolorektálny karcinóm a FOB skrining v ambulancii všeobecného lekára*. *Via practica*, 2013, 10(5): 187-190.
- BLEHA, B., ŠPROCHA, B. 2013. *Prognóza populačného vývoja Slovenskej republiky do roku 2060*. Bratislava :
- BOROVSKÝ, M. 2015. Prístup slovenských žien k problematike rakoviny krčka maternice. *Newsrab: časopis laboratórnej medicíny 2015*, 2 (1): 55-60.
- BUBENÍKOVÁ, M. Zátťaž sestier pracujúcich v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti. In Kožuchová, M., a kol. *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. Martin: Osveta, 2014. s. 196-215. ISBN 978-0-8063-414-8.
- BUINSEN, H. 2011. *Demenz und Alzheimer verstehen*. 6. Auflage. Beltz Druckpartner GmbH & Co. KG, Hemsbach. 2011. 279 s. ISBN 978-3-407-85862-7.
- BURGER, W. 1994. *Filosofický slovník*. Praha : Naše vojsko 1994.
- BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J. a kol. 2015. *Ošetrovateľství a sociální práce v paliativní péči*. VŠZaSP sv. Alžbety, Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna. 2015. 140 s. ISBN 978-80-905973-2-7.
- CASSITTO, M. G. et al. 2013. *Psychological Harasment at Work*. [online]. [citované 2015-09-26]. 15s. Dostupné na

- internetu: <http://www.who.int/occupational_health/publikations/en/pwh4e.pdf>.
- CERVICAL CANCER PREVENTION WEEK. 2010 (CCPW). Belgium: European Cervical Cancer Association. [online]. p. 57. [cit. 2016-10-10]. Dostupné na: <http://www.ecca.info/fileadmin/user_upload/Prevention_Week_Reports/PreventionWeek2010.pdf>.
- ČERMÁK, J. 2011. *Modely duchovní péče ve zdravotnických zařízeních a vzdělávací modely v zahraničí*. [online]. 2011. [cit. 09-09-2016]. Dostupné na: http://www.husiti.cz/ccshpd/attach/modely_pece.doc.
- ČISLÁKOVÁ, L., HALÁNOVÁ, M., ADAM, J. 2012. Verejné zdravie a HPV infekcie. In Jurkovičová, J., Štefániková, Z. (eds.) *Životné podmienky a zdravie*. ÚVZ SR, 2012. s. 294-297. ISBN 978-80-7159-211-2.
- ČMELOVÁ, J. 2013. Holistický prístup a sprevádzanie onkohematologického pacienta. In *Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie Perspektíva hospicov na Slovensku*. [CD-ROM]. Svidník : Tlačiareň svidnícka s.r.o., s. 72. ISBN 978-80-8132-096-5.
- ČORNANIČOVÁ, R. 2007. *Edukácia seniorov: vznik, rozvoj, podnety pre geragogiku*. Bratislava: Univerzita Komenského. 156 s. ISBN 978-80-223-2287-4.
- DIMUNOVÁ, Lucia - NAGYOVÁ, I. 2012. Vzťah medzi syndrómom vyhorenia a dĺžkou praxe u sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku. In *Profese on-line*. ISSN 1803-4330, roč. V., č.1, s.1-4.
- DINZELBACHER, P. 1989. *Wörterbuch der Mystik*. Stuttgart : Kröner, 1989.
- DIRGOVÁ, E. 2012. Mobbing ako neprofesionálny jav pracovného života v organizáciách. In *Zborník prednášok z týždňa európskej vedy*. – Ružomberok: PF KU, 2012. – S. 189-197. –ISBN 978- 80-8084-991-7.

DOLINSKÝ, J. 2007. Skrining a diagnostika skrining a diagnostika najčastejšie sa vyskytujúcich nádorových ochorení. *Via practica* 2007, 4 (S2): 10-17.

DROBNÁ, L. 2015. *Organizácia duchovnej starostlivosti o chorých v troch nemocniciach*. In: Diplomová práca. Praha : UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE KATOLICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA. Katedra pastorálnych oborů a právnických věd. 91 s.

DROTÁROVÁ, E. 1997. *Syndróm vyhorenia u učiteľov a iných pracovníkov v pomáhajúcich profesiách*. In *Psychologická revue*. <http://www.pulib.sk/elpub/FHPV/Kubani2/index.htm>;

DUDINSKÁ, E. – BUDAJ, P. – VITKO, Š. 2009. *Manažment v sociálnych službách*. Prešov : Vydavateľstvo Michala Vaška, 2009. 252 s. ISBN 978-80-7165-756-9.

ĎURIČ, L., BRATSKÁ, M. a kol. *Pedagogická psychológia*. Terminologický a výkladový slovník. Bratislava : SNP, 1997, 47 s.

DŽURŇÁKOVÁ, A. 2014. *Zdravotné uvedomenie žien o význame prevencie v oblasti karcinómu krčka maternice v kontexte ošetrovateľstva*. Košice: LF UPJŠ, Bakalárska práca. 2016. 39 s.

EFN - Európska federácia asociácií sestier. [on-line] [cit: 24.03.2016], dostupné na

EFN Guideline k implementácii Článku 31 Smernice 2005/36/EC o vzájomnom uznávaní odborných kvalifikácií v znení Smernice 2013/55EU.

ELKINS, D. N. 2001. *Beyond religion. Toward humanistic spirituality*. In: Schneider, K. J. - Bugental, J. F. T. - Pierson, J. P. (Eds.): *The Handbook of humanistic psychology*. London: Sage Publications 2001, s. 201-212.

EU-OSHA. Poškodenia podporno-pohybovej sústavy. [online]. 2015. [cit. 2015-10-29]. Dostupné na internete: <<https://osha.europa.eu/sk/themes/musculoskeletal-disorders>>.

EURÓPSKY KÓDEX PROTI RAKOVINE. [online]. 2014. [cit. 2016-05-10]. Dostupné na: <http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/2014_ecac_sk.pdf>.

FEIL, N. 2007. *Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirrten alten Menschen: 5., aktualisierte Auflage* Ernst Reinhardt, GmbH-Co KG, Verlag, München, 2007, 264 s. ISBN 978-3-497-01914-4.

FEIL, N. 2015. *Validácia podľa Naomi Feil, nepublikovaný materiál, prednesené na workshope v kongresovom centre TECHNOPOLU v Bratislave, dňa 2.3. 2015.*

FEIL, N.- DE KLERK-RUBIN, V. 2005. *Validation Ein weg zum Verständnis verwirter alter Menschen.* 2005, 8. Auflage, Verlag: Ernst Reinhardt, GmbH& Co KG, München, 2005. 166 s. ISBN 978-3-497-01794-2.

FEIL, N.,- DE KLERK-RUBIN, V. 2013. *Validation in Anwendung und Beispielen, Der Umgang mit verwirrten alten Menschen: 7., aktualisierte und erweiterte Auflage,* Ernst Reinhardt, GmbH-Co KG, Verlag, München, 2013, 310 s. ISBN 978-3-497-02421-6.

