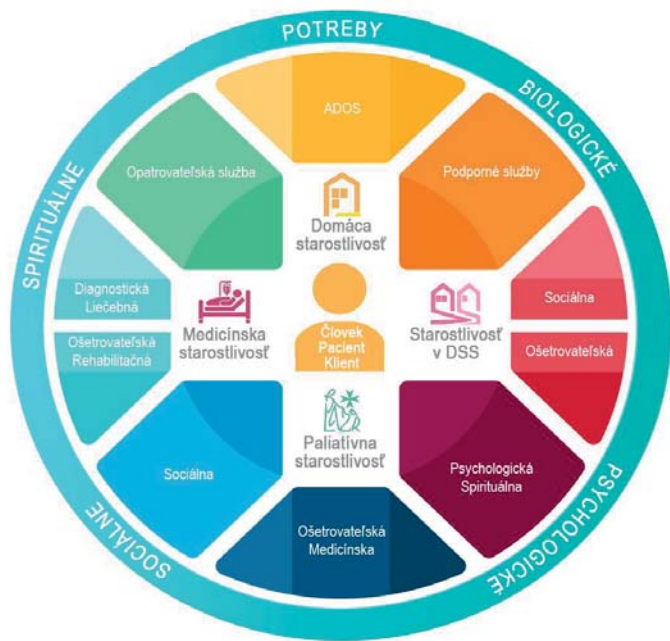
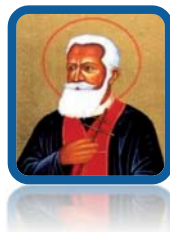




ZBORNÍK

IV. Medzinárodnej vedeckej konferencie

**„SPÔSOBY PREPOJENIA SYSTÉMU SOCIÁLNYCH SLUŽIEB
A ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI NA ÚROVNI
KOMUNITNÝCH A POBYTOVÝCH SLUŽIEB
REGIONÁLNEHO CHARAKTERU“**

Editori

Doc. ThDr. Peter Vansač, PhD

RNDr. Daniela Barkasi, PhD.

PhDr. Mária Popovičová, PhD.

Recenzenti:

prof. zw. dr. hab. Wojciech SLOMSKI, Dr. h. c. Mult.

Doc. PhDr. Lada CETLOVÁ, PhD.

Doc. PhDr. Anna MURGOVÁ, PhD.

PhDr. Andrea GÁLLOVÁ, PhD.

Vydavateľstvo:

Katedra Filozofii

Wydział Psychologii

Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie

Technický redaktor: PhDr. Mária Popovičová, PhD.

Tlač: Tlačiareň svidnícka, s.r.o.

Rok vydania: 2018

Počet strán: 309

Náklad: 100 ks

ISBN: 83- 89884 - 02 - X

EAN: 838988402X

Jazyková úprava: Mgr. Gabriela Šamudovská

OBSAH

BARKASI DANIELA, LECZOVÁ DITA	10
Prosociálne tendencie ako predpoklad kvality výkonu sociálnej práce	
BARKASI DANIELA, KOVÁČOVÁ EVA	22
Motivácia dobrovoľníkov v paliatívnej a hospicovej starostlivosti	
BARKASI RASTISLAV, VANSÁČ PETER, BUGYI ALEXANDER	31
Spiritualita ako sociálny prostriedok pomoci človeku	
BARKASI RASTISLAV, PILKO JÁN	40
Viera ako forma pomoci – Duchovné poradenstvo	
BELOVIČOVÁ MÁRIA	47
Medicínske preventívne programy v rámci integrovaných centier zdravotnej starostlivosti	
BERKA ROMAN	55
Nástroje eliminácie sociálneho ohrozenia	
DOBDA VLADIMÍR	62
Implikácia sociálnych pracovníkov v tímoch zdravotníckych zariadení	
DIMUNOVÁ LUCIA	73
Zdravotná gramotnosť v multidisciplinárnom kontexte	
GÁLLOVÁ ANDREA	78
Spiritualita a jej vplyv na kvalitu života seniorov v zariadení pre seniorov	
GREŠŠ HALÁSZ BEÁTA, TKÁČOVÁ LUBOMÍRA	87
Pokročilá prax v kontexte multiodborovej kooperácie	
GULÁŠOVÁ IVICA	91
Oznamovanie zlých správ pacientom s onkologickým ochorením	
GULÁŠOVÁ IVICA	98
Špecifiká rómskeho etnika a návštev v zdravotníckych zariadeniach počas hospitalizácie ich blízkej osoby	
GULÁŠOVÁ MONIKA	106
Miesto psychológa v komunitnej starostlivosti	

HANOBIK FRANTIŠEK	113
Sociálne služby a ich kvalita v PSK	
HRINDOVÁ TATIANA	130
Princípy dlhodobej starostlivosti	
HUDÁKOVÁ MARIANA	135
Sociálne služby poskytované seniorom v meste Michalovce	
HUDÁKOVÁ ANNA, MAGUROVÁ DAGMAR, OBROČNÍKOVÁ ANDREA, MAJERNÍKOVÁ EUDMILA	140
Percepcia zdravia u seniorov v rámci sociálneho zariadenia	
HUNYADIOVÁ STANISLAVA	147
KILT – Model komunitnej starostlivosti s prepájaním sociálnych služieb a zdravotnej starostlivosti	
HORANSKÁ VALÉRIA, LIZÁKOVÁ EUBOMÍRA, ARVAIOVÁ TATIANA	159
Hodnotenie spokojnosti seniorov s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou a možnosti jej zlepšenia cestou komplementárnosti zdravotných a sociálnych aspektov	
JURAŠEK MARTIN, LEVICKÁ SLÁVKA	168
Sociálne poradenstvo pri integrácii cudzincov	
JURČOVÁ ZUZANA, MIKULOVÁ EUBOSLAVA	183
Sociálne služby v Prešovskom samosprávnom kraji	
KURIPLACHOVÁ GABRIELA, MAGUROVÁ DAGMAR, CIBRÍKOVÁ SILVIA, KENDROVÁ LUCIA, TKÁČOVÁ GABRIELA	200
Rizikové faktory vzniku porúch príjmu potravy u mladých ľudí	
MAGUROVÁ DAGMAR, MAJERNÍKOVÁ EUDMILA, GALDUNOVÁ HELENA	207
Spirituálne potreby v kontexte ošetrovateľstva	
MAJERNÍKOVÁ EUDMILA, MAGUROVÁ DAGMAR, GALDUNOVÁ HELENA	218
Problematika zmyslu života u onkologických pacientov - výsledky výskumu	
MURGOVÁ ANNA, BARKASI DANIELA	226
Potreba implementácie dobrovoľníckeho starostlivosti o pacienta/klienta v zdravotníckych zariadeniach a zariadeniach sociálnych služieb	

NOVÁ MONIKA	241
Otázka vzťahu spirituality a sociálnej práce	
POPOVIČOVÁ MÁRIA, JANKECHOVÁ MONIKA, FAJČÁKOVÁ ĽUBICA	248
Spolupráca sestry a sociálneho pracovníka s rodinou onkologického pacienta	
TKÁČOVÁ ĽUBOMÍRA, GREŠŠ HALÁSZ BEÁTA	258
Dizajn starostlivosti o pacienta s chronickým ochorením	
SEMEŠ MIROSLAV	264
Dôležitosť a možnosti informovanosti o dostupnosti sociálnych služieb v meste (obci)	
SNOPEK PETR, PLISKOVÁ BARBORA	268
Bezpečnosť a kvalita péče prichádza domů	
SIMOČKOVÁ VIERA, ZAMBORIOVÁ MÁRIA	272
Výhrada svedomia v ošetrovateľstve	
ŠEVČOVIČOVÁ ANDREA	278
Osobnosť sestry Angely pri pomoci chorým vo väzenskej nemocnici koncentračného tábora Osvienčim z pohľadu slovenskej lekárky	
VANČÁKOVÁ SOŇA	285
Stratégie pre rozvoj prevencie, integrácie a pracovnej terapie pre rodiny v núdziv OZ maják nádeje	
VANSAČ PETER	297
Choroba a uzdravenie v Biblii	

PROJEKTY

MOCHNÁČOVÁ ALENA, FABIÁNOVÁ ZUZANA	306
Posol nádeje v boji proti predčasnému umieraniu bezvládných seniorov – Seniorboxy 2017/2018	
KOŠŤOVÁ Tatiana	309
Dobrovoľníci v nemocnici	



SPÔSOBY PREPOJENIA SYSTÉMU SOCIÁLNYCH SLUŽIEB A ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI NA ÚROVNI KOMUNITNÝCH A POBYTOVÝCH SLUŽIEB REGIONÁLNEHO CHARAKTERU



Michalovce 09. - 10. november 2017

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE

SV. ALŽBETY, n. o. BRATISLAVA

Detašované pracovisko bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

9. 11. 2017

- 14.00 **Úvodné slovo – doc. ThDr. Peter Vansač, PhD. – vedúci detašovaného pracoviska v Michalovciach**
Otvorenie – Dr. h. c. prof. MUDr. Vladimír Krčméry, DrSc., mult
Príhovor primátora mesta Michalovce Viliama Zahorčáka

Pozvané prednášky

- 14.15 **prof. MUDr. Peter KALANIN, PhD.**
Paliatívna starostlivosť v pomáhajúcich profesiách
- 14.30 **doc. MUDr. Jozef ŠUVADA, PhD. MPH, eMBA**
Koncept dlhodobej zdravotno-sociálnej starostlivosti na Slovensku
- 14.45 **doc. PhDr. Monika JANKECHOVÁ, PhD.**
Spirituálne potreby z pohľadu ošetrovateľstva
- 15.00 **prof. PhDr. Ivica GULÁŠOVÁ, PhD.**
Oznamovanie zlých správ pacientom s onkologickým ochorením
- 15.15 **Dr. h. c. prof. PhDr. Pavol DANCÁK, PhD.**
Sociálna identita kontra dehumanizácia v komunikácii pápeža Františka
- 15.30 **Ján ŠAFIN**
Sociálne vzťahy v Starom zákone
- 15.45 **Mária BELOVIČOVÁ**
Medicínske preventívne programy v rámci integrovaných centier zdravotnej starostlivosti
- 16.00 **Diskusia**
- 16.15 **Prestávka**
- 16.35 **Lucia DIMUNOVÁ**
Zdravotná gramotnosť v multidisciplinárnom kontexte
- 16.50 **PhDr. Monika GULÁŠOVÁ, PhD.**
Miesto psychológa v komunitnej starostlivosti
- 17.05 **PhDr. Petr SNOPEK, DiS**
Kvalita péče a bezpečnosť pacienta prichádza domů
- 17.20 **PhDr. Tatiana KOŠTOVÁ, PhD. MPH.**
Dobrovoľníci v nemocnici
- 17.35 **PhDr. Zuzana FABIANOVÁ**
NQRM: Ochrana života krehkého seniora v kontexte sesterského manažérstva kvality

- 17.50** **PhDr. Dagmar MAGUROVÁ, PhD. –PhDr. Ľudmila MAJERNIKOVÁ, PhD.–PaedDr. Helena GALDUNOVÁ, PhD.**
Spirituálne potreby v kontexte ošetrovateľstva
- 18.05** **PhDr. Ľudmila MAJERNIKOVÁ, PhD. –PhDr. Dagmar MAGUROVÁ, PhD. –PaedDr. Helena GALDUNOVÁ, PhD.**
Problematika zmyslu života u onkologických pacientov - výsledky výskumu
- 18.20** **prof. PhDr. František HANOBIK, PhD.**
Sociálne služby a ich kvalita v PSK
- 18.35** **PhDr. Tatiana HRINDOVÁ, PhD.**
Princípy dlhodobej starostlivosti
- 18.50** **RNDr.Daniela BARKASI, PhD. – PhDr. Dita LECZOVÁ, PhD.**
Prosociálne tendencie ako predpoklad kvality výkonu sociálnej práce

10. 11. 2017

- 08:30** **doc. PaedDr. PhDr.Viera SIMOČKOVÁ, PhD.**
Výhrada svedomia v ošetrovateľstve
- 08.40** **prof. PhDr. Ivica GULÁŠOVÁ, PhD.**
Špecifiká rómskeho etnika a návštev v zdravotníckych zariadeniach počas hospitalizácie ich blízkej osoby
- 08.50** **doc. PhDr. Anna MURGOVÁ, PhD. – RNDr. Daniela BARKASI, PhD.**
Potreba implementácie dobrovoľníkov do starostlivosti o pacienta/klienta v zdravotníckych zariadeniach a zariadeniach sociálnych služieb
- 09.00** **doc. PhDr. Ľubomíra TKÁČOVÁ, PhD. – PhDr. Beáta GREŠŠ HALÁSZ, PhD.**
Dizajn starostlivosti o pacientov s chronickým ochorením
- 09.10** **PhDr.Andrea ŠEVČOVIČOVÁ**
Osobnosť sestry Angely pri pomoci chorým vo väzenskej nemocnici koncentračného tábora Osvienčim z pohľadu slovenskej lekárky
- 09.20** **PhDr.Valéria HORANSKÁ, PhD.**
Hodnotenie spokojnosti seniorov s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou a možnosti jej zlepšenia cestou komplementárnosti zdravotných a sociálnych aspektov
- 09.30** **PhDr. Mária POPOVIČOVÁ, PhD.**
Spolupráca sestry a sociálneho pracovníka s rodinou onkologického pacienta
- 09.40** **PhDr. Beáta GREŠŠ HALÁSZ, PhD. – doc. PhDr. Ľubomíra TKÁČOVÁ, PhD.**
Pokročilá prax v ošetrovateľstve v kontexte multiodborovej kooperácie
- 09.50** **Diskusia**
- 10.05** **Prestávka**
- 10.30** **Alena MOCHNÁČOVÁ, DiS. – PhDr. Zuzana FABIÁNOVÁ**
Seniorbox – posol nádeje v boji proti predčasnému umieraniu bezvládných seniorov
Seniorboxy 2017/2018 - Zahájenie 3. ročníka projektu spojené so slávnostným krstom Seniorboxu
- 10.40** **PhDr.Monika NOVÁ, PhD.**
Otázka vzťahu spirituality a sociálnej práce
- 10.50** **PaedDr. Mgr. Soňa VANCÁKOVÁ, PhD.**
Stratégie pre rozvoj prevencie, sociálnej rehabilitácie a integrácie pre rodiny v núdzi
OZ Maják nádeje

- 11.00 PhDr. Andrea GÁLLOVÁ, PhD.**
Spiritualita a jej vplyv na kvalitu života seniorov v zariadení pre seniorov
- 11.10 doc. PaedDr. Martin JURAŠEK, PhD. – JUDr. PhDr. Slávka LEVICKÁ, MBA.**
Sociálne poradenstvo pri integrácii cudzincov
- 11.20 doc. Lenka LACHYTOVÁ**
Dôvera ako dôležitý faktor holistického prístupu pri práci so seniormi
- 11.30 doc. ThDr. Peter VANSÁČ, PhD.**
Choroba a uzdravenie v Biblii
- 11.40 PhDr. Miroslav SEMEŠ, PhD.**
Dôležitosť a možnosti informovanosti dostupnosti sociálnych služieb v meste (obci)
- 11.50 doc. PhDr. Stanislava HUNYADIOVÁ, PhD.**
KILT – Model komunitnej starostlivosti s prepájaním sociálnych služieb a zdravotnej starostlivosti
- 12.00 Diskusia**
- 12.10 Posterová sekcia**
Anna HUDÁKOVÁ – PhDr. Dagmar MAGUROVÁ, PhD. – Andrea OBROČNÍKOVÁ – PhDr. Ľudmila MAJERNÍKOVÁ, PhD.
Percepcia zdravia u seniorov v rámci sociálneho zariadenia
PhDr. Gabriela KURIPLACHOVÁ, PhD. – PhDr. Dagmar MAGUROVÁ, PhD. – Silvia CIBRÍKOVÁ – Lucia KENDROVÁ – Gabriela TKÁČOVÁ
Rizikové faktory vzniku porúch príjmu potravy u mladých ľudí
PhDr. Vladimír DOBDA
Implikácia sociálnych pracovníkov v tímoch zdravotníckych zariadení
RNDr. Daniela BARKASI, PhD. – Mgr. Eva KOVÁČOVÁ
Motivácia dobrovoľníkov v paliatívnej a hospicovej starostlivosti
- Prestávka - obed**
- 13.00 PhDr. Roman BERKA**
Nástroje eliminácie sociálnej exklúzie
- 13.10 Mgr. Ľuboslava MIKULOVÁ - PhDr. Zuzana JURČOVÁ, PhD. MBA.**
Sociálne služby v Prešovskom samosprávnom kraji
- 13.20 Mgr. Mariana HUDÁKOVÁ**
Sociálne služby poskytované seniorom v meste Michalovce
- 13.30 Mgr. Rastislav BARKASI – Ing. Alexander BUGYI**
Spiritualita v kontexte sociálnych služieb
- 13.40 Ing. PhDr. Matej BOBOVNÍK, PhD.**
Podpora rozvoja regionálnych sociálnych služieb prostredníctvom európskych programov
- 14.00 Diskusia**



PREDSLOV

Príspevky uvedené v zborníku boli prednesené na IV. Medzinárodnej vedeckej konferencii v Michalovciach v dňoch 9. – 10. novembra 2017. Téma konferencie bola „*Spôsoby prepojenia systému sociálnych služieb a zdravotnej starostlivosti na úrovni komunitných a pobytových služieb regionálneho charakteru*“. Našou inšpiráciou pre túto tému boli dva dokumenty:

1. *Implementačná stratégia - systém integrovaného poskytovania zdravotnej starostlivosti: Modernizácia zdravotníckej infraštruktúry a zlepšenie dostupnosti kvalitných služieb v primárnej a akútnej lôžkovej zdravotnej starostlivosti.*
2. *Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015– 2020.*

Jednotliví prednášajúci a prispievatelia do zborníka modifikovali tému konferencie z týchto oblastí ošetrovateľstva, sociálnej práce, psychológie a spirituality:

- medicínske preventívne programy v rámci integrovaných centier zdravotnej starostlivosti,
- zdravotná gramotnosť v multidisciplinárnom kontexte,
- princípy dlhodobej starostlivosti,
- dizajn starostlivosti o pacienta s chronickým ochorením,
- pokročilá prax v kontexte multiodborovej kooperácie,
- spolupráca sestry a sociálneho pracovníka s rodinou onkologického pacienta,
- onkologicky chorí klienti a vplyv spirituality na ich život,
- oznamovanie negatívnych správ pacientom s onkologickým ochorením,
- sociálne služby v kontexte kvality,
- saturácia spirituálnych potrieb v kontexte ošetrovateľstva a sociálnych služieb,
- miesto psychológa v komunitnej starostlivosti,
- choroby a uzdravenie v Biblii.

Jednotlivé príspevky reflektovali tému konferencie z rôznych uhlov pohľadu a prispeli k objasneniu problematiky vo vedeckej oblasti ale aj v profesijnej praxi.

Peter Hlaniak

PROSOCIÁLNE TENDENCIE AKO PREDPOKLAD KVALITY VÝKONU SOCIÁLNEJ PRÁCE

Prosocial tendencies as a prerequisite for the quality of social work performance

Barkasi D., Leczová D.

Súhrn

Sociálnu prácu zaraďujeme medzi pomáhajúce profesie, ktoré sa vyznačujú prácou s ľuďmi. Dôležitou osobnostnou súčasťou pomáhajúceho je prosociálnosť, ktorú vzhľadom na rôznorodosť klientov, či problémov, s ktorými sa sociálny pracovník stretáva, považujeme za prediktor kvality výkonu sociálnej práce. Jadro príspevku predstavuje výskumná časť, ktorá je zameraná na zistenie prosociálnych tendencií u budúcich sociálnych pracovníkov.

KLúčové slová: Prosociálne tendencie. Sociálna práca. Prosociálne správanie.

Summary

Social work is among the helping professions that are characterized by working with people. An important personality of helping is the pro-socialism which, given the variety of clients or the problems encountered by the social worker, is considered to be a predictor of the quality of social work performance. The core of the contribution is a research section that focuses on the pro-social tendencies of future social workers.

Key words: Prosocial tendencies. Social work. Prosocial behavior.