FEIL, N.,- DE KLERK-RUBIN, V. 2015. *Validácia. Cesta, ako porozumieť dezorientovaným starým ľuďom: 1. Vydanie* OZ Terapeutika Bratislava, 2015, 186 s. ISBN 978-80-971766-1-7.

FERKOVÁ, E. 2013. *Efektívnosť nefarmakologických intervencií pri ošetrovaní pacientov s demenciou Alzheimerovho typu.* In *Zborník príspevkov 3. Ročník vedeckej konferencie interných doktorandov FZ a SP TU 5. – 6.2. 2013.* Trnava, 2013. ISBN 978-80-8082-591-1. s. 203-213.

FERKOVÁ, E., ILIEVOVÁ, Ľ. 2013. *Známy neznámy Alzheimer.* In *Sestra.* ISSN 1210-0404. 2013, roč. XXIII., č. 4, s. 56-58.

FERTAĽOVÁ, T.-ONDRIOVÁ, I. 2014. *Nefarmakologická liečba demencií.* In *Referátový výber z psychiatrie.* Internetový časopis. [online]. [citované 2015.03.17] Dostupné na internete: http://referatovyvyber.cz/psychiatrie/index.php?option=com_k2&view=item&id=12733:nefarmakologick%C3%A1-lie%C4%8Dba-emenci%C3%AD&Itemid=66. ISSN 1803-780.1.

FROEKIS, V. 1990. *Starnutie a predĺženie života.* Martin : Osveta, 1990. 310 s. ISBN 80-217-0140-4.

FROMM, E. 1997. *Anatomie lidské destruktivity.* Praha : Nakladatelství Lidové noviny. 528 s. ISBN 80-7106-232-4.

- GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J. 1995. *Poradenský proces*. Slon. Praha 1995.
- GIL, L. - GILOVÁ, Ch. 2001. *Osudy jednej rodiny*. Bratislava : Zing Print, 2001. s.43-45. ISBN 80-88997-11-9.
- HARTL, P. - HARTLOVÁ, H. 2000. *Psychologický slovník*. Praha : Portál 2000.
- GÓRNICKA, J. *Cesta ke zdravé páteři a kloubům*. 1.vyd. Praha : Ján Vašut s.r.o., 2014. 88 s. ISBN 978-80-7236-830-3.
- GRABBE, D. *Zdravá záda*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 96 s. ISBN 978-80-247-3032-5.
- GÚTH, A. a kol. 2003. *Výchovná rehabilitácia alebo Ako učiť školu chrbtice*. II. prepracované vydanie. Bratislava: Liečreh Gúth, 2003. 96 s. ISBN 80-88932-12-2
- GÚTH, A. *Bolesť a škola chrbtice*. VŠZaSP sv.Alžbety, 2011.128 s.ISBN 978-80-8893-230-7
- HAGOVSKÁ, M. - TAKÁČ, P. - PETROVIČOVÁ, J. Clinical picture dynamics in lumboischiadic syndrome, with and without radicular irritation, using McKenzieho concept principles. In *Kontakt*. [online]. 2015, vol. 17, no. 3, e57- e64 [cit. 2015-10-29]. Dostupné na internete: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1212411715000082>>.
- HAGOVSKÁ, M. - TAKÁČ, P. - PETROVIČOVÁ, J. McKenzie metóda ako súčasť klasickej fyzioterapie u pacientov s chronickou bolesťou cervikálnej chrbtice. In *Rehabilitace a Fyzikální Lékařství*. 2013, vol. 20, no. 2., p. 81-89.
- HAGOVSKÁ, M. Konzervatívne možnosti liečby chronických bolestí chrbtice aplikáciou mechanickej diagnostiky a terapie - 1. vyd. - Košice : REPROCENTRUM, 2013. - 185 s. - ISBN 9788097143381
- HAGOVSKÁ, M. - TAKÁČ, P. - PETROVIČOVÁ, J. Hodnotenie priebehu 3-mesačnej liečby terapeutickým konceptom podľa McKenzieho u pacientov s lumbálnou

- diskopatiou / In *Physiotherapia Slovaca*. ISSN 1338-1601. - Roč. 4, č. 1 (2014), s. 82-93.
- HAGOVSKÁ, M. - TAKÁČ, P. - PETROVIČOVÁ, J. Sledovanie dynamiky klinického obrazu u chronického cervikobrachiálneho syndrómu pomocou princípov McKenzieho konceptu In *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. ISSN 1211-2658. - Roč. 20, č. 4 (2013), s. 196-203.
- HAGOVSKÁ, M. - TAKÁČ, P. - PETROVIČOVÁ, J. Changes in the muscle tension of erector spinae after the application of the McKenzie method in patients with chronic low back pain In *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin*. ISSN 0940-6689. - vol. 24, no. 3 (2014), s. 133-140.
- HALAMA, P. 2002. Vývin a konštrukcia škály životnej zmyslupnosti. In *Československá psychologie*. ISSN 0009-062X, 2002, roč. XLVI, č. 3, s. 265-276.
- HARING, J. - MAŠÁN, J. - HARING ml., J. *Vertebrogénne ochorenia, základné diagnostické kritéria a rehabilitačné postupy v liečbe*. 1.vyd. Trnava : Univerzita sv. Cyrila Metoda v Trnave, 2011. 81 s. ISBN 978-80-8105-095-4.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přepr. vyd. Praha : Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
- HEGYI, L., OCHABA, R. 2013. *Výchova k zdraviu a podpora zdravia*. Bratislava : Herba, 2013. s. 62-65. ISBN 978-80-89631-14-8.
- HENNIG, C. 1996. *Antistresový program pro učitele*. Praha : Portál, 1996, 99 s. ISBN: 80-7178-093-6.
- <http://www.sksapa.sk/obsah/clenstvo-sk-sapa-v-medzinarodnych-asociaciach-sestier-a-porodnych-asistentiek/efn.html>-
- HETTESĚ, M. 2011. *Starnutie spoločnosti. Vybrané kapitoly sociálnej práce so seniormi*. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2011. 192 s. ISBN 978-80-8132-04-6.