Úvod

Sociálna práca je povolanie, ktoré zaraďujeme do oblasti pomáhajúcich profesií. Sociálny pracovník by mal disponovať odbornými poznatkami, zručnosťami nadobudnutými počas svojho štúdia ale taktiež vzhľadom na rôznorodosť klientov, s ktorými sa stretáva a pomáha im riešiť rôzne sociálne problémy sa od neho vyžadujú ako od pomáhajúceho profesionála určité osobnostné predpoklady, ktoré sú dané v etickom kódexe sociálneho pracovníka. Za podstatnú zložku osobnosti sociálneho pracovníka a asistenta sociálnej práce považujeme prosociálnosť. Prosociálne správanie je vo všeobecnosti v rôznych literárnych prameňoch definované ako správanie, ktoré má byť na úžitok inej osobe, skupine, komunite ľudí alebo sociálnemu cieľu bez očakávania odmeny. Definícia tohto pojmu je odvodená od príslušnosti k teoretickému smeru alebo disciplíne. Autorky Lišková, Matušková (2012) uvádzajú, že vymedzeniu pojmu prosociálne správanie sa venuje systematickejšie viacero autorov ako napríklad Staub, ktorý ho charakterizuje ako správanie osožné iným ľuďom. Na to, aby sa človek správal sociálne pozitívne musí rozumieť potrebám, túžbam, cieľom iného človeka a konať by mal tak, aby tieto úlohy splnil. Prosociálne správanie je zamerané na pomoc inej osobe alebo v prospech iných osôb, skupín alebo spoločenských cieľov, avšak bez nároku na vonkajšiu odmenu či už finančnú, alebo nejaké uznanie či pochvalu. Pre človeka, ktorý tak koná, respektíve pre aktéra prosociálneho správania je motívom vnútorná potreba, pud či tendencia urobiť a robiť to, čo prospeje druhému človeku. V rámci konania dobra je preto veľmi dôležité, aby sme k tomuto druhu správania sa viedli už deti prostredníctvom výchovy. Deti si tým osvoja určité vonkajšie správania a tým ich priviesť k tomu, aby sa správali

prosociálne na základe vnútornej potreby. Prosociálne správanie je jednou z kategórií sociálneho správania a v spoločnosti je vnímané pozitívne, v súlade s požadovanými spoločenskými hodnotami a normami. Reykowski (In Valihorová, Paľová, 2013) uvádza, že prosociálne správanie je činnosť človeka, ktorá ochraňuje, podporuje a zlepšuje stav sociálneho subjektu. Bierhof (1996) k tomu dodáva, že je to správanie, ktoré je slobodne zvolené a motivované je tým, že človek má snahu prispieť inej osobe. Kopčáková (2002) ho zase chápe ako ochotu a schopnosť pochopiť iných. Prosociálne správanie vykonáva človek s cieľom uľahčiť problémy iným ľuďom bez toho, aby za to očakával odmenu a zároveň tento druh správania predpokladá, že sa človek odpúta od svojich vlastných problémov, potrieb a bude slúžiť potrebám iných. Pojem prosociálnosť je často krát u mnohých autorov spájaný so synonymom pojmu altruizmus. Iní autori zase majú opačný názor na totožnosť týchto pojmov a tvrdia, že medzi nimi existuje istý rozdiel. Črta prosociálnosti nemusí nevyhnutne smerovať k nezištnému a obetavému správaniu, pritom podstatné je to, že ide o spoločensky prospešné správanie. Altruistické správanie je charakteristické tým, že pri ňom sa jedná o nezištnosť a obetavosť, čiže pojem altruizmus je opakom egoizmu. Takéto správanie je motivované vcítením sa do situácie inej osoby a empatiou. Altruizmus je prijatie ohrozenia vlastného blaha v záujme prospechu inej osoby (Hardy, Kisling, 2005). Hartl a Hartlová (2000) ho vymedzujú ako mravný princíp, ktorý spočíva v nezištnej pomoci inej osobe, v snahe a ochote obetovať svoje záujmy pre jej dobro. Altruizmus sa prejavuje myslením, cítením a jednaním, ktoré má nesebecký charakter v rámci medziľudských vzťahov a berie ohľad na iných ľudí. Prosociálne správanie je podľa niektorých autorov globálny konštrukt a opisujeme ho ako súbor rozdielných navzájom súvisiacich dimenzií. Carlo a Randall (2002) uvádzajú, že existuje šesť typov prosociálnych tendencií, ktoré sa odlišujú z hľadiska motivácie:

- Altruistické prosociálne správanie je dobrovoľné pomáhanie, motivované výlučne záujmom o potreby a prospech inej osoby.
- Compliance alebo vyžiadané správanie je pomáhanie iným ľuďom, pričom motiváciou k pomáhaniu je slovná alebo akákoľvek iná žiadosť.
- Emocionálne prosociálne správanie je správanie, ktoré je orientované na pomáhanie iným ľuďom v emocionálne nabitých situáciách, pre ktoré je charakteristické, že dokážu vo väčšej miere aktivovať tendenciu ku správaniu a konaniu, ktoré by túto situáciu vyriešili.
- Verejné prosociálne správanie je správanie, ktoré prebieha na verejnosti a kde je aspoň čiastočne motivované prianím získať rešpekt a akceptáciu inej osoby.
- Ďalším druhom prosociálneho správania je anonymné prosociálne správanie, pre ktoré je charakteristické to, že človek, ktorý pomáha, nevie komu je pomáhané.
- Prosociálne správanie v emergentných alebo krízových situáciách je druh pomáhania, kedy je pomáhané ľuďom nachádzajúcim sa v krízových situáciách (Mlčák, Zášková, 2006).

Mnohé činnosti, ktoré človek vykonáva, zodpovedajú prosociálnemu správaniu ako pomáhanie, delenie sa o niečo, s niekým, darovanie, utešovanie, starostlivosť o iných či zodpovednosť za iných. Z hľadiska rozvíjania tohto druhu správania vychádzame z hodnoty ľudskej osobnosti, úcty k nej a k sebe samému. Tento proces predpokladá osvojenie si

postupov a spôsobilosti, ktoré majú prosociálny charakter ako komunikácie, asertivity, empatie a tvorivosti, pričom ide o poznanie základných noriem a morálky v danej spoločnosti (Valihorová, Paľová, 2013). Medziľudské vzťahy posilňované prosociálnym správaním a sebaopoznanie v medziľudských vzťahoch zahŕňa starostlivosť o dobré vzťahy, zadefinovanie pravidiel pre správanie sa, ktoré podporuje dobré vzťahy a bezpečnosť, kde sújedinci schopní prežívať s druhými situácie blízkosti, dôvery a zdieľania, empaticky a s rešpektom pozerat' na svet očami toho druhého. Vzájomne si dokázať pomôcť, podporiť sa a v skupinovej dynamike využiť každého jednotlivca ako jedinečnú bytosť so silnými stránkami osobnosti v sociálnej skupine, s prejavovaním rešpektu voči nemu (Hunyadiová, 2017).

Cieľ práce

Hlavným cieľom nášho výskumu bolo zistiť prosociálne tendencie u študentov vysokoškolského štúdia v študijnom odbore Sociálna práca. Ako čiastkové ciele sme si stanovili zistiť rozdiely v prosociálnych tendenciách u vysokoškolských študentov z pohľadu vybraných socio-demografických ukazovateľov a to konkrétne z pohľadu veku, pohlavia a zamestnania.

Metodika

Výskum sme realizovali dotazníkovou metódou. Administrovali sme dva samostatné dotazníky. V rámci prvého z nich sme sa zamerali na získanie základných socio-demografických charakteristík respondentov. Druhý dotazník bol zameraný na zistenie prosociálnych tendencií u vysokoškolákov. Predložený dotazník bol prevzatý od Babinčáka (2011), ktorý sledoval overenie psychometrických vlastností metodiky merania prosociálneho správania. Dotazník obsahoval 23 položiek a stupnica odpovedí k jednotlivým položkám Likertovského typu bola 5-stupňová (od „vôbec ma to nevystihuje“ až po „úplne ma to vystihuje“). Babinčák (2011) uvádza, že existuje šesť typov prosociálneho správania. Jednotlivé typy prosociálneho správania sú uvedené v časti úvod podľa Randalla a Carla (2002).

Súbor

Výskumný súbor tvorilo spolu 384 vysokoškolských študentov v študijnom odbore Sociálna práca. Išlo o študentov Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, detašovaných pracovísk v Michalovciach, Košiciach, Rožňave, Prešove a Bratislave. Vo výskumnom súbore boli zastúpení študenti v bakalárskom aj magisterskom stupni štúdia, v dennej aj externej forme štúdia. Až 73,4 % študentov je zamestnaných v odbore, ktorý študujú, zastúpení boli však aj študenti nezamestnaní a tí, ktorí sú zamestnaní v inom odbore, než ktorý študujú. Významne vyššie zastúpenie žien vo výskumnom súbore je vzhľadom na sledovaný odbor štúdia prirodzený, odráža do istej miery reálny pomer mužov a žien v tejto pomáhajúcej profesii. Študenti boli vo veku 18 až 53 rokov, s priemerným vekom 31,5 rokov (SD = 8,5). Podrobnú demografickú štruktúru výskumného súboru uvádzame v tabuľke 1.

Tabuľka 1 Socio-demografické charakteristiky výskumného výberu

		Počet	%
Spolu		384	100
Forma štúdia	Denná	56	14,6
	Externá	328	85,4
Stupeň štúdia	Bc.	207	53,9
	Mgr.	177	46,1
Pohlavie	Muži	104	27,1
	Ženy	280	72,9
Zamestnanie	nezamestnaní	130	33,9
	zamestnaní v odbore, ktorý študujú	60	15,6
	zamestnaní v inom v odbore ako študujú	194	50,5
		Priemer (SD)	Rozpätie
Vek		31,5 (8,5)	18 – 53

Výsledky

Získané údaje sme spracovali v štatistickom software SPSS. Pri štatistickom opise získaných dát sme uplatnili základnú štatistickú deskripciu a na overenie štatisticky signifikantných rozdielov skúmaných premenných v našom výskumnom súbore sme vzhľadom na nesymetrickosť distribúcie jednotlivých premenných v sledovaných výberoch použili neparametrické testy pre dva nezávislé výbery (Mann-Whitneyho U-test), respektíve pre tri nezávislé výbery (Kruskall-Wallisov test).

V tabuľke 2 sú uvedené priemerné hodnoty v jednotlivých typoch prosociálneho správania pre celú výskumnú vzorku (N = 384). Pre popis osobnostných faktorov sme sa rozhodli prostredníctvom priemerných hodnôt (M) a štandardnej odchýlky (SD). Z tabuľky 2 je vidieť, že pre študentov študijného odboru Sociálna práca sú v najväčšej miere charakteristické altruistické a vyžiadané prosociálne tendencie (M = 4,1). To znamená, že je pre ne charakteristické, že sú ochotní dobrovoľne pomôcť, pričom je pre ne dôležité blaho a potreby iných ľudí ako i spontánne pomôcť na základe slovnej či neslovnej požiadavky. Menej častejšie je pre študentov charakteristické, že majú tendenciu pomôcť v krízových situáciách (M = 3,4) a emocionálne prosociálne tendencie (M = 3,2). Tesne za nimi s priemernou hodnotou M = 3,1 nasledujú anonymné prosociálne tendencie a najmenej sú pre týchto študentov príznačné verejné prosociálne tendencie, čo je také správanie, kedy pomáhajúci pomôže v situácii, kde je prítomná minimálne jedna osoba, vzbudzujúca súhlas alebo pochvalu pomáhajúceho.

Tabuľka 2 Priemerné hodnoty v jednotlivých typoch prosociálneho správania (N = 384)

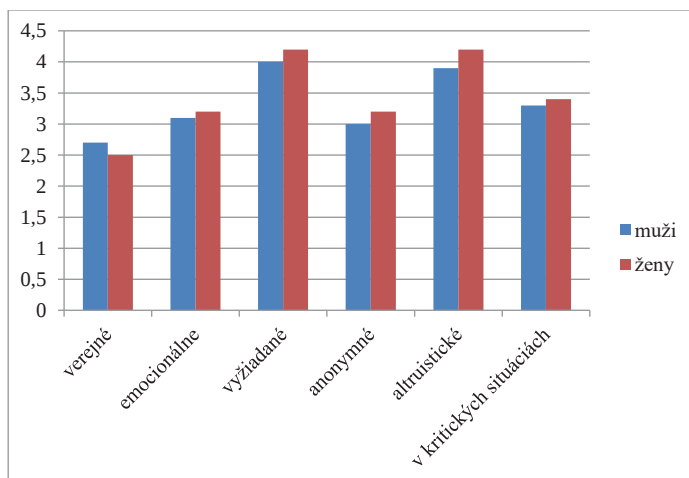
	M	SD
verejné prosociálne správanie	2,5	0,8
emocionálne prosociálne správanie	3,2	0,7
vyžiadané prosociálne správanie	4,1	0,7
anonymné prosociálne správanie	3,1	0,9
altruistické prosociálne správanie	4,1	0,8
prosociálne správanie v kritických situáciách	3,4	0,7

V tabuľke 3 sú zobrazené rozdiely v jednotlivých typoch prosociálnych tendencií podľa pohlavia respondentov, kde môžeme vidieť, že štatisticky signifikantný rozdiel medzi mužmi a ženami bol zaznamenaný v troch typoch prosociálnych tendencií. Pre mužov sú charakteristické verejné prosociálne tendencie, pretože v ňom dosiahli vyššie priemerné hodnoty v porovnaní so ženami ($U = 11829,0$; $p < 0,01$). Pre ženy sú skôr charakteristické prosociálne tendencie altruistické ($U = 11225,5$; $p < 0,001$) a vyžiadané ($U = 12026,0$; $p < 0,01$). Jednotlivé typy prosociálnych tendencií u mužov a žien sú prehľadne znázornené v grafe 1.

Tabuľka 3 Rozdiely v typoch prosociálnych tendencií podľa pohlavia študentov

	Muži (N = 104)		Ženy (N = 280)		U
	M	SD	M	SD	
verejné	2,7	0,7	2,5	0,8	11829,0**
emocionálne	3,1	0,6	3,2	0,7	12831,5
vyžiadané	4,0	0,7	4,2	0,8	12026,0**
anonymné	3,0	0,9	3,2	1,0	13223,0
altruistické	3,9	0,9	4,2	0,8	11225,5***
v kritických situáciách	3,3	0,7	3,4	0,8	13351,0

V tabuľke 4 sú zobrazené rozdiely v jednotlivých typoch prosociálnych tendencií u študentov rôznych vekových skupín, kde môžeme vidieť, že štatisticky signifikantné rozdiely boli zaznamenané v troch typoch prosociálnych tendencií a to konkrétne vo verejnom, anonymnom a altruistickom type. Najvyššie priemerné hodnoty dosiahli najstarší študenti v anonymnom type prosociálnych tendencií ($\chi^2 = 17,6$; $p < 0,001$) a altruistickom type prosociálnych tendencií ($\chi^2 = 8,2$; $p < 0,05$) čo znamená, že pre túto skupinu je charakteristické, že sú ochotní pomôcť nezištné bez nároku na odmenu, pričom je ich pomáhanie sprievádzané súcitom a často krát nevedia komu pomáhajú.



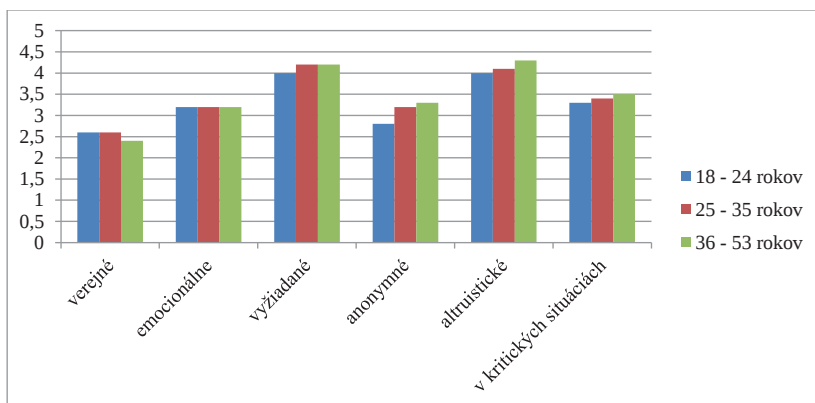
Graf 1 Typy prosociálnych tendencií u mužov a žien

Tabuľka 4 Rozdiely v typoch prosociálnych tendencií u študentov rôznych vekových skupín

	18 – 24 r. (N = 113)		25 – 35 r. (N = 142)		36 – 53 r. (N = 129)		χ^2
	M	SD	M	SD	M	SD	
verejné	2,6	0,8	2,6	0,7	2,4	0,8	7,8*
emocionálne	3,2	0,7	3,2	0,7	3,2	0,7	0,7
vyžiadané	4,0	0,8	4,2	0,7	4,2	0,8	5,2
anonymné	2,8	0,9	3,2	0,9	3,3	0,9	17,6***
altruistické	4,0	0,9	4,1	0,9	4,3	0,8	8,2*
v kritických situáciách	3,3	0,7	3,4	0,7	3,5	0,8	3,1

*sig. $p < 0,05$; ***sig. $p < 0,001$

V grafe 2 je znázornené porovnanie jednotlivých typov prosociálnych tendencií u študentov podľa jednotlivých vekových kategórií.



Graf 2 Porovnania typov prosociálnych tendencií u študentov podľa veku

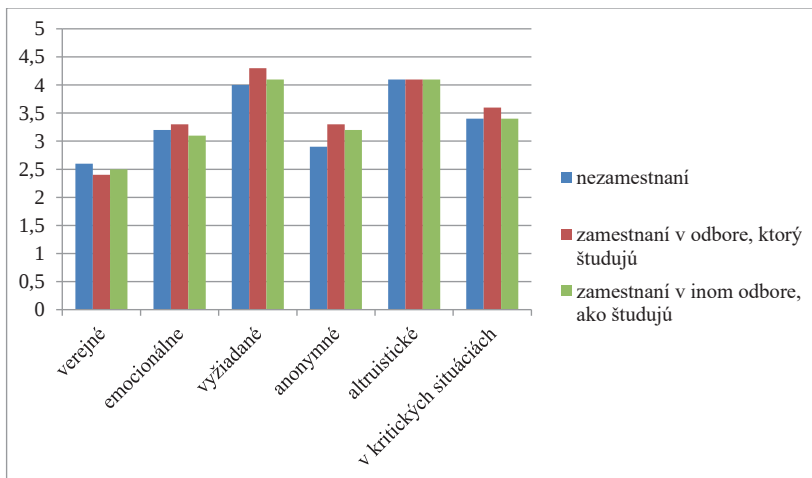
V tabuľke 5 sú znázornené rozdiely v jednotlivých typoch prosociálnych tendencií medzi študentmi podľa zamestnania, kde môžeme vidieť, že štatisticky významné rozdiely boli zaznamenané v troch typoch prosociálnych tendencií a to konkrétne vo verejnom, vyžiadanom a anonymnom type prosociálnych tendencií. Pre skupinu nezamestnaných študentov sú charakteristické verejné prosociálne tendencie ($\chi^2 = 6,5$; $p < 0,05$), čo znamená, že sú ochotní pomôcť, pokiaľ je to za prítomnosti iných osôb a dostanú zato minimálne pochvalu. Pre skupinu študentov, ktorí pracujú v oblasti sociálnej práce sú charakteristické vyžiadané prosociálne tendencie ($\chi^2 = 6,1$; $p < 0,05$) a anonymné prosociálne tendencie ($\chi^2 = 7,9$; $p < 0,05$). Títo študenti sú v pomáhaní buď v anonymite, alebo spontánne a ich pomáhanie je odpoveďou na verbálnu alebo neverbálnu požiadavku.

Tabuľka 5 Rozdiely v typoch prosociálnych tendencií medzi študentmi podľa zamestnania

	nezamestnaní (N = 130)		zamestnaní v odbore, ktorý študujú (N = 60)		zamestnaní v inom odbore, ako študujú (N = 194)		χ^2
	M	SD	M	SD	M	SD	
verejné	2,6	0,8	2,4	0,7	2,5	0,8	6,5*
emocionálne	3,2	0,7	3,3	0,7	3,1	0,7	3,5
vyžiadané	4,0	0,8	4,3	0,7	4,1	0,8	6,1*
anonymné	2,9	0,9	3,3	0,9	3,2	0,9	7,9*
altruistické	4,1	0,9	4,1	0,9	4,1	0,8	0,9
v kritických situáciách	3,4	0,7	3,6	0,8	3,4	0,7	3,0

*sig. $p < 0,05$

V grafe 3 sú schematicky znázornené jednotlivé typy prosociálnych tendencií v závislosti od zamestnania študentov.



Graf 3 Porovnanie jednotlivých typov prosociálnych tendencií u študentov podľa zamestnania

Skúmané jednotlivé typy prosociálneho správania boli štatisticky signifikantne rozdielne medzi skupinami respondentov vzhľadom na ich pohlavie, vek a zamestnanie.