- HETTEŠ, M. 2015. *Ľudské práva a sociálna ochrana v sociálnej práci*. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2015. 242 s. ISBN 978-80-8132-128-3.
- HETTEŠ, M. 2013. *Sociálna súdržnosť a istota v sociálnej práci*. Bratislava : Univerzita Konštantína Filozofa, 2013. 198 s. ISBN 978-80-558-0256-5.
- HEUVEL, S. Psychosocial risk factors for musculoskeletal disorders (MSDs). [online]. 2013. [cit. 2015-09-20]. Dostupné na internete:
<http://oshwiki.eu/wiki/Psychosocial_risk_factors_for_musculoskeletal_disorders_%28MSDs%29>.
- HIRIGOYENOVA, M. F. 2001. *Psychické týranie*. Bratislava : Sofa, 2001. 260s. ISBN 80-890-3302-4.
- HLAVINKA, J. 2012. Organizácia deportácií Židov zo Slovenska v roku 1942. In *Vojnová kronika*. Odborný recenzovaný časopis Múzea Slovenského národného povstania, 2012, ročník I., číslo 1. s.13. ISSN 1338-6379.
- HRABOVECKÁ, H. 1998. *Ruka s vytetovaným číslom*. Bratislava: Vydavateľstvo PT, 1998. 110 s. ISBN 80-88912-04-0.
- HRADSKÁ, K. 2010. Druhá vlna deportácií. Deportácie do koncentračných táborov. In *Druhá vlna deportácií Židov zo Slovenska*. Zborník Medzinárodnej vedeckej konferencie. Banská Bystrica: Múzeum Slovenského národného povstania, 2010. s.28. ISBN 978-80-89514-00-7.
- HRUDNIKOVÁ, M. 1997. *Řeholní život v českých zemích*. Kostelní vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1997. ISBN 80-7192-222-6.
- HUBEROVÁ, B. 1995. *Psychický teror na pracovíšti. Mobbing*. Martin: Geografia, 1995. 144s. ISBN 80-85186-62-4.
- HULKA, J. 2015. Determinanty zdravia slovenskej populácie. In *Diplomová práca*. Vysoká škola ekonómie a manažmentu verejnej správy v Bratislave, 2015, 106 s.
- HUNYADIOVA, S. FERENČÍKOVÁ, I. 2013. *Rozvoj osobnosti, zručností, vedomostí, osobitostí, jedinečnosti*. VŠZaSP sv. Alžbety.n.o. BEKI desing s.r.o. Bratislava. 2013. ISBN 978-80-8132-075-0.

- INFOSTAT - Výskumné demografické centrum, Inštitút informatiky a štatistiky, 2013, 84 s. ISBN 978-80-89398-23-2.
- IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
- IŠTOŇOVÁ, M., MILULÁKOVÁ, W., KENDROVÁ, L. Škola chrbta ako jedna z možností ovplyvnenia bolesti chrbtice v zdravotníckych povolaniach. In *Zodpovednými činmi dokazujeme poctivý prístup na všetkých úrovniach starostlivosti*: Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2014. s. 45-50. ISBN 978-80-555-1092-7.
- IŠTOŇOVÁ, M. Pracovné riziká sestier v kontexte porúch muskuloskeletárneho systému a ergonomických aspektov. In Quo vadis zdravotníctvo: zborník príspevkov z vedecko-odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou [online]. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, 2012 [cit. 2015-10-29], s. 93. ISBN 978-80-55
- JÁŠKOVÁ, A. 2013. *Evalvácia výskumov mobbingu na Slovensku*. [online]. [citované 2015-08-21]. Dostupné na internete: <[https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Balogo va8/subor/Jaskova.pdf](https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Balogo%20va8/subor/Jaskova.pdf)>.
- KALÁTOVÁ, D. 2012. Prvky rehabilitačného ošetrovatelství v onkologii. In Beňo, P., Andrejiová, L., Šrámka, M. (eds.) *Spolupráca pomáhajúcich profesií – determinant kvality života populácie*. Prešov: ÚSVaZ bl. P. P. Gojdiča, 2012. s. 193. ISBN 978-80-89464-10-4.
- KARCHŇÁKOVÁ, A. 2010. *Organizačná kultúra*. 1. vyd. Bratislava: Ekonómia, 2010. 137s. ISBN 987-80-8078-304-4.
- KELČÍKOVÁ, S. 2013. *Koncept podpory zdravia v edukácii pacienta*. Druhé doplnené vydanie. Martin : Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta UK v Martine, Ústav pôrodnej asistencie. 2013. 75 s. ISBN 978-80-89544-56-1.
- KILÍKOVÁ, M. A KOL. 2012 (a). *Teorie moderního ošetrovatelství I*. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna. Příbram : 2012, 196 s. ISBN 978-80-260-3755-2.

- KILÍKOVÁ, M. 2012 (b). *Teorie moderního ošetrovatelství II*. Vysoká škola zdravotnictva a sociální práce sv. Alžbety, Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna. Příbram : 2012, 252 s. ISBN 978-80-260-3756-9.
- KILÍKOVÁ, M. - JAKUŠOVÁ, V. 2008. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatelstve*. Martin : Osveta. 2008. 152s. ISBN 978-80-8063-290-8.
- KILÍKOVÁ, M., LEFEROVIČOVÁ, K. 2013. *Teória potrieb a ošetrovateľského procesu*. Rožňava : VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, 2013. 228 s. ISBN 978-80-8132-079-8.
- KNAP, V. – IŠTOŇOVÁ, M. – ORAVCOVÁ, K. Vertebrogénny algický syndróm – kvalita života. In *Kvalita života a zdravia: zborník IV. Vedecko-odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou*. Vysoká škola zdravotnictva a sociální práce sv. Alžbety v Bratislave, 2009. ISBN 978-80-8927-165-8. s. 128-134.
- KOMAČEKOVÁ, D. Fyzická a psychická záťaž pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti (prevencia, ochrana a podpora zdravia sestry). In *Psychológia zdravia 2010: zborník príspevkov z 5. konferencie psychológie zdravia* [online]. 2010. [cit. 2015-10-20]. Dostupné na internete:
<<http://www.prohuman.sk/psychologia/fyzicka-a-psychicka-zataz-pri-poskytovani-osetrovateľskej-starostlivosti-prevencia-ochrana-a-podpora-zdravia-sestry>>
- KOTOVÁ, J. 2016. *Civilný sporový poriadok a Civilný mimosporový poriadok*. Poradca 2016/10. Žilina : Poradca s.r.o., 2016.
- KOUBOVÁ, G, 2014. *Nové koncepty v péči o seniory : Validace Naomi Feil, Psychobiografický model prof. Böhma, Smyslová aktivizace Lohre Wehner: bakalárska práca*, České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích , Teologická fakulta, Katedra pedagogiky, 2014, 42s. [online] [citované 2014.10.29]. Dostupné na internete: http://theses.cz/id/2y2ymx/Bakalsk_prce_-_Gabriela_Koubov.pdf.
- KOŽUCHOVÁ, M., a kol. *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. vyd. Martin: Osveta, 2014, s. 151. ISBN 978-0-8063-414-8.
- KRATZ, H. 2005. *Mobbing, jak ho rozpoznat a jak mu čelit*. Praha: Management Press, 2005.131s. ISBN 80-7261-127-5.

- KRAUS, O. - KULKA, E. 1955. *Továrna na smrt*. Praha : Orbis, 1955. s. 40-42., s.65, s.75.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2006. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 204 s. ISBN 80-247-1370-5.
- KŘIVOHLAVÝ, J. - KACZMARCZYK, S. 1995. *Poslední úsek cesty*. Praha : Návrat domů, 1995. 96 s. ISBN 80-85495-43-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. - PEČENKOVÁ, J. 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha : Grada. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
- KUBÁNI, V. 2007. *Mobbing, Bullying adiskriminácia na pracovisku*. In *Psychologická revueII*. [online]. [citované 2015-09-06]. 5-24s. Dostupné na internete: <http://www.publik.sk/elpub2/FHPV/Kubani3/pdf_doc/bugelova.pdf>. ISBN 978-80-8068-674-1.
- KUBICA H. 1995. *Sytuacja kobiet ciężarnych i los dzieci urodzonych w obozie* In Długoborski, Piper. *Auschwitz 1940-1945. Węzłowe zagadnienia z dziejów obozu. Więźniowie – życie i praca*. Oświęcim: Państwowe Muzeum Auschwitz-Birkenau, 1995 s. 208-210. ISBN 83-85047-52-2.
- KUBICA, H. 2010a. *Głosi Pamięci 5. Kobiety ciężarne i dzieci urodzone w KL Auschwitz*. Oświęcim: Państwowe Muzeum Auschwitz-Birkenau, 2010. 101 s. ISBN 978-83-60210-94-9.
- KUBICA, H. 2010b. *Posledný transport slovenských Židov do KT Auschwitz*. In *Druhá vlna deportácií Židov zo Slovenska*. Zborník Medzinárodnej vedeckej konferencie. Banská Bystrica: Múzeum Slovenského národného povstania, 2010. s.88. ISBN 978-80-89514-00-7.
- KUBICOVÁ, A. 2011. *K problematike sociálnych a spirituálnych kompetencií sociálnych profesií*. In: Chytil, O., Matulayová T. *Výzvy pre sociálne profesie v modernej spoločnosti*. Zborník príspevkov. 1. vydanie. Prešov : Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2011. [cit. 05.10.2016]. 14 s. ISBN 978-80-555-0336-3. Dostupné na internete: <http://pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Matulayova2/>
- KUTNOHORSKÁ, J. 2007. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 163 s. ISBN 978-802-4720-692.

- LACA, P. 2015. *Ošetrovateľská etika ako súčasť profesijnej etiky a jej význam v zdravotníckej profesii*. In Supplement vybraných kapitol vo vedných odboroch sociálna práca a ošetrovateľstvo III. Pířbram : Ústav sv. Jána Nepomuka Neumana, 2015, s. 203-220. ISBN 978-80-906146-2-8.
- LACA, S. 2013. *Sociálna práca v paliatívnej a hospicovej starostlivosti*. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2012, 301 s. ISBN 978-80-8132-051-4.
- LACA, S. 2011. *Vybrané kapitoly z etiky pre sociálno-zdravotnícku profesiu*, Bratislava : Beki desing, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, s. 2011, s. 264, ISBN 978-80-8132-015-6.
- LAKATOŠ, P. Nové vydanie normy 9001. [online]. [citované 2012-18-12]. Dostupné na internete: http://www.unms.sk/?nove_vydanie_normy_9001.
- LAZAR, J. a kol. 2010. *Občianske právo hmotné*. Bratislava : IURA EDITION, 2010.
- LEYMANN, H. 1996. The definition of mobbing at workplace. In *The Mobbing Encyclopaedia. Bullying. Whistleblowing*. [online]. [citované 2015-09-14]. Dostupné na internete: <<http://www.leymann.se/English/frame.html>>.
- LEYMANN, H. - GUSTAFSSON, A. 1996. Mobbing at work and development of post-traumatic stress disorders. In *European Journal of Work and Organizational Psychology*. [online]. [citované 2015-11-15]. Dostupné na internete: <http://www.researchgate.net/publication/232879310_Mobbing_at_work_and_development_of_posttraumatic_stress_disorders>.
- LÍŠKOVÁ, M., NÁDASKÁ, I. 2006. Budúcnosť transkultúrneho prístupu v ošetrovateľstve. In *Sborník přednášek I. Mostecké dny sester, 4.-5.5.2006, „Od Florence Nightingelové k současnosti aneb ošetrovatelství s novou tváří“*. Most, 2006, s. 69-81. ISBN 80-239-6603-0.
- LUTGEN-SANDVIK, P. - TRACY, S. J. - ALBERTS, J. K. 2007. Burned by bullying in the American workplace: Prevalence, perception, degree, and impact. In *Journal of Management Studies* 44(6).[online]. [citované 2016-03-01] Dostupné na

internete: http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1467-6486.2007.00715.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER

MAARIT, A.L. - VARTIA, M., 2001. Consequences of workplace bullying with respect to the well-being of its targets and the observers of bullying. In *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 27, s.63-69.

MACDONALD, J. 1996. *Totálne riadenie kvality*. Bratislava: Open Windows, 1996. s. 98. ISBN 80-85741-17-2.

McKENZIE, R. *Léčime si záda sami*. Praha : McKenie Insitut CR, 2009. 124 s. ISBN 978-80-9046-931-0.

MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. A KOL. 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

MASÁK, L. Skrínig karcinómu krčka maternice. *Onkológia (Bratisl.)* 2007, 2(2): 109-111. [cit. 2016-02-22]. Dostupné na: <<http://www.solen.sk/pdf/86784b0e7b54d32141db729406282dae.pdf>>.

MASÁR, O. a kol. 2014. *Vybrané kapitoly zo všeobecného lekárstva pre študentov medicíny*. Bratislava: LF UK, 2014. s. 14-21. ISBN 978-80-225-89553-28-0.

MATEIDES, A. a kol. 2006. *Manažérstvo kvality*. Bratislava: EPOS, 2006. ISBN 80-8057- 656-4.

MATEIDES, A. – ĎAĎO J. 2002. *Služby*. Bratislava: Epos, 2002. 750 s. ISBN 80-8057-452-9.

MATEIDES, A. – ZÁVADSKÝ, J. 2005. *Ako zaviesť systém riadenia kvality podľa STN EN ISO 9001:2001 v organizácii*. Bratislava: Epos, 2005. 217 s. ISBN 80-8057-632-7.

MATERIÁL Y ETUCE: SOCIAL DIALOGUE: *Framework agreement on work-related stress*.

MATLÁK, J. a kol. 2012. *Právo sociálneho zabezpečenia*. Plzeň, Aleš Čeněk, 2012.