Diskusia

Cieľom nášho výskumu bolo zistiť prosociálne tendencie u študentov študijného odboru Sociálna práca z pohľadu vybraných socio-demografických ukazovateľov a to veku, pohlavia a zamestnania. Zistili sme, že najčastejšie je pre študentov charakteristický vyžiadaný a altruistický typ prosociálnych tendencií ($M = 4,1$). To znamená, že študenti majú tendenciu pomáhať iným ľuďom dobrovoľne, pričom sú pri tom motivovaní záujmom o potreby či prospech iných osôb a takéto pomáhanie je sprevádzané súcitom, opierajúc sa o morálne normy. Takéto pomáhanie môže viesť aj k vlastným nákladom alebo stratám. Môže ísť aj o pomáhanie na základe verbálnej alebo neverbálnej požiadavky. Druhým v poradí s dosiahnutou priemernou hodnotou ($M = 3,4$) boli zaznamenané prosociálne tendencie v kritických situáciách. Ďalším typom prosociálnych tendencií v poradí s dosiahnutou najvyššou priemernou hodnotou ($M = 3,2$) boli emocionálne prosociálne tendencie, ktoré sú typické tým, že človek je motivovaný vo veľkej miere súcitom, empatiou a pomáhajúci sa orientuje vo väčšej miere na inú osobu ako na seba samého. Ďalej nasledujú anonymné prosociálne tendencie ($M = 3,1$) a s najnižšou priemernou hodnotou ($M = 2,5$) boli zaznamenané verejné prosociálne tendencie, ktoré signalizujú pomoc prebiehajúcu na verejnosti. Dosiahnuté výsledky v našom výskume poukazujú na fakt, že prosociálne správanie je širokou kategóriou správania a zahŕňa v sebe pomáhanie alebo plánovanie pomáhať iným a pohybuje sa na kontinuu od sebaobetujúcich altruistických činov po užitočné činy, ktoré sú motivované vlastným záujmom (Pipasová – Karolová, Babinčák, 2011). Naše výsledky sa zhodujú s tvrdením Carla a Randalla (2002), ktorí tvrdia, že vyžiadané alebo

kompliančné prosociálne správanie je v našej spoločnosti častejšie sa vyskytujúce ako pomáhanie spontánne. Na porovnanie môžeme použiť i výsledky výskumu Pipasovej – Karolovej a Babinčáka (2011), ktorí skúmali prosociálne tendencie u darcov a nedarcov krvi a zároveň si stanovili podmienku, že respondenti musia byť študentmi vysokej školy. Ich výskum bol orientovaný na zistenie kedy a za akých okolností je osoba náchylnejšia k prosociálnemu správaniu. Túto vzorku porovnávame i z dôvodu, že rovnako ako u darcov tak i u našich študentov sa predpokladá istá tendencia k prosociálnemu správaniu. Autori použili na získanie údajov totožný dotazník aký sme použili i my a zistili, že vyššie hodnoty boli dosiahnuté pri altruistickom a anonymnom prosociálnom správani a nižšie hodnoty pri verejnom prosociálnom správani. Tieto zistenia korešpondujú s našimi výsledkami nakoľko najvyššiu hodnotu v našej skúmanej vzorke dosiahli na rovnakej úrovni typ altruistického a vyžiadaného prosociálneho správania a anonymné prosociálne správanie s priemernou hodnotou ($M = 3,1$). Najnižšia priemerná hodnota bola dosiahnutá v rámci verejného prosociálneho správania, čo je v zhode s výskumom Pipasovej – Karolovej a Babinčáka (2011). Babinčák (2011) v tejto súvislosti uvádza, že medzi verejným a anonymným prosociálnym správaním existuje najtesnejšia súvislosť a jedna sa o vzťah protikladný, kedy zvyšujúce sa hodnoty verejného prosociálneho správania indikujú pokles u anonymného prosociálneho správania.

Ďalej sme zisťovali, či sa študenti štatisticky signifikantne líšia v prevládajúcom type prosociálnych tendencií vzhľadom na vybrané socio-demografické charakteristiky a to konkrétne pohlavie, vek a zamestnanie. Zistili sme, že štatisticky signifikantný rozdiel medzi mužmi a ženami bol zaznamenaný v troch typoch prosociálnych tendencií. Pre mužov sú charakteristické verejné prosociálne tendencie, pretože v nich dosiahli vyššie priemerné hodnoty v porovnaní so ženami a pre ženy je skôr charakteristický typ prosociálnych tendencií altruistických a vyžiadaných. Výsledky nášho výskumu potvrdzujú i viaceré štúdie ako napríklad autori Carlo a Randall (2002), Carlo et al. (2003) a Barry et al. (2008), ktorí tvrdia, že rod má vplyv na jednotlivé typy prosociálneho správania. Naše zistenia korešpondujú s tvrdením Haya (1994), ktorý uvádza, že prosociálne správanie je závislé od pohlavia a socializačných zážitkov. Autor predpokladá pozitívny vzťah u dievčat so zvýšenou hodnotou prosociálnej orientácie. Babinčák (2011) taktiež vo svojom výskume zaznamenal rozdiely v prospech žien u altruistického prosociálneho správania podobne ako i Barry et al. (2008). Carlo a Randall (2002) na svojej vzorke zistili, že vyššie skóre verejného prosociálneho správania dosahovali muži a ženy zase v emocionálnom prosociálnom správaní a v prosociálnom správaní v krízových situáciách, čo sa s našimi výsledkami zhoduje len s tým rozdielom, že v rámci emocionálneho prosociálneho správania a prosociálneho správania v krízových situáciách neboli zistené štatisticky signifikantné významné rozdiely, no aj v našej vzorke boli dosiahnuté vyššie priemerné hodnoty u žien. Súhlasíme s teóriou Babinčáka (2011), ktorý uvádza, že stereotyp ženy spočíva vo väčšej angažovanosti v sociálnych vzťahoch a v situáciách, ktoré evokujú emócie. Rodové rozdiely zistili i Pipasová – Karolová a Babinčák (2011) na úrovni štatistickej významnosti boli zaznamenané na subškále verejného prosociálneho správania v prospech vyšších hodnôt u mužov a na subškále altruistického prosociálneho správania v prospech vyšších hodnôt u žien, čo je taktiež v zhode s našimi zisteniami. Totožné výsledky dosiahli i Carlo a Randall (2002), ktorí zistili, že rozdiely v subškálach vyžiadaného a altruistického prosociálneho

správania s vyššími hodnotami u dievčat a vyššími hodnotami v prípade verejného prosociálneho správania u chlapcov.

Ďalej sme predpokladali, že existujú rozdiely v jednotlivých typoch prosociálnych tendencií u študentov rôznych vekových skupín. Zistili sme, že štatisticky signifikantné rozdiely boli zaznamenané v troch typoch prosociálnych tendencií a to konkrétne vo verejnom, anonymnom a altruistickom type prosociálnych tendencií. Autorka Nová (2016) popisuje altruistickú a egoistickú motiváciu k pomáhajúcim profesiám. Pre voľbu k pomáhajúcim profesiám je podľa nej potrebné aby sa prelínali obidva druhy motivácie. Táto motivácia je v pomáhajúcich profesiách často krát dopĺňaná i kresťanským altruizmom. Najvyššie priemerné hodnoty dosiahli najstarší študenti v anonymnom type prosociálnych tendencií a altruistickom type prosociálnych tendencií čo znamená, že pre túto skupinu je charakteristické, že sú ochotní pomôcť nezištne bez nároku na odmenu, pričom je ich pomáhanie sprevádzané súcitom a často krát človek, ktorý pomáha, nevie komu pomáha. Štatisticky signifikantná významnosť sa potvrdila aj v prípade verejného typu prosociálnych tendencií, kde dosiahli rovnakú priemernú hodnotu študenti najmladší a študenti zo skupiny strednej vekovej kategórie. Teda pre týchto študentov je charakteristické pomáhanie na verejnosti, kde je ich pomáhanie sledované minimálne jednou osobou. Babinčák (2011) tvrdí, že vzhľadom k veku existuje súvislosť s jednotlivými typmi prosociálneho správania a túto stabilitu zdôrazňuje tým, že respondenti sú dospelé osoby.

Ďalej sme zisťovali rozdiely v jednotlivých typoch prosociálnych tendencií medzi študentmi podľa zamestnania, kde sme zistili, že štatisticky signifikantné rozdiely boli zaznamenané v troch typoch prosociálnych tendencií a to konkrétne vo verejnom, vyžiadanom a anonymnom type prosociálnych tendencií. Pre skupinu nezamestnaných študentov sú charakteristické verejné prosociálne tendencie, čiže títo študenti sú ochotní pomôcť, pokiaľ je to za prítomnosti iných osôb a dostanú zato minimálne pochvalu. Pre skupinu študentov, ktorí pracujú v oblasti sociálnej práce sú charakteristické vyžiadané a anonymné prosociálne tendencie. Čo znamená, že pre nich je charakteristické to, že pomáhajú aj bez potreby obdivu, keďže ostávajú v anonymite alebo sú v pomáhaní spontánni a zároveň je ich pomáhanie odpoveďou na slovnú alebo inou formou podanú požiadavku. Pipasová – Karolová a Babinčák (2011) zistili, že signifikantný rozdiel bol v ich výskume zaznamenaný medzi študentmi humanitných a nehumanitných odborov len v subškále prosociálneho správania v kritických situáciách v prospech vyšších hodnôt u študentov humanitných odborov. Hunyadiová (2017) uvádza, že pomáhajúci profesionál sa riadi princípmi, ktoré si osvojil tak, že ich považuje za vlastné a hovorí o autonómnom charaktere, ak svoje správanie odvodzuje od vonkajšej autority, ide o charakter heteronómny.

Záver

Sociálna práca je práca, ktorá má širokú škálu pôsobenia, zameranú na viacero skupín klientov. Je to pomáhajúca profesia, ktorá je realizovaná kvalitne, ak sociálny pracovník disponuje odbornými teoretickými vedomosťami, zručnosťami a osobnostnými predpokladmi, ktoré ho predurčujú ako pomáhajúceho profesionála. Jednou zo základných vlastností sociálneho pracovníka je prosociálnosť, ktorú môžeme vzhľadom na úzky kontakt s ľuďmi považovať za žiaducu výbavu osobnosti sociálneho pracovníka. Morálny rozvoj sa zameriava na schopnosť riešenia problémov a rozhodovacie zručnosti pre nácvik spoločensky vhodného

správania v súlade s kladným postojom k riešeniu problémov v medziľudských vzťahoch a pri sebaregulácii vlastných hodnôt a postojov. Porovnávaním hodnotiť svoje správanie s prejavmi okolia a dať priestor pre prosociálne správanie a získavanie zručností v rozhodovaní v náročných situáciách všedného dňa v súlade s etikou (Hunyadiová, 2017). Prosociálnosť mu napomáha vykonávať svoju profesiu kvalitne. V našom výskume sme zistili, že budúci sociálni pracovníci majú tendencie sa správať prosociálne, čo je priaznivý výsledok aby profesia sociálnej práce bola vykonávaná kvalitne a vzťah medzi sociálnym pracovníkom a klientom bol sprevádzaný istou mierou nezištnej pomoci, ktorá vychádza z vnútra pomáhajúceho.

Zoznam použitej literatúry

- BABINČÁK, P. 2011. *Prosocial Tendencies Measure – Revised (PTM-R) - prvá skúsenosť s krátkou metodikou na meranie prosociálneho správania*. Sociálni procesy a osobnosť Človek na ceste životom: Križovatky a mosty Kroměříž 14. – 16. 9. 2011. Sborník příspěvků Conference Proceedings Psychologický ústav Filozofické fakulty Masarykovy univerzity, Brno 2011. Tribun EU, 2011. s. 7 – 12. ISBN 978-80-263-0029-8.
- BARRY, C. M. et al. 2008. The impact of maternal relationship quality on emerging adults prosocial tendencies: Indirect effects via regulation of prosocial values. *Journal of Youth and Adolescence*, 37, p. 581 – 591.
- BIERHOFF, H. W. 1996. *Prosocial behavior*. In Hewstone, M. Stroebe, W. Stephenson, G. H. Introduction in social psychology. 2nd edition. Oxford: Blackwell Publishers, 1996
- CARLO, G. - RANDALL, B. A. 2002. *The development of a measure of prosocial behaviors for late adolescents*. *Journal of Youth and Adolescence*, 2002, vol. 31, no 1, s. 31–44.
- HARDY, S. A. – KISLING, J. W. 2005. *Identity Statuses and Prosocial Behaviors in Young Adulthood* : Abrief Report. University of Nebraska – Lincoln Department Psychology.
- HUNYADIOVÁ, S. 2017. *Nenásilná komunikácia pomáhajúceho profesionála*. LIRA print, Užhorod, Ukrajina. 2017. 211 s. ISBN 978-617-596-246-6
- HUNYADIOVÁ, S. - BUJDOVÁ, N. 2017. *Supervision days in 2016*. LIRA - print, Užhorod, Ukrajina. 2017. 201 s. ISBN 978-617–596–255-8
- HARTL, P. - HARTLOVÁ, H. 2000. *Psychologický slovník*. Praha : Portál.
- KOPČÁKOVÁ, A. 2002. *Prosociálnosť v práci učiteľa*. In *Naša škola*, Roč. 5, 2001/2002, č. 6. s. 12-19. ISSN 1335-2733.
- LÍŠKOVÁ, E. – MATÚŠKOVÁ, R. 2012. *Výchova k prosociálnemu správaniu vo výchove mimo vyučovania*. Vydavateľ : Metodicko - pedagogické centrum v Bratislave. Bratislava 2012. 68 s. ISBN 978-80-8052-411-1. Dostupné na http://www.mpc.edu.sk/library/files/e_liskova_vychova_k_prosocalnemu_spravaniu_v_vychove_mimo_vyucovania.pdf. [cit. 12.9.201]
- MLČÁK, Z. - ZÁŠKODNÁ, H. 2006. *Analýza vzťahu medzi prosociálnymi tendenciami, empatií a pätifaktorovým modelom osobnosti u studentek pomáhajících odborů*. *Kontakt*, 2006, vol. 8, no 2, s. 316–328.
- NOVÁ, M. 2017. Aspekty pomáhání v dobrovolnictví – motivace dobrovolníků. In MLČÁK, Z. (Ed.). *Psychologické aspekty pomáhání 2016*. Recenzovaný sborník z mezinárodní konference. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity. s. 71–75. ISBN 978-80-7464 922-6

PIPASOVÁ – KARLOVÁ, V. – BABINČÁK, P. 2011. Tendencie k prosociálnemu správaniu u darcov krvi. Inštitút psychológie FF PU v Prešove. Dostupné na: www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Babincak1/subor/4.pdf [cit. 11.12.2016] s. 30

VALIHOVÁ, M. – PAŤOVÁ, M. 2013. *Prosociálnosť a morálne správanie žiakov*. In Dobro a zlo alebo o morálne II. Psychologické a filozofické aspekty o morálke. Zborník príspevkov zo sympózia. Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici. Pedagogická fakulta. Banská Bystrica. 2013. s. 15 – 34. ISBN 978-80-557-0539-2.

Kontakt na autorov:

RNDr. Mgr. Daniela Barkasi, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave - doktorand

email: daniela.barkasi@gmail.com

PhDr. Dita Leczová, PhD. MBA

Ambulancia klinickej psychológie, Pražská 2, Košice, Slovenská republika

email: d.leczova@gmail.com

MOTIVÁCIA DOBROVOENÍKOV V PALIATÍVNEJ A HOSPICOVEJ STAROSTLIVOSTI

Motivation of volunteers in paliaty and hospital protection

Barkasi D., Kovačová E.

Súhrn

Dobrovoľníci sú pre spoločnosť významným a nenahraditeľným prvkom. Vo svojom voľnom čase sa nezištne podieľajú na pomoci iným. Dôležitú rolu zohrávajú v zariadeniach paliatívnej a hospicovej starostlivosti, kde sa ako súčasť multidisciplinárneho tímu podieľajú na zmiernení utrpenia chorých, snažia sa o zlepšenie ich psychických, sociálnych podmienok aj celkovej kvality života týchto klientov v posledných dňoch života. V našom príspevku poukazujeme nato, čo týchto dobrovoľníkov v paliatívnej a hospicovej starostlivosti motivuje k vykonávaniu dobrovoľníckej činnosti.

KLúčové slová: Motivácia. Dobrovoľník. Paliatívna a hospicová starostlivosť.

Summary:

Volunteers are an important and irreplaceable element for society. In their free time, they are selfless to help others. They play an important role in palliative and hospice care facilities, where they are part of the multidisciplinary team to alleviate the suffering of the sick, trying to improve the psychological, social conditions and overall quality of life of these clients in recent days. In our contribution we point out what motivates volunteers in palliative and hospice care to carry out volunteering.

Key words: Motivation. Volunteer. Palliative and hospice care.

Úvod

Paliatívna a hospicová starostlivosť má v dnešnej dobe veľký význam a prínos pre klientov trpiacich nevyliciteľným ochorením, ale aj umierajúcich v posledných dňoch ich života a zároveň pre ich príbuzných. Smrť je súčasťou nášho života, no nie každý je pripravený prijať ju, prekonať strach, ktorý sa s ňou spája a zvládnuť nával emócií, ktoré prináša. V zariadeniach paliatívnej a hospicovej starostlivosti preto pracujú aj dobrovoľníci, ako súčasť multidisciplinárneho tímu, ktorí pomáhajú prekonať chorým, umierajúcim, ale aj ich rodinným príslušníkom toto ťažké obdobie ich života. Dobrovoľníctvo má v spoločnosti nenahraditeľný význam a samotní dobrovoľníci sú neodmysliteľnou súčasťou zariadení paliatívnej a hospicovej starostlivosti, kde nezištne venujú svoj voľný čas ťažko chorým a umierajúcim klientom a plnia úlohu toho, kto týmto klientom načúva, ponúkajú im ľudskú prítomnosť a držia ich za ruku. Poslaním dobrovoľníkov v zariadeniach paliatívnej a hospicovej starostlivosti je zmierniť utrpenie klientov a ak je to čo i len trochu možné, snažiť sa o zlepšenie ich psychických, sociálnych podmienok a teda aj celkovej kvality života týchto klientov v posledných dňoch života. Dobrovoľníctvo môže byť pre človeka možnosťou ako uniknúť z každodenného kolobehu života a zároveň vykonávať rôzne činnosti, ktoré sú zmysluplné a obohacujúce nielen pre samotného dobrovoľníka, ale predovšetkým pre ľudí,

ktorým sa dobrovoľníci venujú. Dobrovoľníctvo je založené na vnútornej motivácii a hodnotách ľudí, ktorí sa rozhodli venovať tejto užšachtilej činnosti. U dobrovoľníkov ide o altruistické motivačné faktory, no s odstupom času sa tieto faktory môžu začať meniť. Cieľom predloženého príspevku je poukázať na to, čo motivuje dobrovoľníkov k vykonávaniu dobrovoľníckej činnosti a poukázať na dôležitosť dobrovoľníkov v zariadeniach paliatívnej a hospicovej starostlivosti.

Dobrovoľníctvo

Dobrovoľnícke aktivity dosiahli rozmach až po roku 1989, kedy sa znovu začali presadzovať dobrovoľnícke princípy. V tomto období začali vznikať rôzne mimovládne organizácie, ktoré potrebovali pre svoju činnosť práve spoluprácu dobrovoľníkov. Činnosť dobrovoľníkov bola zameraná na mládežnícke, detské, športové, kultúrne, vzdelávacie a sociálne aktivity, ktoré sú spojené s drogami, s ľuďmi bez domova, domácim násilím, seniormi, azyľantmi. Na Slovensku dobrovoľnícke hnutie veľmi pokročilo, ale v porovnaní s inými krajinami je ešte stále na nižšej úrovni, ako by sme chceli, nakoľko dobrovoľník v našej spoločnosti nemá taký status, ako v krajinách rozvinutej demokracie (Mydlíková, 2003). Prevláda názor, že dobrovoľníci by neboli potrební, keby si štát plnil svoje povinnosti (Bútorová, Bútor, 1996). Slovenská verejnosť sa snaží zvyšovať status dobrovoľníka, existuje mnoho aktivít na verejné uznanie dobrovoľníctva, napríklad: Slovenský červený kríž udeľuje cenu Darcovstvo krvi, ocenenie Dobrovoľná opatrovateľka, ocenenie Dobrej noviny prezidentom Slovenskej republiky a rad ďalších ocenení (Gregorová a kol., 2009). Na Slovensku majú dobrovoľnícke aktivity široké možnosti a sú veľmi vítané v sociálnej oblasti. Mydlíková (2010) uvádza, že dobrovoľníctvo sa nerodí z krízy ekonomiky štátu, alebo z krízy sociálnych služieb, ale je výrazom demokracie a vôle zúčastňovať sa na sociálnom živote, je stálou požiadavkou solidarity. Najčastejšia angažovanosť dobrovoľníckej práce je v neziskovej sfére, kde hlavným cieľom nie je zisk, ale naplnenie cieľov a poslanie organizácie. Dobrovoľnícka služba je profesionálne organizovaná a dobrovoľník musí byť na ňu pripravený (Tošner, Sozanská, 2006). „*V súvislosti s vymedzením dobrovoľníctva a dobrovoľníckej činnosti je potrebné konštatovať, že teórie vysvetľujúce fenomén dobrovoľníctva vychádzajú z rôznych koncepcií od psychologických, sociologických ale aj sociálnych. Dôraz sa kladie na pochopenie motívov konania a správania ľudí, ktorí sa chcú stať dobrovoľníkmi, ako aj na racionalizáciu uvedeného počínania*“ (Bujdová, Bujda, Mánya, 2014, s. 55).

Dobrovoľníci si uvedomujú, že sa majú správať prosociálne, dovoľujú iným ľuďom, aby ich využívali vo svoj prospech, teda používajú seba ako prostriedok, aby pomáhali iným. Dobrovoľníci nie sú naivní, sú asertívni, iniciatívni a tvoriví, ale hlavne sú zasadení za prosociálne ciele (Urbaníková, 2002). Môžeme povedať, že dobrovoľníctvo predstavuje fenomén, ktorý prekračuje hranice štátov, náboženstiev a sociálnych skupín, dokazuje možnosť spolužitia založenom na vzájomnej pomoci a solidarite. Dobrovoľníctvo je bezprostredným prejavom občianskej vyspelosti a pomáha práve tým, ktorí pomoc potrebujú. Dobrovoľníkom súčasne prináša pocit naplnenia – pochopenia a je prameňom nových zručností a skúseností, ktoré zveľaďujú vzťahy medzi ľuďmi (Tošner, Sozanská, 2006).