- MATLOVIČOVÁ, K., KOLESAROVÁ, J., ŽIDOVÁ, A. 2013. *Slovenské kúpeľníctvo v kontexte zmien – aktuálny stav, problémy a výzvy*. 1. vyd. Krakow: Institute of Urban Development, 2013. s. 161 – 173. ISBN 978-83-89440-67-9.
- MATLOVIČOVÁ, K., KOLESAROVÁ, J., ŽIDOVÁ, A. 2013. *Slovenské kúpeľníctvo v kontexte zmien – aktuálny stav, problémy a výzvy*. 1. vyd. Krakow: Institute of Urban Development, 2013. s. 161 – 173. ISBN 978-83-89440-67-9.
- MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2007. ISBN-80-7178-548-2.
- MATTHIESEN, S. - EINARSEN, S. 2007. Perpetrators and Targets of Bullying at Work: Role Stress and Individual Differences. In: *Violence and Victims*. [online]. [citované 2015-02-21]. Dostupné na internete: <<http://folk.uib.no//pspsm/documents/Bullying-Matthiesen-Einarsen-2007.pdf>>.
- MAŽGÚTOVÁ, A. et al. 2012. Psychická záťaž zdravotníkov v paliatívnej starostlivosti. In *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. [online]. [cit. 2016-03-13]. Dostupné na internete: <<http://www.solen.sk/pdf/c7b5e9fdb59fa121d4342d9c86e720a6.pdf>>.
- MIZUNO, S. 1988. *Company Wide Total Quality Control*. Michigan 1988. Asian Productivity Organization, 1988. 313 s. ISBN 9283310993.
- MLÝNKOVÁ, J. Relaxáci proti stresu. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444. 2010, č. 7-8, s. 46-47.
- MOULIS, M., - CÍLEK, R. 2012. *Zapomeňte, že jste byli lidmi... Nacistické koncentrační tábory - symbol barbarství*. Praha: Epoque, 2012. s.17, s.21, s.85, s.105-106, s.145. ISBN 978-80-7425-150-4.
- NANDO BELARDI. 2005. *Supervision, Grundlagen, Techniken, Perspektiven*, Beck – Verlag, 2. Auflage 2005.
- NARIADENIE VLÁDY SR č. 281/2006 Z.z. o minimálnych bezpečnostných a zdravotných požiadavkách pri ručnej manipulácii s bremenami.
- NELSON, A. – MATZ, M. - CHEN, F. et.al. Development and evaluation of multifaceted ergonomics with patient handing tasks. In

International Journal of Nursing Studies. 2006. vol.43, no.6, p.717-733.

NOVÁKOVÁ, D. *Prevenca bolesti chrbta*. [online]. 2012. [cit. 2015-10-14]. Dostupné na internete: <<http://www.zzz.sk/?clanok=1045> >

OBROČNÍKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L. Miera využitia sesterských intervencií v onkologickej prevencii. [online]. *Kontakt* 2013, XV/2: 143-157. [cit.2016-01-18]. Dostupné na: <http://casopiszsfsju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/2013061908405_6566397.pdf>.

ONDOVÁ, P. - TAKÁČ, P. – KNAP, V. a kol. Integration of myosceletal ergonomic into education of physiotherapy. In *Súčasný trendy vzdelávania vo fyzioterapii : Zborník abstraktov*. Košice : Pavol Jozef Šafárik University in Košice, 2015. ISBN 9788081523113. s. 37-38.

ONDRUŠEK, D. 2007. *Efektívna komunikácia v terénnej sociálnej práci*. PDCS. 2007.

ONDRUŠOVÁ, M. a kol. Epidemiológia vybraných gynekologických malignít na Slovensku. *Onkológia* 2015, 10(4): 224-225. [cit. 2016-02-28]. Dostupné na: <<http://www.solen.sk/pdf/cc1fa8925f7cebe6e6d75ec62ed80790.pdf>>.

OPATRŇNÁ, M. 2012. *Článok pro sestry: Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému?* [online]. [citované: 2016-10-10]. Dostupné na: <http://www.eurochaplains.org/enhcc_library/opatrna2006-1_czech.pdf>.

OPATRŇNÝ, A. 2003. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. 3. (dopl.) verze. Praha, 2003 (dotisk 2006): Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství Pražském, 53 s. ISBN 25.0.

OPAVSKÝ, J. 2011. *Bolest v ambulantní praxi*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2011, 394 s. ISBN 978-80-7345-247-6.

PALKOVÁ, L., BERČ, A., a kol. 2010. *Onkologické ošetrovatelstvo II.* ZZ design studio, 2010. s. 9-20. ISBN 978-80-969605-5-2.

- PALKOVÁ, E., DIMUNOVÁ, L. 2012. Kvalita života žien s karcinómom maternice. In *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2012, 3(1): 348-352.
- PAULOVÁ, I. 2014. *Komplexné manažérstvo kvality*. Bratislava : Wolters Kluwer, 2014. 162 s. ISBN 978-80-8168-083-0.
- PAULOVÁ, I. 2014. *Model CAF ako nástroj zvyšovania efektívnosti organizácie sociálnych služieb*. [on line]. [Citované 2015-01-13]. Dostupné na <http://web.vucke.sk/sk/kompetencie/socialne-veci/uzitocne-informacie/konferencie.html>;
- PAULOVÍČ, K. *Prečo je cvičenie dôležité? Najmä cvičenie pod odborným vedením?* [online]. 2014. [cit. 2015-08-25]. Dostupné na internete: <<http://www.supermamicka.sk/preco-je-cvicenie-dolezite-najma-cvicenie-pod-odbornym-vedenim/>>.
- PLEŠKO, I. Aktuálne problémy štruktúry a orientácie komplexných národných programov boja proti zhubným nádorom. In *Klin Onkol* 2010; 23(6): 408–415.
- PROCHÁZKA, P. 2013. *Duchovní doprovázení*. Praha : Institut vzdělávání ECM, 2013. ISBN 978-80-7356-034-8, s. 46.
- PROKOP, J. 2006. *Spiritualita umírajících pacientů*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2006. 140 s. ISBN 80-210-4131-5.
- RADECHA, M. a kol. 2008. Perspektívy prevencie karcinómu maternicového krčka. *Prakt Gyn* 2008, 12(1). 42-46. [cit.2016-01-29]. Dostupné na: <<http://www.solen.sk/pdf/2338625e303b26f76075680448c0bdc3.pdf>>.
- RAKOVÁ, J. - JABALLAH, Z. Moderná rola sestry výskumníčky v aktuálnych klinických podmienkach. In Pribišová, E., Beňo, P., Šramka, M. (eds.) *Civilizačné ochorenia a ich vplyv na kvalitu života, zdravia a sociálno-ekonomickú oblasť*. Prešov : ÚSVaZ bl. P.P. Goidiča, 2014. s. 9-15, ISBN 978-80-89464-27-2.
- RAKOVÁ, J. a kol. 2012. *Opatrovateľstvo v teórii a praxi*. Košice : ADCH, 2012. 212 s. ISBN 978-80-971136-6-7.
- 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, 2006. ISBN 80-969449-1-6. s. 183-186.
- REICH, K. H. 2001. *Spiritual development: Theory, practice, measurement*. (Paper at Conference „Spirituality and Health“, Teheran, April 2001).
- ROZTOČIL, A. a kol. 2011. *Moderní gynekologie*. Praha : Grada Publishing, 2011. 508 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
- RYCHLÍKOVÁ, E. *Manuální medicína*. 4. vyd. Praha : Maxdorf, 2009. 504 s. ISBN 978-80-7345-169-1.
- SADOVSKÝ, O. 2014. Skrining rakoviny krčka matrice na Slovensku. In *Onkológia* (Bratisl.) 2014, 9 (3): 144–148.
- SHAIN, M. 2013. *Towards a Psychologically Safer Workplace: An employments guiede*. S. 19.[online]. [cit. 2013-10-25]. Dostupné na internete:
http://www.gwlcenrewformentalhealth.com/pdf/Employer_Guide_w_HP_0.pdf
- SCHAVEL, M., HUNYADIOVÁ, S., KUZYŠIN, B. 2013. *Supervízia v sociálnej práci*. Bratislava. 2013. ISBN 978-80-971445-0-0.
- SCHERPNER, M. 1999. *Sprevádzanie v praxi (vedenie), poradenstvo a učenie : princípy sociálnej práce*. Dolný Kubín, 1999.
- SCHWALBOVÁ, M. 2011. *Vyhasnuté oči*. Bratislava : Marenčin, PT, 2011. 154 s. ISBN 978-80-8114-104-1
- SCHWALBOVÁ, M. - HRADSKÁ, K. 2001. *Žila som životy druhých. (Zo spomienok lekárky na Osvienčim)*. Bratislava : Nadácia Milana Šimečku, 2001. s.12-15, s.18. ISBN 80-968662-0-6.
- SIMOČKOVÁ, V. 2011. *Gynekologicko-pôrodnické ošetrovatel'stvo*. Martina : Osveta, 2011. s. 81-88. ISBN 978-80-8063-362-2.
- SIMOČKOVÁ, V., ZAMBORIOVÁ, M. Postoje sestier k determinantom zdravia. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2011, č. 3-4, s. 16-21.
- SIMOČKOVÁ, V. 2009. Syndróm vyhorenia. In Žiaková, K. et al. *Ošetrovatel'ský slovník*. Martin : Vydavateľ'stvo Osveta. 218 s. ISBN 978-80-8063-315-8.
- SIMON, M., TACKENBERG, P., NIENHAUS, A., et al. Back or neck-pain-related disability of nursing staff in hospital, nursing homes