Pocit naplnenia uvádza Hunyadiová (2017), závisí od miery jedinca, ako má pozitívny vzťah k sebe, váži si a akceptuje samého seba. Sebahodnotenie je vyššia forma sebahodnoty,

ktorá sa vyvíja v závislosti od nášho sebaobrazu a sebaistoty a odzrkadľuje sa na našom sebavedomí. Charakterizuje aj mieru závislosti na pomáhaní a vlastného uspokojenia z dobrovoľníckej aktivity.

Dobrovoľník v paliatívnej a hospicovej starostlivosti

„Alturizmus a dobročinnosť sprevádzajú ľudstvo od nepamäti. Otázka pomoci človeka človeku je obsiahnutá v etických a filozofických teóriách. Je potrebné povedať, že v živote sa často riadime rôznymi princípmi a teóriami, o ktorých v podstate nič nevieme, iba intuitívne tušíme, že robíme správnu vec“ (Bujdová, Bujda, Mánya, 2014, s. 61).

Dobrovoľníkom je človek, ktorý si dostatočne verí, že môže prispieť k vyriešeniu problémov a je schopný a ochotný využívať svoj voľný čas na naplnenie tohto cieľa (Schavel, 2010). Dobrovoľníkom sa môže stať iba človek zrelý, zodpovedný, duševne zdravý, ktorý vedome pracuje v prospech iných ľudí (Ochmanová, Jordan, 1997). Niektorí ľudia majú na dobrovoľníkov skreslený názor, že sú to ľudia, ktorí dovoľujú, aby ich iní ľudia využívali vo svoj prospech, opak je však pravdou, oni používajú seba ako prostriedok, aby pomohli iným. O dobrovoľníctvo majú väčší záujem ženy ako muži, prirodzeným dôvodom to môže byť preto, lebo ženy viac inklinujú k tomuto typu práce. Veľa dobrovoľníkov je zamestnaných a dobrovoľnícku činnosť vykonávajú vo svojom voľnom čase. Vo zvýšenej miere sú to ľudia strednej generácie a mladí ľudia, podiel dobrovoľníckych aktivít je vyšší u vysokoškolsky vzdelaných ľudí, potom so stredoškolským vzdelaním a najmenší je u ľudí so základným vzdelaním. Dobrovoľníkom sa môže stať fyzická osoba staršia ako 18 rokov, ktorá uzavrela zmluvu o dobrovoľníckej činnosti. Právne postavenie a vzťahy dobrovoľníkov pri vykonávaní dobrovoľníckej činnosti u nás upravuje zákon č. 406/2011 Z. z. o dobrovoľníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktorý v §3 odsek 3 uvádza, že *„dobrovoľník, ktorý nedovršil vek 18 rokov, môže dobrovoľnícku činnosť vykonávať len so súhlasom svojho zákonného zástupcu a len pod dohľadom zodpovednej plnoletej fyzickej osoby.“* Účasť človeka v dobrovoľníckom programe nie je podmienená odbornou zdatnosťou v danom odbore, ale jeho ľudským prístupom. Dobrovoľníci v paliatívnej a hospicovej starostlivosti tvoria neoddeliteľnú súčasť multidisciplinárneho hospicového tímu. Tento tím je zložený nielen z lekárov, sestier, ošetrojúceho personálu, ale aj z psychológov, duchovných a dobrovoľníkov. Dobrovoľníci v hospicioch nenahrádzajú odbornú zdravotnícku a ošetrovateľskú starostlivosť o zomierajúcich, ale trávia čas s klientmi ako ich spoločníci. Dobrovoľníkmi v hospicovom hnutí často bývajú klientovi známi, príbuzní, priatelia, zamestnanci farností – kňazi, rehoľné sestry a podobne (Svatošová, 2001). Snažia sa spríjemniť klientom ich posledné dni života, aby sa necítili osamotení, rozprávajú sa s nimi, sprevádzajú ich na prechádzkach, predčítajú im, robia pre nich nákupy, doprevádzajú klientov na vyšetrenia, pomáhajú pri hospicových akciách, ako sú dni otvorených dverí. Pre dobrovoľníkov je v súčasnosti potrebné poznať základné filozofické poznatky, ktoré umožňujú spoznať jednotlivé náboženstvá v kontexte zomierania. Nová (2017a) popisujeme postoj týchto náboženských tradícií k otázkam o konci života.

Dobrovoľníci umierajúceho sprevádzajú, trávajú s ním svoj voľný čas, sú citliví a vnímaví na potreby chorého, podľa nášho názoru je sprevádzanie hlavnou rolou dobrovoľníka v hospicovej starostlivosti. Sprevádzanie je vlastne spolupráca dobrovoľníka s klientom pri zvládaní náročnej životnej situácie, poskytnutím opory. Dobrovoľník v hospici na základe

svojich vedomostí, skúseností a schopností, môže poskytnúť klientom v terminálnom štádiu silu a odvahu, rozptýliť ich, rozprávať sa s nimi. Klient vo svojej odkázanosti pre svoju chorobu môže mať pocit strachu zo samoty a potrebuje sa podeliť, vyrozprávať zo svojich obáv a ťažkostí. Niekedy ich stačí len mlčky držať za ruku, aby mali pocit, že v týchto ťažkých chvíľach nie sú sami.

Špecializáciou dobrovoľníka je predovšetkým ľudský a láskavý kontakt s klientom. Hlavný prínos dobrovoľníkov v hospici je, že majú dostatok času venovať sa zomierajúcim klientom, u osamelých ľudí nahrádzajú prítomnosť členov rodiny. Dobrovoľníci často pomáhajú aj príbuzným zomierajúceho prekonať ťažké obdobie, ktorým prechádzajú. Veľmi dôležitá je tímová práca dobrovoľníkov a zamestnancov, ktorú zabezpečujú koordinátori, alebo manažér. Koordinátor pracuje nielen priamo s dobrovoľníkmi, riadi ich činnosť, ale aj s personálom, za účelom podpory a pochopenia role dobrovoľníka v organizácii.

Ako uvádzajú Tošner a Sozanská (2006), dobrovoľníci v paliatívnej a hospicovej starostlivosti majú nielen povinnosti, ale aj práva a pravidlá:

- dobrovoľník má právo dostať informácie o poslaní a činnosti organizácie,
- dobrovoľník sa musí stotožniť s poslaním organizácie, v ktorej vykonáva svoju činnosť,
- má právo si vybrať činnosť, ktorá splní jeho očakávania,
- dobrovoľník musí byť vyškolený,
- dobrovoľník má právo povedať nie, pokiaľ činnosť nevyhovuje jeho záujmom a schopnostiam,
- musí poznať svoje limity, zdravotné, alebo časové,
- dobrovoľník nenahrádza prácu odborného personálu,
- nevykonáva žiadne zdravotnícke úkony,
- rešpektuje odporúčenia zdravotníckeho personálu,
- vždy rešpektuje súkromie klienta,
- zachováva mlčanlivosť,
- v hospici nosí vždy vizitku dobrovoľníka, pre lepšiu komunikáciu,
- má právo na morálne ohodnotenie svojej práce.

Dobrovoľníci sú v hospicioch vnímaní ako cenný zdroj pomoci, ktorý dopĺňa a skvalitňuje poskytované služby klientom hospicu. Hospicoví dobrovoľníci by mali byť silné osobnosti, pretože pri svojej činnosti sa stretávajú s prítomnosťou choroby, bolesti a smrti. Podľa koncepcie zdravotnej starostlivosti sú dobrovoľníci školenou skupinou, ktorí sú ochotní tráviť svoj voľný čas nezištnou pomocou druhým.

V paliatívnej a hospicovej starostlivosti je dobrovoľníctvo špecifickou činnosťou, preto sa každý dobrovoľník musí zúčastniť špeciálneho školenia a prejsť psychologickým pohovorom. Ako uvádzajú Tošner a Sozanská (2006), k práci dobrovoľníka je potrebná:

- motivácia k dobrovoľnej činnosti,
- schopnosť empatie,
- tolerancia,
- komunikačné schopnosti – schopnosť tímovej práce,
- sebazvedľávanie,
- pružnosť v krízových situáciách.

Dobrovoľníci v hospicovej a paliatívnej starostlivosti môžu zvládať túto činnosť vtedy, keď majú otázku smrti a umierania zodpovedanú, neboja sa o nej hovoriť, berú túto tému realisticky. Ako uvádza Svatošová (2001), existujú dve prioritné zásady dobrovoľníctva a to: dobrovoľníci nesmú byť vyťažení a klient spolu s rodinou a spolupracovníci sa môžu na dobrovoľníka stopercentne spoľahnúť.

Motívy dobrovoľníkov a altruizmus

Výraz motív pochádza z latinského slova *motos*, čo znamená pohyb, môžeme ho teda všeobecne charakterizovať ako nejaký faktor, ktorý uvádza do pohybu. Motívy definujeme ako „*hnacie sily, hybný základ nášho konania*.“ Je dôležité zdôrazniť, že ak sú antagonistické motívy, znižuje to celkovú motiváciu (Fuchsová, Kravčáková, 2004). Okrem hlavného motívu existujú spolumotívy a vedľajšie motívy. V motivácii sú deklarované tri základné motivácie k dobrovoľníctvu, ktoré sa navzájom prelínajú, ale jedna z nich má dominantné postavenie, ako uvádzajú autori Tošner, Sozanská (2006):

- konvenčná motivácia sa opiera o princípy kresťanskej morálky a predstavy o správnom spôsobe života. Tu môžeme zaradiť dobrovoľníkov z radov veriacich a starších ľudí, ktorí sa stali dobrovoľníkmi, lebo ich k tomu viedli morálne hodnoty,
- recipročná motivácia, tá sa orientuje na konkrétne na dobrovoľníka – nositeľa a na to, aby vo svojej činnosti hľadal prvky užitočné nielen pre organizáciu, ale aj pre seba. Tento typ motivácie prevláda väčšinou u mladšej generácie,
- nerozvinutá motivácia, zameriava sa na presvedčenie o zmysluplnosti konkrétnej práce, šírenie dobrej myšlienky, dôveru v organizáciu. Tento typ prevláda viac u vysokoškolskej a stredoškolskej mládeže.

Najlepšie sa cítia dobrovoľníci v takom prostredí, ktoré podporuje rast ich sebaúcty, keď cítia, že niekam patria, sú súčasťou skupiny, s ktorou sa stotožňujú (McCurley, Lynch, 2010). Motivácia dobrovoľníkov je špecifickou témou, kde treba vziať do úvahy množstvo premenných. Hlavným dôvodom práce zamestnaných ľudí je finančná odmena a sebarealizácia v danom odbore. V prípade dobrovoľníkov sa to nedá povedať hlavne v zmysle finančnej odmeny, pretože dobrovoľníci vykonávajú svoju činnosť popri zamestnaní, vo svojom voľnom čase a bez nároku na odmenu. Ich motivačné faktory sa v mnohom líšia od zamestnaných ľudí a sú oveľa silnejšie.

Motivácia dobrovoľníkov vychádza z vnútorného pocitu robiť niečo zmysluplné pre zlepšenie spoločnosti, čo je samo o sebe silným motivátorom. Ľudia majú k dobrovoľníctvu rôzne dôvody a motívy, motivácia môže byť altruistická, nezištne pomáhať, konať dobro, alebo pragmatická, ktorá je založená na praktických dôvodoch. Ak hovoríme o pragmatickej motivácii, môžeme povedať, že ide o prospech pre iných ako aj samotného dobrovoľníka (Tošner, Sozanská, 2006).

Motivácia dobrovoľníctva zároveň posilňuje jedinca na zdolávaní ťažkých vecí v živote, prekonávaní vlastných limitov a povzbudzovaní schopnosti a zručnosti narastajúcich aj po malých úspechoch. (Hunyadiová, 2016).

Altruizmus (v latinčine znamená *alter* – druhý, *altrui* – druhému) je moderné označenie pre postoje a jednanie, ktoré sleduje prospech druhého človeka. Protikladom altruizmu je egoizmus. Podľa Nakonečného (2009), niektorí myslitelia začali uvažovať o „čistom altruizme“, kedy postoje človeka, alebo jeho jednanie sledujú jediný cieľ, výlučne prospech

iného človeka, aj za podmienok osobnej straty. Ridley (2000) tvrdí, že ak je správanie ovplyvňované napríklad súcitom alebo láskou, nejde o čistý altruizmus. Vzhľadom k spoločenskej povahe človeka sa také jednanie človeka môže vyskytovať len výnimočne. Altruizmus úzko súvisí s prosociálnym správaním, je v podstate jeho formou, avšak toto správanie je konané nezištne, bez očakávania zisku. Skutky tohto prosociálneho správania sú väčšinou vykonávané uvedomelo, s emocionálnou – citovou a racionálnou pohnútkou. K prosociálnemu správaniu vedú situácie, ktoré sa odohrávajú v rôznych podmienkach a okolnostiach, ktoré vplyvajú na motiváciu jednotlivcov k prosociálnemu správaniu. Existujú situácie, keď sa o poskytnutí pomoci zvažuje aj osobná zodpovednosť, ktorú jednotlivec má v danej situácii za poskytnutú, či neposkytnutú pomoc. Ľudia sa správajú prosociálne, keď si myslia, že ide o dobrú vec. Morálna povinnosť pomôcť môže byť niekedy brzdená strachom z nevhodného zásahu. Tento jav sa označuje ako strach zo sociálneho omylu (Hanobik, 2012).

Altruizmus je konkrétne charakterizovaný zdôrazňovaním potrieb ostatných, zvažovaním pomoci príjmom a hľadaním riešenia ich problémov. Altruizmus môžeme chápať aj ako vlastnosť, ktorá je charakteristická nesebeckosťou až obetavosťou voči ostatným ľuďom.

Cieľom altruistického správania je dosiahnuť blaho druhých osôb, ale k dosiahnutiu tohto cieľa je nutné splniť určité podmienky:

- osoba musí vnímať situáciu, v ktorej sa iný človek nachádza, ako negatívnu,
- osoba musí vnímať druhého človeka ako osobu, ktorá potrebuje pomoc,
- poskytnutie pomoci druhému sa musí stať pre osobu hlavným cieľom, nie prostriedkom k dosiahnutiu nejakého iného cieľa.

Štúdie zamerané na altruistické správanie skúmajú súvislosti medzi hodnotami, dispozičnými osobnostnými charakteristikami a altruizmom. Vedci z odboru behaviorálnej ekológie rozlišujú altruizmus na príbuzenský a recipročný, pričom príbuzenský altruizmus reprezentuje chovanie v prospech blaha geneticky príbuzných jedincov. Príkladom je rodičovský altruizmus. V prípade recipročného altruizmu ide o chovanie, ktoré vychádza z predpokladu, že príjemca pomoci sa v budúcnosti zachová voči poskytovateľovi pomoci podobným spôsobom. Ohľad na prospech druhého patrí k spoločenskej povahe človeka a ľudská socialita, schopnosť spolupráce a solidarity, je základom jeho evolučného úspechu. Nová (2017b) popisuje altruistickú a egoistickú motiváciu k pomáhajúcim profesiám. Autorka uvádza, že pre voľbu k pomáhajúcim profesiám je potrebné, aby sa prelínali obidva druhy motivácie. Táto motivácia je v pomáhajúcich profesiách často krát dopĺňaná i kresťanským altruizmom.

Dobrovoľníci sú motivovaní rôznymi potrebami, ktoré sa môžu zároveň meniť (Mráčková, 2009). Ľudské potreby sa vyvíjajú a pozmeňujú sa v odlišných obdobiach života človeka a v odlišných situáciách majú samostatný zmysel. Môžu sa odlišovať ich nutnosťou a silou a to nielen z hľadiska jedinca, ale aj súčasného prvenstva ktorejkoľvek z potrieb. Aby bola motivácia dobrovoľníkov úspešná, je nutné poznanie ich potrieb. Keď vieme s akými typmi dobrovoľníkov pracujeme a aké sú ich motivačné potreby, môžeme jednotlivcovi umožniť naplnenie jeho potrieb tak, že pre neho je to uspokojujúce a pre organizáciu prospešné, produktívne. Nutné je teda poznanie potrieb dobrovoľníkov, pre ich úspešné motivovanie. Podľa McCulreya a Lyncha (In Mráčková, 2009) pre človeka, ktorý je dobrovoľníkom, je tým najlepším prostredím také, ktoré zvyšuje jeho úctu k sebe samému. U ľudí, u ktorých je

táto úcta k sebe samému vysoká, je napĺňaná naraz potreba moci, spolupatričnosti a zároveň jedinečnosti. Tieto tri motivačné potreby môžeme vysvetliť nasledovne:

- spolupatričnosť – znamená, že sa ľudia cítia s niečím spojení, že niekam patria, sú súčasťou skupiny, organizácie, s ktorou sa stotožňujú,
- jedinečnosť – je pocit, že je človek originálny, unikátny a na svete nikto nie je ako on. Cíti vlastnú originalitu a kombináciu jedinečných ľudských vlastností a charakteristík,
- moc – v pozitívnom zmysle znamená pocit efektivity, pocit, že dobrovoľník môže uskutočniť zmenu k lepšiemu.

Potreby nachádzajúce sa v hierarchii potrieb najvyššie, vyjadrujú sebarozvíjajúce tendencie osobnosti, vývoj vlastných schopností, kompetencií, úsilia a získanie sebaúcty zmysluplnou činnosťou, zastávaním hodnotových funkcií a vyjadrením takých rolí, ktoré prinášajú radosť aj iným.

Záver

Príspevok poukazuje na nenahraditeľný význam dobrovoľníctva v zariadeniach paliatívnej a hospicovej starostlivosti a na to, čo dobrovoľníkov motivuje k vykonávaniu dobrovoľníckej činnosti v týchto formách starostlivosti. Práca v týchto typoch zariadení, kde sa každodenne prichádza do kontaktu s nevyliciteľne chorými a umierajúcimi klientmi, je psychicky veľmi náročná a teda zdravotníci, sociálni pracovníci, ale aj dobrovoľníci musia byť na túto prácu náležite pripravení a musia byť so smrťou zmierení. Dobrovoľníkov táto dobrovoľnícka činnosť napĺňa, no v niektorých prípadoch sa nadšenie z tejto aktivity vytratí. Môže ísť o pocit bezradnosti, ktorý dobrovoľníkov niekedy pohltí v dôsledku toho, že nemajú moc zmeniť, respektíve zlepšiť stav, v ktorom sa klient trpiaci nevyliciteľným ochorením, alebo umierajúci klient nachádza. No vo väčšine prípadov ide len o samotnú zmenu ich motivácie, ktorá sa s odstupom času mení u niektorých dobrovoľníkov. Dobrovoľníkov motivuje predovšetkým presvedčenie o tom, že pomoc druhým ľuďom je samozrejماً a nevyhnutná, no u jednotlivých dobrovoľníkov sa môžu ich motívy z časti líšiť.

Je dôležité, aby ľudia pochopili, ako nesmierne významná a užitočná je práca tých, ktorí sa rozhodli venovať svoj čas, svoje vedomosti a zručnosti dobrovoľníckej činnosti a pomáhať tak ľuďom, ktorí ich potrebujú. Ak ľudia budú mať prehľad o tom, čo týchto ľudí motivuje k vykonávaniu tejto zásluhnej činnosti a pochopia, ako veľmi je táto práca dobrovoľníkov obohacujúca, možno sa aj oni jedného dňa pripoja k týmto výnimočným ľuďom – dobrovoľníkom.

Zoznam použitej literatúry

- BUJDOVÁ, N., BUJDA, S., MÁNYA, Z. 2014. Dobrovoľníctvo v hospicovej starostlivosti. In Postavenie hospicov v legislatíve Slovenskej republiky. /CD – ROM/ Vydavateľstvo: VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava, 2014. s. 52 – 63. ISBN 978-80-8132-121-4.
- BÚTOROVÁ, Z. – BÚTORA, M. 1996. *Mimovládne organizácie a dobrovoľníctvo na Slovensku očami verejnej mienky*. Bratislava: Centrum pre analýzu sociálnej politiky, 1996. 56 s. ISBN 80-967403-3-4.
- FUCHSOVÁ, K., KRAVČÁKOVÁ, G. 2004. *Manažment pracovnej motivácie*. 1. Vyd. Bratislava: IRIS, 2004. 170 s. ISBN 80-89018-66-1.
- GREGOROVÁ, A. a kol. 2006. *Analýza dobrovoľníctva na Slovensku*. 1. Vyd. Banská

- Bystrica: Pedagogická fakulta Mateja Bela v Banskej Bystrici, OZP Pedagóg, PDCS. O. z. Panet, 2006. 113 s. ISBN 978-80-8083-844-7.
- HANOBÍK, F. 2012. *Človek a etické princípy*. In: Sociálny rozmer človeka v súčasnom svete: Recenzovaný zborník vedeckých prác pedagógov Detašovaného pracoviska Kráľovnej pokoja z Medžugorja. Bardejov: Vyd. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, 2012. ISBN 978-80-8132-037-8. 110-132 s.
- HUNYADIOVÁ, S. - BUJDOVÁ, N. 2016. *Kolokvium kazuistik 2016*. VŠZaSP sv. Alžbety, o.o. Bratislava, DP Z.G. Mallu Košice. LIRA - print, Užhorod, Ukrajina. 192 s. ISBN 978-80-971913-2-0
- HUNYADIOVÁ, S. 2017. *Nenásilná komunikácia pomáhajúceho profesionála*. LIRA – print, Užhorod, Ukrajina. 2017. 211 s. ISBN 978-617-596-246-6
- MCCURLEY, S. – LYNCH, R. 2000. *Manažment dobrovoľníkov: Ako zmobilizovať všetky zdroje komunity*. Bratislava: SAIA, 2000. 120 s. ISBN 80-88928-42-7.
- MRÁČKOVÁ, A. 2009. *Manažment dobrovoľníkov*. 1. Vyd. Bratislava: Liga pre duševné zdravie, 2009. 41 s. ISBN 978-80-970123-3-5.
- MYDLÍKOVÁ, E. 2003. *Dobrovoľníctvo a slovenská súčasnosť*. In: Dobrovoľníctvo v meste Banská Bystrica. Zborník z odborného semináru z 18. 10. 2002 Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, 2003. 64 – 700 s. ISBN 80-8055-750-0.
- MYDLÍKOVÁ, E. 2010. *Sociálna práca v neziskovom sektore*. 1. Vyd. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2010. 164 s. ISBN 978-80-223-2745-9.
- NAKONEČNÝ, M. 2009. *Sociálni psychologie: Rozšírené a prepracované vydání*. Praha: Academia, 2009. 498 s. ISBN 978-80-200-1679-9.
- NOVÁ, M. 2017a. Umirání ve světových náboženstvích. In Husár, J. – Machalová, M. Hangoni, T, Kuzyšan, B. Nová sociálna edukácia človeka VI. Recenzovaný zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2017. s. 188 – 193. 978-80-555-1905-0
- NOVÁ, M. 2017b. Aspekty pomáhání v dobrovolnictví – motivace dobrovolníků. In MLČÁK, Z. (Ed.). *Psychologické aspekty pomáhání 2016*. Recenzovaný sborník z mezinárodní konference. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity. s. 71–75. ISBN 978-80-7464-922-6.
- OCHMANOVÁ, M. – JORDAN, P. 1997. *Dobrovoľníci – cenní zdroj pomoci*. 1. Vyd. Baltimore: The Johns Hopkins University Institute for Policy Studies, 1997. 32 s. ISBN 7 886333-29-7.
- RIDLEY, M. 2000. *Původ cnosti. O evolučních základech nesobeckého jednání člověka*. Praha: Portál, 2000. 296 s. ISBN 80-717-8351-X.
- SCHAVEL, M. 2010. *Sociálna prevencia*. 3. Vyd. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2010. 266 s. ISBN 978-80-89271-22-1.
- SVATOŠOVÁ, M. 2001. *Hospic. Umenie sprevádzať*. 1. vyd. Bratislava : Lúč, 2001. 160 s. ISBN 80-7114-335-9.
- TOŠNER, J., SOZANSKÁ, O. 2006. *Dobrovoľníci a metodika práce s nimi v organizáciach*. 2. Vyd. Praha: Portál, 2006. 152 s.: il. ISBN 80-7367-178-6.
- URBANÍKOVÁ, J. 2002. *Dimenzie dobrovoľníka. Cesta k sebe a iným*. Bratislava: ERKO, 2002. 62 s. ISBN 80-88710-47-2.
- Zákon č. 406/2011 Z. z. o dobrovoľníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Kontakt na autorov:

RNDr. Mgr. Daniela Barkasi, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave - doktorand

email: daniela.barkasi@gmail.com

Mgr. Eva Kovačová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

email: pas.eva.kovacova@gmail.com

VIERA AKO FORMA POMOCI – DUCHOVNÉ PORADENSTVO

Faith in God as a form of assistance – Spiritual counseling

Barkasi R., Pilko J.

Abstrakt

Príspevok je venovaný viere, ktorá je v živote človeka tým najhlavnejším nástrojom pri riešení rozličných krízových situácií a ťažkostí. Mnoho krát vieru dávame do kontextu jednej z foriem pomoci človeku. Zároveň ju dávame za nosný pilier, základ, od ktorého sa odráža duchovné poradenstvo. Prostredníctvom duchovného poradenstva človeka posúvame do bezprostredného vzťahu s Bohom, pomáhame človeku ukázať samotný vzťah k sebe, ako aj k druhým.

Kľúčové slová: Viera. Duchovnosť. Poradenstvo.

Abstract

The contribution is dedicated to the belief that is the most important tool in solving various crisis situations and difficulties in the life of man. Many times we turn faith into the context of one of the forms of human assistance. At the same time, we put it as a supporting pillar, the basis of which reflects spiritual counseling. Through the spiritual counseling of man, we are moving into a direct relationship with God, helping one to show the relationship to himself as well as to others.

Key words: Faith. Spirituality. Guidance.

Úvod

Často sme svedkami rôznych problémov ľudí v spoločnosti, ktoré vidíme už len v ich konečnom dôsledku zlyhania človeka ako jednotlivca. Bez ohľadu na konkrétny problém však zabúdame na fakt, že tieto problémy nemusia súvisieť len s našou fyzickou podstatou, ale môžu prameniť z nášho vnútra ako niečo nehmatateľné a zmyslami nevnímané. Potom ani podstata a riešenie týchto problémov nespočíva len vo fyzickom a hmatateľnom, materiálnom spektre. V podstate aj človek, ktorý je bezdomovcom a nemá materiálne prostriedky na zabezpečenie svojho bývania, je tiež len človekom, ktorý má okrem materiálnych aj svoje duchovné potreby, pretože tie sú kľúčom k zmysluplnosti každého života.

Duchovnosť v kontexte viery v Boha

Duchovnosť je v podstate čiastočné synonymum spirituality. Je zameraním skôr na duchovný svet, mimo naše bežné zmyslové vnímanie, a teda nie na svet hmotný, fyzický a bežne vnímaný našimi zmyslami v každom okamihu nášho denného prežívania na pozemskom svete. Do veľkej miery je spojená s náboženskou vierou a viera sama zasahuje do našej podstaty, prestúpená ľudskosťou každého jedinca.

Viera z pohľadu svätého písma:

Viera, ako samotný základ Božieho milosrdenstva, lásky a celej Božej prítomnosti pramení práve z nás ľudí, z nášho vnútra, pretože sme ochotní uveriť v Boha, nasledovať jeho kroky a

načúvať jeho slovám, ktoré potom transformujeme do našich životov skrze naše skutky. Viera v Boha nás sprevádza celým Svätým písmom, v starom i novom zákone.

Už v samom úvode Svätého písma, kde sa rozpráva o stvorení sveta, je tu Boh, ako dokonalý, neomylný, všemohúci stvoriteľ, ktorý nám dal možnosť existovať na tomto svete a hneď prvá veta znie: „*Na počiatku stvoril Boh nebo a zem*“ (Gn 1, 1). Podstata nášho bytia pramení zo samotnej existencie Boha, ktorý je našim stvoriteľom, pretože, ako stvoril nebo a zem, tak stvoril aj človeka. „*Boh stvoril človeka na svoj obraz, na Boží obraz ho stvoril, stvoril ich ako muža a ženu*“ (Gn 1, 27).

Človek je považovaný za bio-psycho-socio-spirituálnu bytosť v Svätom písme už od počiatku a pre plnohodnotný život nesmie byť opomínaná ani jedna táto zložka. Človek ako hmota sama o sebe by bol ničím, ale spojením s dušou sa prebúdzá človek k životu. „*Vtedy Boh Jahve utvoril človeka z prachu zeme utvoril človeka z prachu zeme a vdýchol do jeho nozdier dych života a človek sa stal živou bytosťou*“ (Gn, 2, 7). Už v starom zákone viera v Boha sprevádzala Mojžiša s Izraelským ľudom, ktorý ich vyviedol z Egypta do zasľúbenej zeme. „*Ja som Jahve, tvoj Boh, ktorý ťa vyviedol z Egyptskej krajiny, z domu otroctva*“ (Ex 20, 2).

Viera v Boha je spájaná so všetkými činnosťami človeka a človek je vedený k tomu, aby si uvedomil, že nie len on sám ako individualita môže za svoje úspechy. Človek má dávať pozor, aby si nehovoril vo svojom srdci: „*Moja udatnosť a sila mojej ruky získali mi toto bohatstvo*“ (Dt 8, 17). Z veľkej časti je to aj Boh, ktorý je s nami a sprevádza nás pri všetkom. „*Pamätaj na Jahveho, svojho Boha, lebo on ti dáva silu získavať bohatstvo, aby dodržal zmluvu, ktorú prisahou urobil s tvojimi otcami, ako je to dnes*“ (Dt 8, 18). V dnešnej dobe sa mnoho ľudí práve pre materialistický spôsob života odkláňa od viery v Boha a sústredí sa len na materiálne hodnoty. V Svätom písme takto nachádzame vo veľkej miere paralelu aj s dnešnou dobou.

V novom zákone sa viera sústreďí na Boha skrze jeho syna, Ježiša Krista, ktorého zoslal na zem, aby znova vykúpil židovský ľud, ktorý sa odvrátil od Boha. Matka Mária, ktorá ho porodila, počala ho z Ducha svätého. „*Ježiš Kristus sa narodil takto: Jeho matka Mária bola zasnúbená s Jozefom a prv, ako sa zišli, ukázalo sa že bola v požehnanom stave z Ducha svätého*“ (Mt 1, 18).

Sila viery je zakorenená hneď v prvom Božom prikázaní, ktorú opísal Ježiš takto: „*Milovať budeš Pána, svojho Boha, celým svojim srdcom, celou svojou dušou, celou svojou myslou a celou svojou silou!*“ (Mk 12, 30). Aj Mária, matka Ježiša Krista vľúbí Pána, svoju silnú vieru v Neho a radosť z toho plynúcu z hĺbky svojej duše vyjadruje slovami: „*a môj duch plesá v Bohu, mojom Spasiteľovi*“ (Lk 1, 47). Vyjadrená je aj skrze evanjelia, ktoré je hlásané. „*V ňom sa totiž zjavuje Božia spravodlivosť od viery k viere, ale ako je napísané: Spravodlivý bude žiť z viery*“ (Rim 1, 17).

V celom Svätom písme, či už je to starý, alebo nový zákon, je v popredí dôležitosť viery. „*Veru, veru, hovorím vám: Kto verí, má večný život*“ (Jn 6, 47). Viera sa radí sa medzi hlavné čnosti a potreby človeka, ak chce ostať na správnej ceste životom, ale aj po ňom, aby sa mohol naveky radowať a oslavovať v nebeskom kráľovstve. Týmto Sväté písmo predostiera človeku vieru ako základnú vec, ktorú si musí uchovať za každých okolností a nehanbiť sa ňu. No s vierou zajedno musia byť aj skutky veriaceho. „*Tak aj viera: ak nemá skutky, je úplne mŕtva*“ (Jak 2, 17). Pri úspechoch, či ťiaľoch neobracať sa viere chrbtom, ale o to väčšmi sa

utiekat' prostredníctvom viery k Bohu, pretože to je tá správna a jediná cesta k vykúpeniu a spaseniu každého z nás. „Ale tým, ktorí ho prijali, dal moc stať sa Božími deťmi: tým ktorí veria v jeho meno“ (Jn 1, 12).

Viera z pohľadu súčasnosti

Župina (2009) uvádza, že viera v Boha sa predovšetkým prejavuje ako dôvera v neho a zakladá sa na fakte, že človek prijme Boha ako stvoriteľa a ochrancu sveta. Spása človeka, alebo jeho večné zatratenie závisia od jeho viery, alebo jej absencie. Nie len dobré skutky sú tým prostriedkom, ktoré zabezpečia človeku spásu, ale prirodzený prejav viery. Miera lásky k blížnemu odhaľuje aj mieru viery, pretože ten, kto nenávidí, nemôže mať spoločnosť s Bohom, ktorý miluje všetkých. Kresťan, ktorý sa opiera o vieru v Boha, môže čeliť životným situáciám odvahou a dôverou v pravdivé ubezpečenie Boha.

„Vierou rozumieme koncový stupeň procesu poznávania. Človek má tri zdroje poznania: a) to, čo vidí, b) to, čo počuje, c) to, čo si sám myslí. Poznatok, nech už prichádza z ktoréhokoľvek zdroja, má podobu výroku. Aby sa výrok mohol stať súčasťou poznania, (takého o akom hovorí J. Piaget, že dáva svetú zmysel), musí prejsť procesom verifikácie autora, ktorá potvrdí jeho pravosť a pravdivosť. Takouto autoritou môže byť skúsenosť, vonkajšia moc (rodič, učiteľ, televízia, vláda, cirkev a podobne), alebo to môže byť autorita vlastnej osobnosti. Až takto overený výrok sa stáva vierou alebo presvedčením. Identita chápaná ako viera je sústava výrokov, ktoré človek pokladá za natoľko spoľahlivé, že na nich môže založiť celoživotnú stratégiu života“ (Komárik In Husár a kol., 2012, s. 48).

Lev Nikolajevič Tolstoj vyjadril svedectvo o svojej silnej viere, ktorá je jediným východiskom duchovnej potreby človeka takto: „Nech viera dáva odpovede akékoľvek a komukoľvek, nech je to akákoľvek viera, každá odpoveď viery dáva konečnému bytiu človeka zmysel nekonečného, zmysel, ktorý nemožno zničiť utrpením, núdzou a smrťou. Teda iba vo viere je možné nájsť zmysel a možnosť života. Čo je táto viera? Pochopil som, že viera nie je len dokazovaním vecí neviditeľných, nie je zjavením, nie je pomerom človeka k Bohu, nie je len súhlasom s tým, čo sa človeku zvestovalo, ako sa najčastejšie viera chápe, ale viera je znalosť zmyslu ľudského života a je príčinou, že človek neusmrcuje, ale žije. Viera je silou života. Ak žije človek, teda v niečo verí. Keby neveril, že treba pre niečo žiť, nežil by. Ak nevidí a ak nechápe, že konečnosť je zdanlivá, verí v toto konečné; ak chápe, že konečnosť je zdanlivá, musí veriť v nekonečnosť. Bez viery nemôže žiť“ (Hardy In Hanobik, Červeň, 2012, s. 145 – 146).

Viera je prítomnou zložkou vo vývine identity ľudí už od malého dieťaťa. Hneď ako prvá je to viera vo vlastné meno ktorá definuje jeho entitu, vyčleňuje ho a mení zo stavu organizmu na osobu. Meno ako viera o jedinečnosti je základným zdrojom jedinečnosti a výlučnosti, ktorá pomáha organizovať svet a formovať ho do zmysluplných celkov. Rovnako ako aj ostatné viery určujúce identitu, nemá viera vo vlastné meno žiadny súvis s fyzickým telom človeka a je výlučne entitou mysle. Druhý stupeň tejto viery je zastúpený v priezvisku, ktoré určuje rodovú a rodinnú príslušnosť dieťaťa. Prvoradým zdrojom autority je práve rodina, ktorá dáva príkazy a usmerňuje. Vedomie príslušnosti do základnej sociálnej a kultúrnej entity je zahrnuté v priezvisku. Obsahuje zložky ako rodičovská podpora, materinský jazyk, príbuzenstvo, rodová história, spoločenské postavenie a podobne. Rodinná identita je teda viera, že rodina má takú hodnotu, že stojí za to, aby som jej záujmom obetoval

svoj čas, ambície, prostriedky a v konečnom dôsledku je pre mňa zdrojom uspokojenia. Postupom veku dieťaťa sa mienka so seberovnými stáva dôležitejším zdrojom autority ako rodina. Kognitívnym výsledkom skúsenosti so seberovnými je teda viera, že mám väzby, priateľov, ktorí mi zostanú na celý život. Naša spoločnosť sa však neskladá len z jednotlivcov, ale najmä z kultúrnych inštitúcií, ktoré cez identifikáciu jednotlivca s touto inštitúciou ovplyvňujú jeho rozhodovanie a správanie. Kultúrna identita je teda viera, že inštitúcia, idea, učenie, hnutie a podobne je tak vážna hodnota, že má zmysel byť členom takého zoskupenia a riadiť sa normami, ktoré predpisuje. V skutočnosti je táto viera poskladaná z čiastkových záväzkov voči súčastiach kultúrneho prostredia, v ktorom človek žije. Posledným stupňom je identita duchovná. Je to osobné dozrievanie človeka smerujúce k pochopeniu toho, že ani sebazáchova, ani rozmnožovanie neposkytujú dostatočný dôvod pre život. Kultúrna identita a z nej vyplývajúca inštitučná autorita nedáva odpoveď na bytostnú otázku prečo a ako žiť, slobodne a zmysluplne musí riešiť otázku, ktorá prekračuje hranice kultúry, ba dokonca i priestoru a času. Ľudská osobnosť potrebuje autoritu, ktorá hovorí, čo sa má robiť, čo sa nerobí, ako a prečo žiť a prípadne i zomrieť. Práve potreba tejto autority u ľudí je pretransformovaná do potreby v niečo veriť, teda na vieru samotnú, bez ohľadu na jej konkrétne zameranie (Komárik In Husár a kol., 2012).

Kresťanský duchovný život

Župina (2009) uvádza, že duchovný život podľa pravoslávneho kresťanského chápania vychádza z veľmi úzkeho prepojenia a vzťahu medzi teóriou a praxou, teda medzi teoretickým poznaním a praktickým životom človeka. Tradícia akejkolvek kresťanskej cirkvi, nielen tej pravoslávnej, predstavuje jej jediný, jedinečný prameň a zároveň predstavuje kritérium viery. V dnešnej dobe je človek často duchovne chudobným a stáva sa z neho otrok, zotročený vlastnou samofúbosťou a egoizmom. Je to práve tým, že sa odcudzuje od Boha. Ak sa však snaží uchovať a udržať toto spoločenstvo s Bohom, robí všetko pre jeho prehĺbenie a dokáže sa preň obetovať, tak sa pred ním otvára nekonečný horizont duchovného výstupu a zdokonaľovania sa v láske a slobode. Týmto sa stáva skutočne slobodným človekom, ktorý nie je ničím obmedzovaný a determinovaný. Život pravoslávnych kresťanov je askézou a úsilím o biblicko-evanjelióvu dokonalosť, ktorá sa prejavuje predovšetkým pokorou a láskou. „V kresťanstve sa pod pojmom askéza chápe usmerňovanie vôle človeka prostredníctvom cnosti a duchovného zápasu na získanie Božej milosti, ktorá zachraňuje, uzdravuje, premieňa a obnovuje ľudskú prirodzenosť porušenú hriechom. Pre kresťanov tento pojem znamená duchovnú a telesnú námahu v duchovnom zdokonaľovaní zameranom na prekonanie prekážok v podobe vlastných nedokonalostí, pokušenia a zlých duchov“ (Nikulin In Husár, 2012, s. 307).

Podľa Dufku (2014) sú v kresťanskom živote prítomné cnosti, od ktorých by sa mal odvíjať jeho život. Človek, ktorý žije kresťanským životom nie len teóriou, ale aj praxou, sa vo svojom živote nie len nezúčastňuje liturgií, svätých omší, modlí sa a podobne, ale aj svoj život podriaďuje hodnotovému systému kresťanstva a skrze skutky to potvrdzuje. Je to ovplyvnené vo veľkej miere základnými cnosťami v duchovnom živote kresťana, ktorými sú:

- Viera – predstavuje základný a determinačný faktor kresťanského života. Je jeho podstatou a hnacou silou. Práve viera sa prejavuje v skutkoch a bez skutkov je mŕtva.

Kresťan, ktorý sa opiera o vieru v Boha, môže čeliť všetkým životným situáciám odvahou a dôverou v pravdivé ubezpečenia Boha.

- Nádej – nádej oživuje vieru človeka a je blízkou príbuznou viere. Nádej je založená na viere a dáva jej zmysel. Je však úzko spojená s láskou a jej základom je Božia láska. Nádej, ako každá tak aj kresťanská, si vyžaduje trezornosť. Veriaci človek môže v živote stratiť veľa vecí, ale nádej nikdy nestráca.
- Láska – patrí jej prvenstvo medzi ostatnými cnosťami a je centrom duchovného života človeka. Svedčí o ontologickej hodnote viery i nádeje. Človek je vyzývaný milovať Boha celým svojim srdcom, celou svojou dušou a celou svojou myslou. Láska k Bohu a k blížnemu sú navzájom neoddeliteľné, pretože nie je možné, aby človek miloval Boha a zároveň nemiloval blížneho. Zdokonaľovanie smerom k nezištnej láske sa uskutočňuje zdokonaľovaním vo viere, nádeji, pokore a poslušnosti.

V dnešnej dobe nie je vždy jednoduché svoj život žiť týmto spôsobom, keďže doba ponúka veľa iných životných ciest, ktoré sú vzdialené od Boha. Nedá sa však poprieť, že aj keď táto cesta životom nemusí byť z pohľadu určitých ľudí najpohodlnejšia, plná odriekaní, sebazaprení a podobne, odrazí sa potom pozitívne na životných hodnotách, morálke, láske a porozumení týchto ľudí voči druhým.

Viera ako forma pomoci

Náš život by sme mali prežívať plodne. Vedome uchopujúc svoje sily ich musíme sústrediť k takej činnosti, pre ktorú sme stvorení. Táto služba spočíva v odovzdaní sa niekomu väčšiemu, ako sme my. Ak to neurobíme, ľahko môže dôjsť k situácii, že náš život stratí význam a bude žitý egoisticky, no v hĺbke samého seba budeme cítiť, že nám niečo chýba (Svätý Otec František In Chorendžák, 2016).