- and home care seven countries – results from European NEXT-Study. In *International Journal of Nursing Studies*. 2008, vol. 45, no.1, p. 24-34.
- SMÍŠEK, R. Bolesti chrbtice – prevencia a liečba metódou SM Systém. [online]. 2014. Dostupné na internete: <<http://www.zdravotna-prevencia.com/pacienti/92-bolesti-chrbtice-prevencia>>SLEZÁKOVÁ, L. a kol. 2010. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2010. 269 s. ISBN 978-80-24733-7-39.
- SMERNICA EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY 2005/36/ES o uznávaní odborných kvalifikácií.
- SLABÝ, A. 1991. *Pastorální medicína a zdravotní etika*. Praha : Karolinum, 1991. 186 s. ISBN 80-7066-411-8.
- SMERNICA EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY 2013/55/EÚ o uznávaní odborných kvalifikácií.
- SMÉKAL, V. 2002. *Pozvání do psychologie osobnosti*. Brno : Barraster a Principal, 2002b.
- SMÉKAL, V. 2002. *Spiritualita v denním životě člověka*. In: Galvas, Z. (Ed.): *Homo religiosus. Vybrané aspekty psychologie náboženství*. Praha : Českomoravská psychologická společnost 2002a, s. 18-34.
- SMOLEŇ, K. 2008. *Štátne múzeum Auschwitz-Birkenau v Osvienčime. Sprievodca*. Oświęcim: Państwowe Muzeum Auschwitz-Birkenau, 2008. 24 s. ISBN978-83-60210-45-1.
- SOBIHARD, J. a kol. 2013. *Správne právo*, Eurokódex. Žilina, 2013.
- SOCHA, P. 2000. *Psychologia rozwoju duchowego – zarys zagadnienia*. In: Socha, P. (Eds.): *Duchowy rozwój czlowieka*. Krakow : Univ. Jagiellónskiego Krakow 2000, s. 15-44.
- SOFSKY, W. 2006. *Řád teroru: koncentrační tábor*. Praha: Argo, 2006. s.217 - 219. ISBN 80-7203-818-4.
- SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M. -VARADYOVÁ A. Stres v práci sestry a možnosti jeho redukcie. In *Monitor medicíny SLS*. ISSN 1338-2551, 2012, č. 1-2.
- SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ M. - SUŠINKOVÁ, J. - CENKNEROVÁ, M. 2013. Stres v práci sestier v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. In *Ošetrovatelství a porodní asistence*. ISSN 1804-,2740, 2013, vol. 4, no. 3, p. 622-627.

- SUŠINKOVÁ, J. - SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M. Zát'az sestier v súvislosti s uspokojovaním ľudských potrieb v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. In *Ošetrovateľstvo - Pohyb – Zdravie*. Trenčín: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, 2011. ISBN 9788080754877. s.194-203.
- STRATEGICKÝ RÁMEC STAROSTLIVOSTI O ZDRAVIE pre roky 2014 – 2030.
- STRÍŽENEC, M. 1997. (Ed): *Duchovný rozmer osobnosti. Interdisciplinárny prístup*. Bratislava : Ústav experimentálnej psychológie SAV, 1997.
- STRÍŽENEC, M. 2005. *Spiritualita a jej zisťovanie*. [online]. 2011. [cit. 09-09-2016]. Dostupné na internete: <http://www.saske.sk/cas/archiv/1-2005/strizenec.html>:-
- SVATOŠOVÁ, M. 2012. *Víme si rady s duchovnými potrebami nemocných?* Praha : Grada publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9, s. 21.
- SVÁTÉ PÍSMO STARÉHO A NOVÉHO ZÁKONA. 2000. Trnava : SSV, 2000.
- SVOBODOVÁ, L. 2008. *Nenechte se šikanovat kolegou.1. vydanie*.Praha: Grada 81 Publishin, a.s., 2008.112s. ISBN 978-80-247-2474-4.
- SZEKELYOVÁ, J., DIMUNOVÁ, L. 2014. *Manažment rizík a bezpečnosť v operačnom trakte*. Odborná monografia. EQUILIBRIA, s.r.o. Košice, 81 s. ISBN 978-80-8143-155-5.
- ŠTEFKOVÁ, G. - SHAFOUT, R. 2012. Fyzická aktivita študentov medicíny vo voľnom čase. In Ondrušová, A. et al. (eds.) *Ošetrovateľstvo a zdravie*. Trenčín. 2012. s. 220-226. ISBN 978-80-8075-53-1-7.
- ŠEVČOVIČOVÁ, A. 2014. Osobitosti záchrany ľudského života v podmienkach koncentračných táborov. In *Ošetrovateľstvo bez hraníc*. Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2014. s.322-328. ISBN 978-80-89542-45-1.
- ŠEVČOVIČOVÁ, A. 2015. V tábore smrti prichádzali na svet deti v neľudských podmienkach. In *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistancia*. E- časopis, 2015, číslo 5. s.20-21. ISSN 1339-5920.

ŠEVČOVIČOVÁ, A., DERŇAROVÁ, L. 2015. Podiel slovenských zdravotníkov na záchrane životov väzňov v koncentračnom tábore Osvienčim. In Kozoň, V., Bašková, M. 2015. *Alžbeta Hanzlíková a rozvoj ošetrovateľstva*. Martin : JLF UK, 2015. s.99-102. ISBN 978-80-89544-76-9.

ŠSTATISTICKÉ ÚDAJE EUROSTATU - rok 2011 [online]. [Citované: 15.07.2016]. Dostupné na: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Health_y_life_years_statistics.

ŠTEVČEK, M. a kol. 2010. *Civilné právo procesné*. Žilina : Eurokodex, 2010.

ŠVINGALOVÁ, D. 2000. *Stres v učiteľskej profesii*. 1.vydanie. Liberec, 2000. ISBN 80-7083-382-3.

ŠWIEBOCKA, T. - PINDERSKA-LECH, J. - MENSFELT, J. 2011. *Auschwitz-Birkenau. Dejiny a súčasnosť*. Oświęcim: Państwowe Muzeum Auschwitz-Birkenau, 2011. 31 s. ISBN 978-83-7704-023-2

TAKÁČ, P. Nesteroidné antireumatiká v rehabilitačnej medicíne. In *Rehabilitačná medicína & Fyzioterapia*. [online]. 2012. roč. 2, č. 2, s. 73-79. [cit. 2015-09-03]. Dostupné na internete: <<http://www.rehmed.sk/nesteroidne-antireumatika-v-rehabilitacnej-medicine-23.html> >.

TAKALA, E.P. – MARTIMO, K.P. Return to work strategies to prevent disability from musculoskeletal disorders. [online]. 2015. [cit. 2015-10-20]. Dostupné na internete:

<http://oshwiki.eu/wiki/Return_to_work_strategies_to_prevent_disability_from_musculoskeletal_disorders>.

TAVEL, P. 2006. Validácia – terapeutický prístup k starým dementným pacientom. In *Psychiatria* 13, 2006. č. 3-4, s. 182-191. [online]. [citované 2015.02.04] Dostupné na internete : <http://www.alzheimer-validacia.sk/odborne-clanky/>.

TAVEL, P. 2009. Nefarmakologické prístupy k pacientům trpícím demencií. In *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a prax*. 2009, roč. LIII, č. 5, Praha: Academia, ISSN 0009-062X. s. 455-467.

- TAVEL, P. 2014. Validačná terapia. In Ostium internetový časopis pre humanitné vedy. Schola pfilosofica, 2014, č.4 [online]. [citované 2015.02.01] ISSN 1336-6556.
- THOMPSON, S. et al. 2012. Quality of Care and Quality of Dying in Nursing Homes: Two Measurement Models. In *Journal of Palliative Medicine*. New Rochelle. ISSN 1557-7740, 2012, vol. 15, n. 6, p. 690-695.
- TLOCZYNSKI, J. - KNOLL, Ch. - FITCH, A. 1997. *The relationship among spirituality, religious ideology, and personality*. Journal of Psychology and Theology, 25, 1997, 2, s. 208-213.
- TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. a kol. 2008. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta, 2008. 196 s. ISBN 80-8063-270-0.
- TÓTHOVÁ, V. *Edukačná kampaň o rakovine krčka maternice úspešne posúva znalosti o ochorení vrátane prevencie*. [online]. [cit. 2016-02-15]. Dostupné na: <<https://www.zzz.sk/clanok/7803-edukacna-kampan-o-rakovine-krcka-maternice-uspesne-posuva-znalosti-o-ochoreni-vratane-prevencie>>.
- TRUCKOVÁ, B. - TRUCK, R.P. 1983. *Lékaři hanby. Pravda o lidských morčatech v Osvětími*. Praha: Práce, 1983. 151 s.
- URBANOVÁ, E. a kol. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy v dimenziách ošetrovatel'stva a pôrodnej asistencie*. Martin : Osveta, 256 s. ISBN 978-80-8063-343-1.
- VACKOVÁ, H. 2010. Validace – metoda práce se seniory s demenci. *Diplomová práca*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, Cyrilometodějská teologická fakulta, Katedra křesťanské sociální práce, 2010, 63s. [online]. [citované 2014.10.29] Dostupné na internete: <http://theses.cz/id/luz5on/123368-695734458.pdf>.
- VÁGNEROVÁ, M. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. 827s. ISBN 80-7367-414-9.
- VAVROVÁ, D. 2016. Komplexná kúpeľná liečba a jej vplyv pri udržiavaní a podpore zdravia. *Diplomová práca*. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave: Katedra právnych disciplín a štúdia MHA. Bratislava, 2016. 85 s.

VEBER, J. a kol. 2006. *Managment kvality, enviromentu a bezpečnosti práce*. Praha: Managment Press, s.r.o., 2006. 349 s. ISBN 80 – 7261 – 146 – 1.

ENEZIA, S. 2010. *V pekle plynových komor*. Praha: Rybka Publishers, 2010. s 61-63. ISBN 978-80-87067-68-0.

VENGLÁROVÁ, M. - MAHROVÁ, G. 2006. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 198 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

VESELÁ, J. 2007. *Rámcový návod k řešení násilí na pracovišti ve zdravotnictví*. [online].[cit. 2015-10-10]. Dostupné na internete: <<http://http://ww2.cmkos.cz/lidskezdroje/files/nasili.pdf>>.

WIRTH, M. 2009. Validácia podľa Naomi Feil. In *Humanita*. ISSN 1336-2208, roč. XVIII, č.6, s. 8.

www.judikaty.info/najvyšší-sud-jaspi/doručovanie-písomností

www.socpoist.sk- Zákon č. 461/2003 Z.z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov.

YILDIRIM, A. - YILDIRIM, D. 2007. Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses. In *Journal of Clinical Nursing*. [online]. [citované 2015-11-12]. 1444 -1453s. Dostupné na internete:

<http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1365-702.2006.01814.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&how_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER>.

UHLIŘ, P. – BETLACHOVÁ, M – KUCHAROVÁ, Z. Bolesti dolní části zády u zdravotních sester a jejich prevence. *Medicína pro praxi*. [online]. 2011, č. 8. [cit. 2015-02-14]. Dostupné na internete: <<http://solen.cz/pdfs/med/2011/10/10.pdf>>.

ZAMBORIOVÁ, M. - SIMOČKOVÁ, V. 2016. Psychická záťaž zdravotníckych profesionálov pracujúcich v hospicioch. In *Ošetrovatel'stvo tradície a perspektívy*. Piešťanský deň ošetrovatel'stva. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety. ISBN 978-80-8132-151-1, s. 325-336.

ZAMBORIOVÁ, M. SIMOČKOVÁ, V. 2014. Zdravie ako súčasť metaparadigmy v ošetrovatelstve. In Kožuchová, M. (ed.) *20 rokov agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti na Slovensku*. Kežmarok: AADOS v SR, 2014. s. 266-274. ISBN 978-80-971586-5-1.

ZANDLER, M. 2004. *Křesťan a zdraví: hledání křesťanské cesty ke zdraví*. Svitavy, Řím : Trinitas; Křesťanská akademie, 2004. ISBN 80-86036-93-6.

ZÁHORA, J. a kol. 2013. *Základy práva*. Žilina : Paneurópska vysoká škola, Žilina, Eurokódex, 2013.