Vodička (2014) tvrdí, že ľudia bez domova, ktorým je často potrebné pomôcť nielen finančne, ale práve nemateriálne, sú konfrontovaní s vlastnou vierou zasahujúc ich vnútornú duchovnú dimenziu. Je to práve ich vlastná viera, ktorá pokrýva túto rovinu a dokáže človeku dať nádej do budúcnosti. Keďže peniaze ako materiálna zložka sú pominuteľné, často sú aj dôvodom, prečo sa mnohí ľudia ocitli v tejto situácii. Preto by mala byť poskytovaná pomoc práve formou viery, ktorá ponúka človeku bezhraničnú a nepominuteľnú nádej cez pozdvihnutie našej vnútornej sily a stáva sa hnacím motorom daného jedinca za akýchkoľvek vonkajších podmienok. Človeka, ktorý je rozbitý zvnútra nestačí opraviť len zvonku, ale musí sa opraviť zvnútra. Práve to dokáže človeka naštartovať vo vlastnej aktivite, ktorá ho môže dostať zo situácie javiacej sa ako beznádejná a bezvýchodisková.

Dufka (2014) uvádza, že silný duchovný zážitok pomáha prekonávať rozličné krízy a ťažkosti, ktorým sa žiadny veriaci človek nevyhne. Tento zážitok je neviditeľným batohom skúseností a zážitkov so živým Bohom, ktorý by sme mali stále nosiť so sebou. Práve vo chvíľach krížov a bolestí by sme ho mali otvoriť a čerpať z neho vieru, nádej a silu. Je súčasťou našej duchovnej výbavy, na ktorú by sme nemali nikdy zabudnúť, brať na zreteľ a v potrebnom momente sa o ňu oprieť.

„Duchovná dimenzia človeka je v kontexte pomoci ľuďom bez domova zásadná, pretože sprostredkuje človeku zmysel života, vyšší zmysel jeho vlastného života“ (Vodička, 2014, s.24).

Ak má človek nejaký problém, spravidla sa uvažuje o jeho konkrétnom riešení z pohľadu nápravy následkov daného problému, opomínajúc práve podstatné východisko problému, z

ktorého daný problém vyplynul. Často sa zabúda na to, že tento problém môže byť zakorenený niekde hlbšie, a práve preto je potrebné takéto riešenie hľadať a poskytovať cez nástroje, ktoré dokážu ponímať hlbkovú dimenziu človeka. Jedným z takýchto nástrojov, ak nie tým najhlavnejším, je práve viera samotného človeka.

Duchovné poradenstvo

„Duchovnému poradenstvu rozumieme ako komplexu odborných služieb ľuďom pri riešení tak ťažkých životných situácií, ktoré títo ľudia spájajú s duchovnou oblasťou. Chápeme ho ako jednu z oblastí poradenskej činnosti, vedľa psychologického poradenstva, pracovného poradenstva, drogového poradenstva, poradenstva telesne a duševne postihnutým, občianskeho poradenstva a podobne“ (Vojtišek In Krahulcová, 2008, s. 141).

Pre klienta sociálnej práce je duchovný poradca sprievodcom na istom úseku životnej cesty, ktorý sa snaží klienta priviesť po čase k svojpomoci. Odovzdáva klientovi poznatky, skúsenosti, vedie ho k správne spracovaniu zážitkov a ku zdravej sebareflexii. To všetko mu má napomôcť k získaniu samostatnosti a duchovnej zrelosti. Duchovným poradenstvom sa klient môže dostať na hlbinu života a vstúpiť do bezprostredného vzťahu s Bohom, ktoré sa dotýka najmä týchto oblastí:

- Pomáha ozrejmovvať človeku jeho vzťah k Bohu.
- Pomáha ukazovať človeku jeho vzťah k sebe.
- Pomáha človeku ukazovať jeho vzťah k iným (Surovka In Kormošová, 2013).

Pojem viera sa stal aj možným teoretickým východiskom duchovného poradenstva, ktoré vo svojej podstate nie je závislé na náboženských inštitúciách. Bez ohľadu na náboženské presvedčenie je teda viera základom, od ktorého sa odráža samotné poradenstvo smerované ku klientovi a sústredí sa hlavne na jej miesto v kvalite života. Oddelením od náboženského presvedčenia poradenstvo nevychádza len z konkrétnych náboženských doktrín, ale preniká hlbšie ku kvalite klientovej viery a zvyšuje sa možnosť motivácie k jej osobnému obohacovaniu a prehľbovaniu, čím prispieva k jej rastu. Duchovné poradenstvo teda pristupuje ku klientovi ako k človeku, ktorý čelí určitej situácii s vierou, ktorá je obecnou ľudskou kvalitou, nehládajúc na jej náboženské zameranie. V tomto poradenstve ide predovšetkým o tieto charakteristiky a klientovo prežívanie, ktoré z týchto charakteristík v danej situácii vyplýva, bez ohľadu na náboženské presvedčenie, vyplývajúce z duchovnej tradície, v rámci ktorej je jeho viera realizovaná (Vojtišek In Krahulcová, 2008).

Hangoni, Cehelská a Šip (2014) uvádzajú, že úloha duchovného poradenstva hraničí na tenkej línii s pastoračným poradenstvom, a táto úloha je prezentovaná sociálnymi pracovníkmi len sporadicky. Je to najmä z dôvodu absencie odborníkov v tejto oblasti, aj napriek jej významnej úlohe v správnom nasmerovaní spirituality klienta. Práve z tohto dôvodu je potrebné, aby sociálni pracovníci k tejto problematike v poradenstve pristupovali svedomito.

„Klientom duchovného poradenstva sa stáva človek, ktorý hľadá pomoc v otázkach duchovného života nezávisle na inštitúcii, ktorá reprezentuje tradíciu, v ktorej je duchovný život realizovaný. Práve táto klientova potreba, aby bol poradca dobre informovaný o náboženstve, ale aby bol zároveň nezávislý a schopný určitého nadhľadu, vytvára hlavnú odlišnosť duchovného poradenstva od poradenstiev vykonávaných v rámci jednotlivých náboženských inštitúcií“ (Vojtišek In Krahulcová, 2008, s. 143).

Slovák (2016) tvrdí, že každý sociálny pracovník má určité kompetencie závislé od zamerania jeho sociálnej činnosti, avšak bez ohľadu na jeho špecializáciu by mal disponovať určitými kľúčovými kompetenciami k výkonu svojej práce. Sú to vedomosti, zručnosti a schopnosti, ktorých výsledkom sú kompetencie, pomocou ktorých v určitom okamžiku môže zastávať viacero pozícií a funkcií. Práve tieto predpoklady mu umožňujú definovať problémy a voliť správny postup ich riešenia u klientov, či už je to jednotlivec, rodina, skupina alebo komunita.

„Prostredníctvom duchovného poradenstva sa blížnemu, klientovi sociálnej služby má poskytnúť posilňovanie viery, vedenie a sprevádzanie k skutkom viery. Má sa mu poskytnúť láska, ktorá je pre človeka prirodzená a touto prirodzenou cestou ju má aj prijímať a obdarovávať iných“ (Hangoni, 2012, s. 463).

V dnešnej dobe sa môže duchovným poradenstvom riešiť aj manželská kríza, pretože sa veľmi často stáva, že v rodinách nie je prítomná živá viera. Ľudia sa nevedia alebo nechcú modliť, aj keď sú veriaci. Spoločnosť sa stavia k pravde, morálke, náboženstvu a Bohu s ľahostajnosťou. Ak v rodine samotní manželia strácajú vieru, často je k tomu pridružená aj strata základných hodnôt rodiny, akými sú vzájomná láska manželov, úcta, láskavý a zodpovedný prístup k deťom. Bývajú nahradené hnevom, pýchou a sebeckom, čím sa prispieva vo veľkej miere k rozvodu. Možná pomoc sa črtá práve v prežívaní manželskej spirituality, ktorá je možným východiskom z tejto situácie. Tento problém je však potrebné včas a správne definovať, čo je veľmi dôležité najmä pre poradcu a jeho ďalší postup (Jarab In Paľa, 2008).

„Uspokojovanie duchovných potrieb jedinca je rovnako dôležité ako napĺňanie a uspokojovanie jeho fyziologických potrieb. O to viac, že emocionálne a duchovné strádanie človeka ako bio-psycho-sociálno-duchovnej bytosti sa skôr či neskôr prejaví aj vo forme somatických symptómov“ (Rudačková In Šák, 2009, s. 71).

Hangoni (2012) uvádza, že duchovné poradenstvo vo vzťahu k seniorom, ako možné východisko z ich strádania v sebe zahŕňa tieto úlohy:

- Pomáha im zvládať proces starnutia.
- Dáva starobe nový, kvalitatívne pozitívny rozmer.
- Pomáha vytvárať pevnejšie vzťahy medzi človekom a Bohom.
- Podieľa sa na príprave spásy duše starnúceho kresťana.
- Participuje na integrácii človeka do večného života.

„Naša aktívna pomoc núdznym je neoddeliteľnou súčasťou nášho duchovného rastu a duchovného bohatstva. Naopak, nevšímavosť a uzavretosť pred blížnymi je príčinou úpadku hodnoty a straty zmyslu ľudského života“ (Surovka In Kormošová, 2013, s. 105).

Každý človek, aj keď si to občas nechceme pripustiť, smeruje svoju životnú cestu k starobe. Preto by sme mali na to pamätať už teraz a nebyť k problémom seniorov ľahostajní.

Záver

Cieľom nášho príspevku bolo priblížiť pohľad na duchovný svet. Na svet, ktorý nie je hmotný, svet ktorý nevnímame zmyslami ale na svet spojený s náboženskou vierou, kde viera značne a citeľne zasahuje do samotnej našej podstaty. Viera je obsiahnutá v celom našom živote. Viera je u každého z nás iná, inak vnímaná a chápaná. Môžeme však tvrdiť, že je

rovnako smerovaná. Smerovaná s cieľom pomôcť sami sebe ale aj iným, ktorí pomoc potrebujú. Ukotvenie viery v Boha vnímame prostredníctvom svätého písma, ale aj prostredníctvom kresťanského duchovného života, kde práve v dnešnej dobe nie je jednoduché žiť práve takýmto životom. Práve tieto hodnoty pomáhajú človeku porozumieť a pochopiť druhých.

Viera nám častokrát pomáha prekonávať rozličné ťažkosti, a práve viera samotného človeka je jedným z najhlavnejších nástrojov pri riešení problémov. V kontexte samotnej viery je vhodné spomenúť duchovné poradenstvo, ktoré môže pomáhať ľuďom pri riešení ťažkých životných situácií. Viera je možným teoretickým východiskom duchovného poradenstva, kde človek prostredníctvom vnútornej sily získava bezhraničnú a nepominuteľnú nádej na riešenie problémov a komplikovaných životných situácií.

Zoznam použitej literatúry

- DUFKA, P. 2014. Spiritualita súčasného človeka. Trnava : Dobrá kniha, 2014. 208 s. ISBN 978-80-7141-893-1.
- HANGONI, T. 2012. Duchovné poradenstvo v kontexte procesu starnutia. In HUSÁR, J. Vzdelávanie, kultúra, duchovnosť : od homo loquens k jomo spiritualis : zborník z vedeckej konferencie. Prešov : CUBE consulting, 2012. ISBN 978-80-89519-019, s. 459 – 465.
- HANGONI, T. - CEHELSKÁ, D. - ŠIP, M. 2014. Sociálne poradenstvo pre seniorov. 1.vyd. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, Pravoslávna bohoslovecká fakulta, 2014. 209 s. ISBN 978-80-555-1167-2.
- HANOBIK, F. – ČERVEŇ, A. 2012. Sociálny rozmer človeka v súčasnom svete. Bardejov : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava Detašované pracovisko Kráľovnej Pokoja z Medžugoria, 2012. 293 s. ISBN 978-80-8132-037-8.
- JARAB, J. 2008. Význam spoločenstva v procese výchovy a formácie. In PAĽA, G. 2008. Aktuálne aspekty kresťanskej výchovy : zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. 1. vyd. Prešov : GTF PU, 2008. 197 s. ISBN 978-80-8086876-3.
- KOMÁRIK, E. 2012. Hľadanie identity a jej zmysel v kontexte životného príbehu. In HUSÁR, J a kol. 2012. Nová sociálna edukácia človeka (?) (Duchovné, antropologické, filozofické, psychologické a sociálne aspekty výchovy, vzdelávania a poradenstva dneška) : zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove Pravoslávna bohoslovecká fakulta, 2012. ISBN 978-80-555-0641-8, s. 45 – 51.
- RUDAČKOVÁ, J. 2009. Starnutie populácie a starostlivosť o gerontov z pohľadu štátu, medicíny a Cirkvi. In ŠAK, Š. 2009. Kresťanské východiská sociálnej práce a jej misijný rozmer : zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 6. – 7. októbra 2008 v Prešove. [online]. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, 2009. [citované dňa 2017-2-15]. Dostupné na internete: <<https://www.publib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Sak3/subor/9.pdf>>. ISBN 978-80-555-0076-8, s. 63-75.
- NIKULIN, A. 2012. Miesto duchovnosti v osobnosti moderného človeka. In HUSÁR, J. Vzdelávanie, kultúra, duchovnosť: od homo loquens k jomo spiritualis : zborník z vedeckej konferencie. Prešov : CUBE consulting, 2012. ISBN 978-80-89519-019, s. 304 – 311.
- VODIČKA, K. 2014. Ježíš bez domova. In Dingir. ISSN 1212-1371, 2014, roč. XVII, č.1, s. 23-25.

SLOVÁK, P. 2016. Metódy, prístupy a stratégie uplatňované v sociálnych službách a poradenstve. 1. vyd. Trnava : Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave, 2016. 148 s. ISBN 978-80-8105-774-8.

SUROVKA, P. 2013. Atribúty sociálnej práce v kontexte duchovných východísk. In KORMOŠOVÁ, M. 2013. "KLIENT vs. BLÍŽNY" (sociálno – teologicko – psychologicko – edukatívne aspekty v sociálnej práci) zborník príspevkov z 5. ročníka študentskej vedeckej konferencie konanej dňa 23. apríla 2013 [online]. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, 2013. [citované dňa 2017-2-15]. Dostupné na internete: <<https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Kormosova1/subor/13.pdf>>. ISBN 978-80-555-0833-7, s. 98-106.

VOJTÍŠEK, Z. 2008. Duchovní poradenství v multikulturní společnosti. In KRAHULCOVÁ, B. 2008. Kontexty sociální a charitativní práce. Brno : L.Marek pro Univerzitu Karlovu v Praze – Husitskou teologickou fakultu, 2008. ISBN 97880-87127-07-0, s. 141 – 154.

ŽUPINA, M. 2009. Duchovný a etický život človeka. 1. Vyd. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove Pravoslávna bohoslovecká fakulta, 2009. 88s. ISBN 978-80-8086-987-2.

Kontakt na autorov

Mgr. Rastislav Barkasi – externý doktorand

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

Palackého č. 1, P.O. Box 104,810 00 Bratislava

email: rastislav.barkasi@gmail.com

Mgr. Ján PILKO, PhD.

Prešovská univerzita v Prešove

Pravoslávna bohoslovecká fakulta, Katedra kresťanskej pedagogiky a psychológie

Masarykova 15, 081 00 Prešov

email: jan.pilko@unipo.sk

SPIRITUALITA AKO SOCIÁLNY PROSTRIEDOK POMOCI ČLOVEKU

Spirituality as a social means of helping a person

Barkasi R., Vansač P., Bugyi A.

Abstrakt

Príspevok je venovaný spiritualite, ktorá je neoddeliteľným javom pri pomoci človeku, ale aj nedeliteľnou a podstatnou súčasťou ľudí, ktorí sú v úlohe tých, ktorí pomáhajú – „pomáhajúci profesionáli“. Charakterizujeme spiritualitu v živote človeka, spiritualitu ako podstatnú zložku u pomáhajúcich profesionálov ale aj spiritualitu v charitatívnej činnosti.

Kľúčové slová: Spiritualita. Náboženstvo. Sociálny pracovník.

Abstract

The contribution is dedicated to spirituality, which is an indispensable phenomenon in helping a person, but also an indispensable and essential part of the people who are in the role of those who help - "helping professionals". We characterize spirituality in human life, spirituality as an essential component of helping professionals but also spirituality in charitable work.

Key words: Spirituality. Religion. Social worker.

Úvod

„Asketický život sa často vníma ako niečo zbytočné, v skutočnosti je to individuálna cesta človeka, ktorú má prejsť každý na ceste k Bohu. Čo znamená asketický život pre bežného človeka? Je to nepretržitá práca, zameraná na obnovu a správne využitie duchovných síl človeka“

(Nikulín In Husár, 2012, s. 308).

V dnešnom súdobom svete, presýteným materializmom a individualizmom, ľudia často hľadajú východiská zo svojich problémov ako aj ťaživých životných situácií ešte väčším dopytom po týchto zložkách, čo vo finálnej fáze často ich situáciu nezlepší, ale ešte viac zhoršuje. Môžeme povedať, že sa v dnešnej spoločnosti vytvára znova dopyt po prostriedku, pomocou ktorého je možné nájsť spoločného menovateľa a východisko z týchto situácií. Aby bolo možné tento prostriedok aplikovať bez ohľadu na materiálnu stránku v živote človeka, jeho individuálne potreby a presvedčenie, javí sa ako možná forma pomoci spiritualita, ktorá nie je limitovaná týmito faktormi.

Spiritualita

Spiritualitu ako každodennú a neoddeliteľnú súčasť života, ktorá ma rôzne formy, vyjadrujeme prevažne modlitbami, ale aj prostredníctvom meditácie, rôznych symbolov, cez gestá, formou rituálov a podobne. Ak chceme byť ľudsky zdraví, musíme sa naučiť vidieť vo svojom okolí a priestore, ktorý nás obklopuje, nielen tie zlé veci a negatíva, ale hlavne sa snažiť nájsť to dobré, o čo sa môžeme oprieť a umožniť tým premenu samého seba. Aj keď si

to občas neuvedomujeme, spiritualita je neustálou prítomnou súčasťou našich životov. Jej uvedomovaním a spoznávaním rozširuje vnútorné prežívanie vo svojom živote každý jednotlivec samostatne. Je to hľadanie spojenia s niečím, čo nás presahuje, alebo niekým, kto nás presahuje v našej hmotnej podstate bytia (Bubák, 2009).

Naopak Jones in Stríženec (2007) zastáva názor, že na súčasnú spiritualitu má v dnešnej dobe veľký vplyv konzumná spoločnosť a terapeutická kultúra. Veľa ľudí nemá poznatky o tradíciách kresťanskej spirituality. Akútne nebezpečenstvo spočíva práve v prílišnej oslave individuality, kde najhlavnejšou autoritou je práve vlastná skúsenosť človeka a oddeľovanie duchovných zážitkov od verejnej oblasti racionality a inštitúcií, konzumáciou spirituality ako tovaru, ktorý nám zabezpečí prestíž v spoločnosti svojou aktuálnou módnosťou. V skutočnosti však potrebujeme práve menej tejto formy spirituality a viac života v duchu.

Doplniť môžeme aj tvrdenie, ako v svojej publikácii uvádza Samojský (2014) „*O spiritualite sa často hovorí v najrôznejších kontextoch. Môže byť kresťanská, budhistická, slovanská, spiritualita stredoveku a dokonca aj spiritualita manželstva, dokonca aj spiritualita úspechu. Takto ponímaná spiritualita je disciplínou a akýmsi rámcom, do ktorého človek môže vstúpiť, alebo z neho vystúpiť, môže ho prijať, alebo odmietnuť. Je to určitá nadstavba v životnom štýle, spôsob sebauskutočnenia, vrchol pyramídy v známej Maslowovej pyramíde hierarchie ľudských potrieb. V tomto obvyklom chápaní je spiritualita vlastná iba človeku*“ (Samojský, 2014, s. 11).

Ak ponímame spiritualitu z jej hlbšieho koreňa, môžeme vymedziť význam spirituality predovšetkým na človeka a jeho život. Potom je spiritualita určitá aktivita človeka, ktorá nám pomáha naplniť náš život duchovným rozmerom. Je to duševná, alebo fyzická činnosť týkajúca sa otázok zmyslu života a snahy o jeho pochopenie. Je to aktivita, ktorá človeku pomáha vnímať seba samého v kontexte nášho okolia, sveta, vesmíru. Spiritualitu nemôžeme obmedzovať len na premýšľanie, úvahy, prípadne meditácie a ani iné duševné či fyzické činnosti. Je to činnosť, pri ktorej sa každý jedinec sám trocha stráca a znovu nachádza. Základom spirituality je nahliadanie na naše prežitky z iného hľadiska, ako je všeobecne každodenne zaužívané.

Osobnosť človeka a spirituality v jeho živote

„*V spiritualite ide predovšetkým o hľadanie vnútorného, duchovného zmyslu života, o vyrovnanie sa so sebou samým, s vlastnou existenciou s druhými, so spoločnosťou a so svetom. Snaha o pravú spiritualitu je tou najdôležitejšou a najvlastnejšou úlohou každého človeka. Ani ten najosobnejší život nikto neprežije úplne a súkromne, ale jestvuje aj jeho spoločenská stránka. Každý vytvára užšie alebo širšie spoločenstvo, ktoré žije svoju vnútornú spiritualitu a túto spontánne podáva ďalej do celého okolia. Dôležitosť správne žitej spirituality vyžaduje stále rozvíjať jej rôzne formy a prostredníctvom osvedčených skúseností, zvlášť tých, ktoré už v zdravotníckom prostredí majú svoje nespochybniteľné a zásadné miesto*“ (Kuberovalá, Baňasová, 2015, s. 30).

Helus (2011) tvrdí, že potreba spirituálneho prežívania v podstate pramení zo základných ľudských potrieb, ktoré môžeme usporiadať od najnižších (základných), spájaných s fyziologickým stavom organizmu, až po tie najvyššie, charakterizované medziľudskými vzťahmi človeka, začlenením v sociálnej skupine a transcendovaním – úsilím dosahovať hodnôt presahujúcich rámec osobných záujmov. Potreby na nižších stupňoch sú označované

aj ako deficitné, alebo nedostatkové. Tým je vyjadrená skutočnosť, že význam týchto potrieb uspokojením klesá. Naopak, potreby hierarchicky vyššie, začínajúce kognitívnymi potrebami, sú označované ako potreby bytia, alebo rozvojové. Uspokojenie ich silu neznižuje, ale naopak zväčšuje a hierarchiu týchto potrieb tvoria:

- Fyziologické potreby (tvoria konkrétne potreby jedla, pitia, kyslíku, sexuálneho uspokojenia, odpočinku, a spánku po únave či vyčerpaní a podobne).
- Potreby bezpečia (objavuje sa už u malého dieťaťa, ale sprevádza človeka celý život: aktualizuje sa pri katastrofických udalostiach, strate zamestnania, vážnej chorobe a podobne).
- Potreby súnalezitosti a lásky (napríklad potreba niekam patriť, byť milovaný a milovať, nachádzať v niekom oporu v situáciách núdze, životných kríz; každý vytvára osobné stratégie, ako sa k niekomu pripútať v plnej dôvere, že ma nesklame, nech sa stane čokoľvek).
- Potreby uznania (prejavujú sa ako túžba mať u ľudí úctu a rešpekt, najmä u tých ľudí, na ktorých nám záleží; túžba mať niekoho, komu môžeme rešpekt a úctu prejaviť, ale aj túžba mať dôvody vážiť si sám seba).
- Potreby kognitívne (je nám vlastná snaha byť orientovaný, vedieť, chápať, rozumieť, poznávať, a odhaľovať nové súvislosti).
- Potreby estetické (prejavujú sa v usilovaní zažívať niečo krásne, nachádzať a vytvárať spoločensťvá, v ktorých si uvedomujeme svoju prislusnosť k týmto spoločensťvám a dôstojnosť).
- Potreby sebarealizácie (prejavujú sa úsilím niečo zo seba urobiť v zmysle sebazdokonaľovania, realizácie, zmysluplného života; dôležité sú snahy prekonať svoje slabosti a nedostatky; rozvinúť kvality svojej osobnosti, ktoré nevznikajú samy od seba, automaticky, ale vyžadujú silnú vôľu, pevné predsavzatie, odvahu a podobne).
- Potreby transcencie, presahu (jedinec túži po dosiahnutí nadosobných cieľov, pre ktoré stojí za to priniesť aj krajné obete).

„Vysoká úroveň spirituality súvisí s charakteristikami zdravej osobnosti. Spirituálny prístup k životu napomáha aj subjektívnej pohode. Špecificky tu prispieva tendencia k nezávislosti, sebaaktualizácii, citlivosť na potreby a city, spôsobilosť transcendentovať dychtómie života, akceptovať city zlosti bez defenzívy a popretia, adaptívne reagovanie“ (Tloczynski In Halama a kol., s. 9). Křivohlavý (2009) uvádza, že človek ako osobnosť si kladie vo svojom živote rôzne úlohy a ciele, ktoré sú smerodajné v jeho aktivite. Denne sme svedkami, ako takéto ciele a úlohy stavia aj druhým ľuďom (učiteľ a žiak, alebo nadriadený a podriadený). Na jednej strane sú to krátkodobé, dočasné a drobné ciele, no na druhej sú to veľké, podstatne dôležité a dlhodobé. Práve tie dlhodobé nás smerujú v našich osobných plánoch, životných úlohách a udávajú tón nášmu celoživotnému smerovaniu. Zároveň nám hovoria, že ak je niečo na človeku naozaj podstatné, sú to jeho najvzdialenejšie, najhlbšie a najosobnejšie ciele, ku ktorým svoj život smeruje. Tieto ciele dávajú zmysel potom nielen nášmu vlastnému životu, ale aj každej veci a činnosti ktorú vykonávame, alebo s ktorou sa v živote stretáme. Tieto ciele sú v samom jadre človeka a tvoria podstatu človeka. Zároveň sú zosobnením spirituality, ktorá naše jadro presahuje.

„Spiritualita nezávisle na náboženstve je teda starostlivosťou o ducha. Je to starostlivosť človeka o seba a iných ľudí, ktorí majú za cieľ, aby sa človek vracal z odcudzenia k sebe a v tejto autenticite za seba vystupoval. Je to starostlivosť o to, aby sme boli viac sebou a viac ľuďmi. Spiritualita je proces a metóda zľudšťovania človeka. Spiritualita je transcendovalenie všetkých dát a faktov smerom k dávajúcemu a činiacemu, od produktu k aktu a nakoniec k číremu aktu, od človeka ako akejsi entity medzi ostatnými entitami k samotnému tryskajúcemu a zdieľajúcemu sa Esse, na ktorom človek participuje“ (Štampach In Babyrádová, Havlíček, 2006, s. 105).

Formovanie osobnosti vplyvom zážitkov transcendencie je reálne a ich význam spočíva najmä v tom, že ovplyvňujú životnú orientáciu, prispievajú k celkovej vyrovnanosti a k premene životného štýlu (Miček In Halama a kol., 2006).

Spiritualita ako podstatná zložka v pomáhajúcich profesiách

Človek si už svojim príchodom na svet sám vytvára potrebu pomoci, bez ktorej by neprežil, pretože už ako novorodenec, ktorý prichádza na svet, sa sám o seba nedokáže postarať. V podstate už od narodenia je takto človek odkázaný na určitú formu pomoci a podpory. Či už zo strany matky, rodiny, blízkeho okolia, školy, neskôr v zamestnaní a tak ďalej. Aj keď je v dnešnom svete presadzovaná individualita a presadzovanie sa človeka ako jedinca, ktorý je sám strojom svojho šťastia, ktorý by mal pozerieť hlavne na svoje potreby, blaho, aj napriek tomu si náš život v každej svojej etape vyžaduje určitú pomoc, nech sme už akokoľvek samostatní a individuálni. Tak, ako pomoc a podporu potrebuje novorodenec po narodení, dieťa v škole, neskôr počas svojho života pri riešení rôznych situácií a problémov aj dospelý človek, ten istý človek končí svoju životnú púť odkázaný na pomoc svojej rodiny, okolia, inštitúcií a organizácií poskytujúcich nápomocné služby človeku.

Spiritualita sociálneho pracovníka

Sám sociálny pracovník, je tiež len človekom, ktorý má nielen povinnosti, ale aj určité potreby. Tieto potreby, ak sú naplnené, mu pomáhajú zvládať nielen cestu jeho vlastným životom, ale napomáhajú mu zvládať aj úskalia a nároky jeho profesie. Keďže práca sociálneho pracovníka nie je automatizovanou činnosťou, jeho potreby vzťahujúce sa k jeho profesii vyplývajú z jeho samotného povolania ako pomáhajúcej profesie, ktorá je a má byť predovšetkým nápomocná.

„Sociálny pracovník ako pomáhajúci profesionál patrí do skupiny, ktorá je obzvlášť ohrozená syndrómom vyhorenia. Práca sociálneho pracovníka je náročná najmä z dôvodu práce s klientmi s rôznorodými, často mnohonásobnými problémami, ktoré je často potrebné bezodkladne riešiť“ (Kubušová, Fabián In Balogová, Poklembová, 2013, s. 107).

Človek, ktorý je konfrontovaný osobnými spirituálnymi skúsenosťami radikálne mení uvedomovanie si života, ktorý prechádza fázou otriasania seba-ponímania a otvára sa zmyslu vlastného bytia. Ak sa otvorí tomuto vzťahu, počíta s ním vo svojom živote ako s niečím pevným a istým, začne sa mu otvárať cesta k pôvodným hodnotám a dostáva silu života smerujúcu dostávaniu týchto hodnôt. Spirituálna skúsenosť vracia človeka na svoje pôvodné miesto vo svete a umožňuje mu nájsť opäť zmysluplný život. Aj preto je možné považovať spiritualitu ako jednu z možností motivácie sociálneho pracovníka pri svojej činnosti, ktorá

môže byť skúšaná rôznymi krízami a problémami (Hubáčková In Babyrádová, Havlíček, 2006).

Podľa Vojtíšeka et al. (2012) existencia spirituálnej zložky osobnosti predstavuje výzvu nielen pre porozumenie sebe, ale aj druhým ľuďom, čo by malo byť výrazne využívané v aktívnom pomáhajúcom jednaní sociálneho pracovníka.

Spiritualita v charitatívnej činnosti

V dnešnej dobe je slovo charita často spájané hlavne so zbierkou a rozdeľovaním finančných prostriedkov pre ľudí a skupiny, ktorí to potrebujú na rôzne účely pomoci v núdzi. Charita však nie je len o peniazoch, ale hlavným a podstatným, čo robí charitu charitou je pomoc blížnemu a svojmu okoliu. Na charitu môžeme nahliadať v rôznych rovinách, ktoré približujú jej základ a zároveň odôvodňujú jej význam:

- Kresťansko-teologický význam vykresľuje charitu ako lásku Boha k človeku, lásku, ktorou ľudia milujú Boha a milujú sa navzájom.
- Všeobecný význam ju chápe v súvislosti s túžbou konať dobro.
- Najčastejší význam je pripisovaný charite ako alturistické správanie jednotlivcov a inštitúcií, čo označuje dobrovoľné poskytovanie peňazí alebo inej pomoci ľuďom v núdzi, biede a bolesti.
- Prenesený význam označuje charitu inštitúciou (organizácia rozvíjajúca lásku k Bohu prostredníctvom bratskej lásky), ktorá dobrovoľne poskytnuté prostriedky sústreďuje s cieľom ich ďalšieho prerozdelenia tým, ktorí ich potrebujú (Strečanský In Košč, Antolová, 2008).

„Pre ľudí, ktorí sa venujú sociálnej práci, je spravidla prvou hodnotou druhý človek a jeho život – najmä život poznamenaný nejakou formou utrpenia“ (Opatrný In Šak, 2009, s. 98).

Košč a Antolová (2008) tvrdia, že aj keď je charitatívna činnosť prirodzenou súčasťou kresťanského života, predstavuje aj isté špecifické povolanie, ktoré v sebe zahŕňa charitatívne prejavy kresťanskej lásky, ktoré sa stávajú systematickým životným štýlom a vyžadujú si osobitnú spiritualitu, teda duchovný život. Táto spiritualita sa prejavuje ako motív, cieľ a náplň charitatívnej služby. Slúži aj ako obranný faktor pred pokušeniami a ako prevencia syndrómu vyhorenia, ktorý je typickým úskalím pomáhajúcich profesií a teda aj charitatívnej činnosti.

Napriek tomu, že je charita vo veľkej miere spájaná s cirkvou a kresťanstvom, nemožno túto prácu vykonávať len v jej rozmedzí. Aj cirkev usudzuje, že ak má rešpektovať charita pracovno-právne predpisy a náboženskú slobodu, nesmie sa vnucovať len kresťanský pohľad na pomoc núdnym. Je potrebné zvoliť metódu privedenia hodnôt, ktorými sa ľudia hlásia k ich Božskému základu, respektíve ich očisťovať, ak sú nejakou ľudskou slabosťou vychýlené z kurzu. Predpokladom je správna identifikácia týchto hodnôt, ich spoznávanie v kombinácii so správnym ponímaním viery. (Opatrný In Šak, 2009).

„Boh koná svoje dielo lásky prostredníctvom tých, ktorí ho prijímajú do svojho srdca. A tých, ktorí ho tam prijímajú a nekladú mu prekážky, uschopňuje konať priam božské diela lásky“ (Košč, Antolová, 2008, s. 65).

Správnym smerovaním a prežívaním spirituality človek nachádza základné hodnoty v jeho živote, ktoré jej prostredníctvom pestuje a rozvíja. V tomto prípade je láska jednou s hodnôt, ktorú človek vníma skrze Boha a pretvára ju vo vzťahu k pomoci človeku do lásky k

blížnemu. Táto láska sa zároveň stáva aj jeho motiváciou a východiskom v tejto činnosti, bez ohľadu na finančné a materiálne zabezpečenie, či osobnú materiálnu prosperitu.

Záver

Cieľom nášho príspevku bolo poukázať na to, ako spiritualita dokáže v živote človeka, pomáhajúcej praxi sociálneho pracovníka, či prežívaní samotného klienta napomôcť a prispieť k zlepšeniu situácie ako aj k riešeniu problémov. Ak je spiritualita v živote človeka rozvíjaná a smerovaná správnym smerom, dokáže človeka odosobniť od útrap a nástrah pozemského života, ktoré sú dnes veľmi často spôsobované prevrátenými životnými hodnotami, ktoré človeka zvedú zo správnej cesty. Najmä v čase, keď človek rozpoznáva blížiaci sa odchod z tohto sveta, začína bilancovať jeho skutky a premýšľa, čo mohol vykonať inak, lepšie a zmeniť niektoré veci v živote, či odvrátiť niektoré situácie. Často už samotnými rodičmi zanedbávaná viera v rodinách môže byť koreňom a jadrom tohto problému, ktorý sa môže tiahnuť, transformovať a nabaľovať v ďalšom živote človeka, preto môžeme považovať spiritualitu nie len ako prevenciu, ale aj možné východisko problémov, ktorých jadro pramení práve v nevedomom zanedbávaní viery a potreby uvedomenia si spirituálnej stránky nášho bytia.

Zoznam použitej literatúry

- BUBÁK, M. 2009. Spiritualita súčasného človeka. [online]. [citované dňa 2017-1-25]. Dostupné na internete: <http://sk.radiovaticana.va/storico/2009/09/13/p_milan_bub%c3%a1k_spiritualita_s%c3%ba%c4%8dasn%c3%a9ho_%c4%8dloveka/slo-316219>.
- HALAMA, P. a kol. 2006. Religiozita, spiritualita a osobnosť. Bratislava : Ústav experimentálnej psychológie SAV, 2006. 165 s. ISBN 80-88910-22-6.
- HELUS, Z. 2011. Úvod do psychológie. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a. s., 2011. 320 s. ISBN 978-80-247-3037-0.
- HUBÁČKOVÁ, J. 2006. Spiritualita, umění, mravnost. In BABYRÁDOVÁ, H. – HAVLÍČEK, J. Spiritualita. Fenomén spirituality z pohľadu filozofie, religionistiky, teorie a dejin umění, pedagogiky, sociologie, antropologie, psychologie a výtvarných umělců : Sborník transdisciplinárních esejů s mezinárodní účastí. 1. Vyd. Brno : PF Masarykovské univerzity, 2006. ISBN 80-210-4206-0, s. 435-439.
- SAMOJSKÝ, P. 2014. Spiritualita (nejen) pro skeptiky. 1. vyd. Praha : UNITARIA, 2014. 221 s. ISBN – 978-80-86105-70-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2009. Psychologie moudosti a dobrého života. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a. s., 2009. 144s. ISBN 978-80-247-2362-4.
- KOŠČ, S. – ANTOLOVÁ, V. 2008. Teória, prax a metódy charitatívnej činnosti. Ružomberok : PF KU v Ružomberku, 2008. 112 s. ISBN 978-80-8084-337-3.
- KUBEROVÁ, H. – BAŇASOVÁ, A. 2015. Kresťanská spiritualita pre liečebných pedagógov a iných v pomáhajúcich profesiách. Ružomberok : VERBUM, 2015. 115 s. ISBN 978-80-561-0216-9.
- KUBUŠOVÁ, B. – FABIÁN, A. 2013. Význam spirituality vo vzťahu ku pracovnej spokojnosti a syndrómu vyhorenia sociálnych pracovníkov. In BALOGOVÁ, B. – POKLEBOVÁ, Z. 2013. Výskum v sociálnych vedách : zborník príspevkov z III. Doktorantskej konferencie konanej 9. novembra 2012 v Prešove. [online]. Prešov : Prešovská

univerzita v Prešove, 2013. [citované dňa 2017-2-15]. Dostupné na internete: <<https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Balogova6/subor/Kubusova.pdf>>. ISBN 978-80-555-0801-6, s. 107-116.

OPATRŇÝ, M. 2009. Misie České katolícké charity ve vztahu k areligiôzni spoločnosti. In ŠAK, Š. 2009. Kresťanské východiská sociálnej práce a jej misijný rozmer : zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 6. – 7. októbra 2008 v Prešove. [online]. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, 2009. [citované dňa 2017-2-15]. Dostupné na internete: <<https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Sak3/subor/9.pdf>>. ISBN 978-80-555-0076-8, s. 93-99.

ŠTAMPACH, I. 2006. Nahradila spiritualita náboženství? In BABYRÁDOVÁ, H. – HAVLÍČEK, J. Spiritualita. Fenomén spirituality z pohľadu filozofie, religionistiky, teórie a dejín umění, pedagogiky, sociológie, antropológie, psychológie a výtvarných umelcov : Sborník transdisciplinárních esejů s mezinárodní účastí. 1. Vyd. Brno : PF Masarykovské univerzity, 2006. ISBN 80-210-4206-0, s. 99 – 105.

STRÍŽENEC, M. 2007. Novšie pohľady na religiozitu a spiritualitu. Bratislava : Slovak Academic Press, 2007. 166 s. ISBN 978-80-88910-24-4.

VOJTÍŠEK, Z et al. 2012. Spiritualita v pomáhajících profesích. Praha : Portál, 2012. 232s. ISBN 978-80-262-0088-8.

Kontakt na autorov

Mgr. Rastislav Barkasi – externý doktorand

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

Palackého č. 1, P.O. Box 104,810 00 Bratislava

email: rastislav.barkasi@gmail.com

doc. ThDr. Peter Vansač, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

Detašované pracovisko bl. M. D. Trčku Michalovce, Partizánska 23,071 01 Michalovce

email:

Ing. Alexander Bugyi – externý doktorand

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

Palackého č. 1, P.O. Box 104,810 00 Bratislava

email: alexander.bugyi@gmail.com

MEDICÍNSKE PREVENTÍVNE PROGRAMY V RÁMCI INTEGROVANÝCH CENTIER ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Medical preventive programs in the integrated Health care center

Belovičová M.

Abstrakt

Hlavnou príčinou úmrtí a zlej kvality života v Európe sú chronické ochorenia. Často sú dôsledkom fajčenia, škodlivého užívania alkoholu, zlého stravovania a nedostatočnej telesnej aktivity. Tieto rizikové faktory sa ďalej znásobujú skrytými sociálno-ekonomickými, ako aj environmentálnymi faktormi. V Slovenskej republike je vysoká morbidita a mortalita na kardiovaskulárne ochorenia, zhubné nádory, obezitu a jej komplikácie, diabetes mellitus, choroby pečene. Preto je nevyhnutné realizovať medicínske preventívne programy na včasný záchyt týchto ochorení. Vláda Slovenskej republiky v 12/2013 schválila Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014-2030. Jedným z cieľov je implementovať medicínske preventívne programy v predchádzaní prenosných a neprenosných ochorení prostredníctvom spolupráce s ostatnými zložkami poskytovania zdravotnej starostlivosti a inštitúciami verejného zdravotníctva. K naplneniu cieľov Strategického rámcu starostlivosti o zdravie majú pomôcť Integrované centrá zdravotnej starostlivosti, ktoré vytvárajú najvhodnejší priestor pre prepájanie primárnej starostlivosti ako aj sociálnych služieb na komunitnej úrovni pre občanov daných lokalít.

Kľúčové slová: Medicínske preventívne programy. Integrované centrá zdravotnej Starostlivosti. Diabetes mellitus. Choroby pečene. Onkologické choroby.

Abstract

The main cause of death and poor quality of life in Europe are chronic diseases. They are often the result of smoking, harmful alcohol use, poor eating and inadequate physical activity. These risk factors are further multiplied by hidden socio-economic as well as environmental factors. In the Slovak Republic there is a high morbidity and mortality in cardiovascular diseases, oncology, obesity and its complications, diabetes mellitus, liver diseases. Therefore, it is necessary to implement medical preventive programs for early detection of these diseases. The Government of the Slovak Republic on 12/2013 approved the Strategic Health Care Framework for 2014-2030. One of the goals is to implement medical preventive programs to prevent portable and non-communicable diseases through collaboration with other healthcare providers and public health institutions. The Integrated Health Care Centers, which create the most appropriate space for the interconnection of primary care as well as social services at community level for the citizens of the given sites, should help to meet the objectives of the Strategic Health Care Framework.

Key words: Medical preventive programs. Integrated health care centers Diabetes mellitus Hepatic diseases. Oncological diseases.