ZÁKON 538/2005 Z.z. o prírodných liečivých vodách, prírodných liečebných kúpeľoch, kúpeľných miestach a prírodných minerálnych vodách 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.

ZDRAVOTNÍCKA ROČENKA SR. 2014. NCZI 2016, 243 s. ISBN 978-80-89292-47-9.

ZNIŽOVANIE ZÁŤAŽE SPÔSOBENEJ RAKOVINOU. EÚ: Úrad pre publikácie. 2014. s. 1-4. ISBN 978-92-9200-128. [cit. 2016-10-10]. Dostupné na:

<http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/hp-infosheets/cancer_informationsheet_sk.pdf>.

ŽIAKOVÁ, K. a kol. *Ošetrovateľský slovník*. Martin : Osveta, 2009. 218s. ISBN 978-80-8063-315-8.

RECENZIA 1

Recenzent: prof. PhDr. Pavol Dancák, PhD.

Veda a výskum tvoria neoddeliteľnú súčasť kultúrneho bohatstva človeka a sú dôležitým nástrojom výchovy, vzdelávania a poznávania. V akademických inštitúciách majú veda a výskum nezastupiteľné miesto a v jednote s pedagogickými činnosťami sú hnacou silou rozvoja a zúšľacht'ovania spoločnosti. Týmto chceme zdôrazniť, že predkladaná vedecká monografia od kolektívu autorov je hnacou silou, ktorá vytvára predstavu o vede a výskume ako o niečom, čo nás neuzatvára do „vlastného sveta“ vzdialeného od reality, od problémov, ktoré nás všetkých tlačia a žiadajú podať riešenia. Práve naopak, kolektív autorov stavia čitateľa k objektívnemu poznávaniu skutočností, zákonitostí, mechanizmov procesov, ich vzájomných vzťahov. Takýto proces je aj základom sociálnej práce, ošetrovateľstva a iných príbuzných odborov založených na dôkazoch a empirických výskumov, ktoré sa v súčasnosti stávajú hybnou pákou v systémoch starostlivosti o zdravie a rozvoj človeka.

Kolektív autorov v predkladanej vedecko-odbornej monografii završuje v 12-stich kapitolách viaceré teoreticko-praktické výsledky svojich výskumných aktivít s využitím značného množstva domácej i zahraničnej odbornej literatúry a sprístupňuje čitateľom výsledky empirických štúdií z oblasti podpory zdravia v jednotlivých vekových kategóriách populácie, ako aj špecifické podmienky poskytovania kultúrne odlišnej starostlivosti, prípravu na výkon povolania a podmienky výkonu povolania ošetrojúcich zodpovedných za všeobecnú starostlivosti o zdravie v európskom kontexte. Osobitnú pozornosť venuje kolektív autorov aj otázkam budovania systému manažérstva kvality v zariadeniach sociálnej a zdravotnej starostlivosti i problematike faktorov prostredia, determinantom zdravia vo vybranej komunite ošetrojúcich, metodike supervízie ako nástroja podpory zdravia v povolani sociálny pracovník a sestra.

Supplement vybraných kapitol vo vedných odboroch sociálna práca a ošetrovatel'stvo IV. dokumentuje vysokú úroveň vedecko-odborného textu, ktorý sa ponúka odbornej i laickej verejnosti.

RECENZIA 2

Recenzent: doc. PhDr. Dagmar Kalátová, PhD., mim. prof.

Vedecká publikace je syntézou empirických výsledků vědecko-pedagogické činnosti autorů, kteří úspěšně působí v oborech ošetrovatel'ství a sociální práce.

Teoretická východiska jednotlivých kapitol jsou zodpovědně citovány a doplněné o vlastní názory, vědecké zkušenosti autorů. Dílo je sestaveno přehledně, logicky a srozumitelně. Jazyková úroveň je výborná. Odborná terminologie nevykazuje nedostatky. Grafická úroveň zpracování je standardní. Obsah díla přináší nové originální zjištění, které jsou výsledkem vědeckého působení v rovině teoretické nebo empirické.

Doporučuji dílo publikovat pro odbornou veřejnost s možností záměrného využití empirických zjištění v resortu zdravotní a sociální péče.

RECENZIA 3

Recenzent: doc. PaedDr. Slavomír Laca, PhD.

Predkladaná monografia autorov a odborníkov na sociálnu prácu a ošetrovatel'stvo podáva čitateľovi v základných štruktúrovaných kapitolách primárnu predstavu poňatia daných skutočností v odbore sociálna práca a ošetrovatel'stvo.

Publikáciu tvorí obsahovo celistvý súbor poznatkov, teoretických a praktických skúseností z oblasti sociálnej práce a ošetrovatel'stva, je aktuálna a využiteľná v rámci vedy u sociálnych pracovníkov, zdravotníckeho personálu, manažérov v sociálnych a zdravotníckych zariadeniach, dobrovoľníkov, študentov, pracujúcich v oblasti sociálnej

práce, resp. ďalších odborníkov príbuzného zamerania. Poznatky uvedené v predkladanej monografii sú využiteľné v rôznych sférach spoločenského života s dôrazom na sociálnu, zdravotnú a vzdelávaciu oblasť.

Monografia predstavuje 12 príspevkov, na ktorých sa podieľalo 18 erudovaných autorov. Na viac ako 200 stranách sa v samostatných kapitolách rozširujú poznatky z oblasti sociálnej práce, ošetrovateľstva a pomáhajúcich profesií. Použitie pojmového aparátu je v súlade so všeobecnými vedomosťami a štruktúra textu, citovanie bibliografických zdrojov je v súlade so zásadami tvorby vedeckého textu tohto typu. Použité pojmy a termíny sú vhodne objasnené, ich výskyt je primeraný. Zoznam bibliografických zdrojov obsahuje veľké množstvo slovenskej a zahraničnej literatúry a internetových zdrojov, čo je prínosom kvality a odbornosti.

Autori majú mnohé a rozsiahle teoretické poznatky, ako aj praktické skúsenosti s vedným odborom sociálna práca, ošetrovateľstvo. V diele poukazujú na aktuálne problémy súčasnej doby. Cieľom vedeckej publikácie, ako zdôrazňujú zostavovatelia je sprístupniť čitateľom výsledky empirických štúdií z oblasti podpory zdravia v jednotlivých vekových kategóriách populácie, špecifické podmienky poskytovania kultúrnej odlišnej starostlivosti, prípravu na výkon povolania a podmienky výkonu povolania ošetrovateľov zodpovedných za všeobecnú starostlivosť o zdravie v európskom kontexte. Osobitnú pozornosť venujú autori aj otázke budovania systému manažérstva kvality v inštitúciách zdravotnej a sociálnej starostlivosti.

Vedecká monografia je súhrnom štúdií, ako pochopiť teoreticko-empirické východiská, spoznať a špecifikovať obsahové paralely zdravotných, sociálnych, právnych, psychologických, morálno-etických, manažérskych aspektov, ktoré úzko súvisia a sú prepojené s vednými odbormi sociálna práca a ošetrovateľstvo.