Úvod

Hlavnou príčinou úmrtí a zlej kvality života v Európe sú chronické ochorenia. Viac ako 4 milióny ľudí v Európskej únii (EÚ) každý rok umiera na chronické ochorenia (čo predstavuje 87 % predčasných úmrtí). Chronické ochorenia predstavujú aj obrovskú hospodársku záťaž, lebo ľudia v rozkvetení života strácajú schopnosť pracovať.

Mnohým chronickým ochoreniam možno predísť. Často sú dôsledkom fajčenia, škodlivého užívania alkoholu, zlého stravovania a nedostatočnej telesnej aktivity. Tieto rizikové faktory sa ďalej znásobujú skrytými sociálno-ekonomickými, ako aj environmentálnymi faktormi (Belovičová, M. – Adamcová-Selčanová, S. 2017)

Vláda Slovenskej republiky schválila 18.12.2013 Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014-2030. Zaradila tam aj nasledovné oblasti:

1. Primárna ambulantná zdravotná starostlivosť by mala byť hlavným cieľom zlepšenia systému zdravotnej starostlivosti;
2. Implementovať koncepciu integrovaného modelu primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti s prioritným zameraním na odbory všeobecného lekára pre dospelých, všeobecného lekára pre deti a dorast a gynekológa ako lekárov prvého kontaktu ako aj ošetrovateľstvo na základe koncentrácie ich činností do centier integrovanej starostlivosti; tvorba nových postupov v oblasti liečby a prevencie, posilnenie a rozšírenie kompetencií všeobecnej ambulantnej a ošetrovateľskej starostlivosti.
3. Implementovať medicínske preventívne programy v predchádzaní prenosných a neprenosných ochorení prostredníctvom spolupráce s ostatnými zložkami poskytovania zdravotnej starostlivosti a inštitúciami verejného zdravotníctva (Implementačná stratégia, 2017).

V Slovenskej republike je vysoká morbidita a mortalita na kardiovaskulárne ochorenia, zhubné nádory, obezitu a jej komplikácie, diabetes mellitus, choroby pečene. Preto je nevyhnutné realizovať medicínske preventívne programy na včasný záchyt týchto ochorení.

Nemalú úlohu v tejto oblasti môže zohrať ošetrovateľstvo. Podľa Koncepcie odboru ošetrovateľstva k jednej z hlavných úloh ošetrovateľstva patrí: udržiavať a podporovať optimálny zdravotný stav osoby, rodiny a komunity v rôznych životných situáciách a podporovať ich k aktívnej účasti v starostlivosti o vlastné zdravie (Murgová, A., 2016).

Stručne uvádzame informácie ohľadne neinfekčných ochorení masového výskytu v našej krajine.

Kardiovaskulárne ochorenia

KVCH (kardiovaskulárne choroby) sú dlhodobou najčastejšou príčinou smrti vo svete aj na Slovensku. Sú najrozšírenejším závažným chronickým ochorením v slovenskej populácii, dlhodobou im patrí dominantná pozícia v príčinách hospitalizácie v postelových zdravotníckych zariadeniach, ako aj v podiele úmrtí zo všetkých príčin smrti.

Štandardizovaná úmrtnosť na chronické ochorenia srdca na Slovensku v roku 2000 bola 536 prípadov na 100 tisíc obyvateľov (rôzne formy ICHS 291 - ischemická choroba srdca, NCMP 85 - náhla cievna mozgová príhoda a na IM 44 - infarkt myokardu).

V roku 2008 bola štandardizovaná miera úmrtnosti 454,56 na 100 000 obyvateľov. Pri porovnávaní štandardizovanej úmrtnosti je trend od roku 1997 do roku 2008 s postupnou

tendenciou k poklesu. Pri porovnaní miery štandardizovanej úmrtnosti dosahujú ženy takmer v každej vekovej skupine dlhodobo nižšie hodnoty ako muži.

V roku 2009 tvorili chronické choroby srdca 5. najčastejšiu príčinu práceneschopnosti, 2. najčastejšiu príčinu v novopriznaných invalidných dôchodkoch („plné“ invalidné dôchodky) (Baráková, A., Slovenská aliancia pre chronické ochorenia).

Zhubné nádory

Na Slovensku zaznamenávame ročne takmer 30-tisíc nových prípadov onkologických ochorení, pritom ešte v roku 1994 bol ročný počet nových ochorení menej ako 20-tisíc prípadov. Na onkologické ochorenia na Slovensku každoročne zomrie viac ako 6500 mužov a 5000 žien.

Podľa údajov z Národného centra zdravotníckych informácií (NCZI) patria na Slovensku rakovinové ochorenia dlhodobo medzi dve najčastejšie príčiny smrti s podielom okolo 25 %. Slovensko je krajinou s nadpriemerne vysokou prevalenciou i úmrtnosťou na nádorové ochorenia. Týka sa to najmä karcinómu hrubého čreva a konečníka a karcinómu prsníka (NCZI, 2017). Nádorové ochorenia u nás predstavujú 2. najčastejšiu príčinu úmrtnosti s podielom okolo 22%. Alarmujúci je fakt, že asi 44% žien do 64 rokov u nás zomiera na nádorové ochorenia (Mináriková, D. – Minárik, P., Szűcs, G. - Golian, J. , 2017)

Jedna tretina zhubných nádorov by mohla byť preventabilná keby pacienti mali optimálnu telesnú hmotnosť, zdravo sa stravovali a primerane sa hýbali. Ak by sa k týmto 3 determinantom pridalo aj odstránenie fajčenia, zabránenie rizikovej expozícii slnečnému UV žiareniu a účelná vakcinácia, **celosvetový výskyt zhubných nádorov by bol podľa vedeckých odhadov až o 50 % nižší** (Minárik, P.- Mináriková, D. - Makara, P., 2017).

Uplynulé desaťročie prinieslo obrovské množstvo epidemiologických dôkazov o obezite ako o riziku malígnych nádorov. Prospektívne sledovanie viac ako 900000 dospelých Američanov počas 16 rokov prinieslo prekvapivé zistenie, že obezita je významným rizikovým faktorom nielen pre nádory s hormonálnou závislosťou ako sú karcinóm prsníka, endometria, vaječníkov alebo prostaty či pre kolorektálny karcinóm, ale aj pre mnoho ďalších typov malignít vrátane karcinómu obličky, lymfómov či leukémie (Sucharda, P., 2016).

Minárik so spoluautormi v svojej práci uvádza, že za účelom zníženia výskytu zhubných nádorov v populácii, ako aj úmrtnosti na rakovinu, je dôležitých viacero faktorov a opatrení. Medzi najvýznamnejšie sa pokladá informovanosť a všeobecné vzdelanie ľudí o odstrániteľných príčinách a rizikách rakoviny, ako aj o možnostiach celoživotnej individuálnej prevencie nádorov. Edukácii a vzdelávaniu populácie sa preto v bohatých a ekonomicky rozvinutých krajinách pripisuje veľký význam a venuje sa im veľká pozornosť (napr. USA, Kanada, Veľká Británia, Austrália a ďalšie krajiny).

Edukácia by sa mala vykonávať dlhodobo, kontinuálne, systematicky. Osveta prevencie zhubných nádorov je rovnako dôležitá ako skríning včasných foriem rakoviny a vyhľadávanie potenciálne malígnych útvarov (prekanceróz). Obidve formy prevencie sa navzájom podporujú a ani jedna nemá prednosť pred druhou (Minárik, P.- Mináriková, D. - Makara, P., 2017)

Obezita

Obezita je definovaná ako zvýšená telesná hmotnosť zapríčinená nadmerným hromadením tuku. Zvyčajne sa definuje podľa indexu telesnej hmotnosti (BMI - body mass index - hmotnosť v kg/výška v m²). Je dnes uznávaná ako významný celosvetový zdravotný problém. Závažnosť tohto problému začala narastať od 90.-tych rokov minulého storočia keď SZO ako prvá vyhlásila jej výskyt za alarmujúci, zaradila ju na 6. miesto medzi choroby, ktoré najviac ohrozujú zdravie ľudí. *Na Slovensku má až 2/3 dospeléj populácie buď nadváhu alebo obezitu.*

Zažívame epidémiu nadváhy a obezity, ktoré sú spojené s nárastom viacerých závažných zdravotných problémov ako sú diabetes mellitus, kardiovaskulárne ochorenia, artériová hypertenzia atď. Obezita neovplyvňuje len kvalitu života jednotlivca, ale stáva sa významnou záťažou pre systémy zdravotnej starostlivosti na celom svete (Kunešová, M., 2016).

Otázka životosprávy v jedle a pití je pomerne zložitá. Telesné potreby každého človeka sú veľmi rôzne podľa toho, aký kto je, akú prácu koná, za akých okolností sa jedlo podáva. Zachovanie života vyžaduje dostatok výživy. Výživa je spojená s príjemnými pocitmi. Tešiť sa z jedla a pitia nie je správne pokiaľ ostávajú podriadené účelu výživy. Nebezpečenstvo je v tom, že človek prekročí medze správneho poriadku a začína jesť a piť len pre svoje potešenie v rozpore s požiadavkami zdravia (Vansáč, P., 2017). Žiaľ stalo sa to fenoménom 20.-21. storočia.

V roku 2015 sa predpokladal výskyt 700 miliónov obézných ľudí vo veku nad 15 rokov (Avdičová, M., 2013). Podľa údajov IASO (International Assotiation for the Study of Obesity) bolo v roku 2002 na Slovensku 45% žien a takmer 60% mužov s nadváhou a obezitou, reálne obézných bolo 14% žien a 16% mužov. V roku 2009 sa v krajinách OECD, kam patrí aj Slovensko, pohyboval priemer výskytu obézných jedincov okolo 16.9%, ktorý dosahuje aj naša krajina (Belovičová, M. - Adamcová - Selčanová, S., 2017, Belovičová, M. - Murgová, A., 2018). Obezitu právom považujú odborníci za epidémiu 3. tisícročia. Je to závažná metabolická porucha, ktorá výrazne ovplyvňuje ľudský život a zdravie (Popovičová, M. - Snopek, P., 2017).

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus je nevyliciteľné ochorenie, ktoré môžeme definovať ako neprenosné, civilizačné, chronické, heterogénne a etiopatogenetické ochorenie, čiže na jeho vzniku sa podieľa celý komplexný súbor mechanizmov, príčin vnútorného a vonkajšieho charakteru, za spolupôsobenia ktorých dochádza k porušeniu rovnováhy v ľudskom organizme (Barkasi, D., 2017).

Predpokladá sa, že každých 10 sekúnd na svete pribudne nový diabetik. Odhadom sa udáva takmer 366 miliónov ľudí chorých na diabetes. Dnešný životný štýl výrazne prispieva k rastu počtu diabetikov. Podľa odhadov do roku 2030 bude diabetom postihnutých až 552 miliónov ľudí. Podľa odhadu WHO sa na DM vynaloží 2,5 až 15% ročného rozpočtu pre zdravotníctvo. V súčasnosti má DM na Slovensku viac ako 7% obyvateľov, takmer 350 000 ľudí. Odborníci predpokladajú, v súlade s údajmi Medzinárodnej diabetologickej federácie, ďalších 150 tisíc ľudí zatiaľ nevie o tom, že majú diabetes. Epidemický nárast počtu diabetikov súvisí nielen s predlžujúcou sa dĺžkou dožitia, ale aj s epidémiou obezity a

nezdravým životným štýlom (Haluzík, M., 2016). Na tomto fakte sa podieľa aj nedostatočná osвета v rámci širokej verejnosti (Hanobik, F. – Vasilj, V., 2017).

Národný diabetologický program musí prebiehať v úzkej spolupráci praktických lekárov, špecializovaných diabetológov, diabetikov a ich organizácií. Starostlivosť o pacientov s DM sa musí vzťahovať aj na širšie aspekty života s diabetom, vrátane emocionálneho, sociálneho a ekonomického dopadu choroby. (Hanobik, F. – Vasilj, V., 2017, Mudroň, M., 2009, Barkasi, D., 2017).

Choroby pečene

Choroby pečene predstavujú v Európskej únii 6. najčastejšiu príčinu úmrtí. Len v samotnej Európe trpí až 29 miliónov ľudí na niektorú z chronických chorôb pečene, postihujú väčšinou ľudí v produktívnom veku. **Nebezpečenstvo chronických chorôb pečene spočíva v ich možnej progresii do cirhózy a vzniku jej komplikácií.** Ročne zomiera na cirhózu pečene v Európe 170 000 ľudí. Medzi najzávažnejšie komplikácie cirhózy pečene patrí hepatocelulárny karcinóm (HCC), na ktorý ročne zomiera 47 000 ľudí v Európskej únii. Je to 5. najčastejší nádor v Európe (Blachier, M. – Leleu, H. – Peck-Radosavljevic, M. et al., 2013).

Medzi najčastejšie choroby pečene v podmienkach Slovenska patria: **alkoholová choroba pečene** s jej rôznymi štádiami (alkoholová hepatitída až cirhóza pečene), **vírusové choroby pečene** (napr. chronická hepatitída B - CHB, chronická hepatitída C - CHC) a **nealkoholová tuková choroba pečene** (NAFLD) so svojou najzávažnejšou formou - **nealkoholovou steatohepatitídou** (NASH), ktorá počas posledných rokov nadobúda predovšetkým kvôli nezdravým stravovacím návykom epidemické rozmery.

NAFLD je najčastejšou chorobou pečene v hospodársky rozvinutých krajinách. Prevalencia sa pohybuje v rozmedzí 17 - 46% v závislosti od diagnostických postupov, etnickej príslušnosti, veku, pohlavia. U detí súvisí prevalencia NAFLD s vekom dieťaťa: 3-10%, u obéznych detí však dosahuje hodnoty 40-70%. *Prevalencia NAFLD stúpa s vekom, pretože pacienti vo vyššom veku majú viac rizikových faktorov metabolického syndrómu.* Vo všeobecnosti sa usudzuje, že progresia NAFLD do steatohepatitídy, resp. fibrózy vyplýva skôr z pridružených ochorení a dĺžky ich trvania ako z veku samotného. Rizikovými faktormi pre rozvoj NAFLD sú: obezita, diabetes mellitus (DM) 2. typu, hypertriglyceridémia. NAFLD však môže byť prítomná u 7% osôb, ktoré obezitu nemajú (EASL Guideline, 2016). Musí byť však prítomná akumulácia viscerálneho tuku.

Podľa literárnych údajov, ktoré sú v poslednom čase dostupné, asi 70-80% pacientov s DM 2. typu má pravdepodobne NAFLD. *Ak by sme to preniesli na Slovensko, znamená to, že cca 229.103 pacientov s diabetom má NAFLD a takmer 35000 pacientov má pokročilú fibrózu pečene a riziko vzniku cirhózy !!!* U pacientov s DM 2. typu by mala byť diagnostika NAFLD stanovená nezávisle na aktivite pečenejých enzýmov, nakoľko u týchto pacientov je progresia ochorenia významne vyššia.

Na Slovensku sú chronické ochorenia pečene piatou najčastejšou príčinou smrti celkovo a v prípade produktívneho veku sa dostávajú na 3. miesto za kardiovaskulárne a onkologické ochorenia. V roku 2014 zapríčinili chronické ochorenia pečene 4% úmrtí mužov a 2% úmrtí žien. **Európska asociácia pre výskum pečene hodnotí Slovensko ako krajinu so 4. najvyššou mortalitou na ochorenia pečene po Maďarsku, Rumunsku a Slovinsku.**

Záver

Primárna zdravotná starostlivosť je základným pilierom zdravotnej starostlivosti a je dôležité ju prispôbiť súčasným požiadavkám, ako sú: 1) zvyšujúca sa prevalencia chronických ochorení aj v dôsledku demografických zmien - kapacitné možnosti špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti sú nepostačujúce pre záchyt miernych až stredne ťažkých typov ochorení; 2) zníženie počtu hospitalizácií - skorší záchyt chronických ochorení (ICHS, artériová hypertenzia, diabetes mellitus) vedie k zníženiu hospitalizácií; 3) nevyhnutnosť prepojenia zdravotnej a sociálnej starostlivosti so zameraním na rozvoj komunitných služieb orientovaných na občana (pacienta); 4) integrácia zdravotných a sociálnych služieb a podpora verejného zdravia obyvateľstva ako aj cielej práce so znevýhodnenými skupinami obyvateľstva v im známom prostredí (Implementačná stratégia, 2017).

Tieto ciele sa dajú ľahšie zrealizovať pri implementácii medicínskych preventívnych programov do bežnej praxe. Treba zvýšiť povedomie o civilizačných ochoreniach v primárnej sfére zdravotnej starostlivosti a aktivizovať zapojenie sestier a sociálnych pracovníkov pri šírení osvetu v komunitnej zdravotnej starostlivosti ohľadne dopadu civilizačných chorôb na zdravie našich občanov

Integrované centrá zdravotnej starostlivosti (ďalej ICZS) vytvárajú najvhodnejší priestor pre prepájanie primárnej starostlivosti ako aj sociálnych služieb na komunitnej úrovni pre občanov daných lokalít (Implementačná stratégia, 2017).

Zoznam použitej literatúry

- AVDIČOVÁ, M. a kol. 2013. Monitorovanie rizikových faktorov chronických chorôb v SR. Svidník: Slovenská spoločnosť praktickej obezitológie. Svidník 2013. 175 str. ISBN -80-971460-0-9.
- BARAKOVÁ, A. Choroby obehovej sústavy. www.nczisk.sk/Documents/nzr/prezentacie/choroby_obehovej_sustavy.pdf 7.11.2017
- BARKASI, D. 2017. Sociálny pracovník ako súčasť multidisciplinárneho tímu pri zvládaní ochorenia diabetes mellitus. S. 9-21. In: Zborník príspevkov: Belovičová M, Vansáč P.: Dni praktickej obezitológie a metabolického syndrómu. 15.-16.06.2017 Bardejovské Kúpele. Instytut Wydawniczy Humannum. ISBN 978-83-7520-221-2.
- BELOVIČOVÁ, M., ADAMCOVÁ-SELČANOVÁ, S. 2017. Obezita a choroby pečene. S. 22-33. In : Zborník príspevkov: Belovičová M, Vansáč P.: Dni praktickej obezitológie a metabolického syndrómu. 15.-16.06.2017 Bardejovské Kúpele. Instytut Wydawniczy Humannum. ISBN 978-83-7520-221-2.
- BELOVIČOVÁ, M., MURGOVÁ, A. 2018. Tranzitná elastografia – skríningová metóda v diagnostike choroby pečene u pacientov s diabetes mellitus 2.typu. s. 124-132. In: Zborník z vedeckej konferencie: Gállová A, Šuvada J.: Úlohy zdravotníctva a sociálnej práce v dnešnej spoločnosti. Rimavská Sobota 2018. Asociácia pre sociálny rozvoj a podporu občanov SR. ISBN 978-80-972352-8-4.
- BLACHIER, M., LELEU, H., PECK-RADOSAVLJEVIC, M. et al. 2013. The Burden of liver diseases in Europe 2013. A review of available epidemiological data. J Hepatol 2013; 58: 593-608. ISSN: 0168-8278.

- EASL-EAS-EASO Clinical Practice Guidelines. For the management of Non-Alcoholic Fatty Liver Disease. [online] J Hep.2016; <http://dx.doi.org/10.2016/j.jhep>. 2015.11.004.
- HALUZÍK, M. 2016: Obezita a diabetes mellitus 2. Typu. S. 25-30. In: *Základy obezitologie*, Praha: Galén. 2016. 172 str. ISBN 978-80-7492-217-6.
- HANOBIK, F., VASILJ, V. 2017. Sociálna práca s klientmi s diagnózou diabetes mellitus. S. 93-116. In : *Zborník príspevkov: Belovičová M, Vansáč P.: Dni praktickej obezitologie a metabolického syndrómu*. 15.-16.06.2017 Bardejovské Kúpele. Inštitút Wydawniczy Humannum. ISBN 978-83-7520-221-2.
- IMPLEMENTAČNÁ STRATÉGIA – SYSTÉM INTEGROVANÉHO POSKYTOVANIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI.
www.health.gov.sk/Zdroje/?dokumenty/IZP/2017/iczs.pdf 4.11.2017.
- KUNEŠOVÁ, M. 2016. *Základy obezitologie*, Praha: Galén. 2016. 172 str. ISBN 978-80-7492-217-6.
- MINÁRIK, P, MINÁRIKOVÁ, D., MAKARA, P. 2017. Možnosti a súčasná prax všeobecných lekárov na Slovensku pri osвете o prevencii zhubných nádorov. S. 165-174. In : *Zborník príspevkov: Belovičová M, Vansáč P.: Dni praktickej obezitologie a metabolického syndrómu*. 15.-16.06.2017 Bardejovské Kúpele. Inštitút Wydawniczy Humannum. ISBN 978-83-7520-221-2.
- MINÁRIKOVÁ, D., MINÁRIK, P., SZUCS, G., GOLIAN, J. 2017. S. 180-190. In : *Zborník príspevkov: Belovičová M, Vansáč P.: Dni praktickej obezitologie a metabolického syndrómu*. 15.-16.06.2017 Bardejovské Kúpele. Inštitút Wydawniczy Humannum. ISBN 978-83-7520-221-2.
- MUDROŇ, M.2009. *Krutá pravda o Vašich chorobách: tichý zabijak cukrovka a iné choroby*. Eko-konzult, Bratislava 2009, 153 str. ISBN 978-80-8079-122-3.
- MURGOVÁ, A. 2016. *Vybrané kapitoly z teórie ošetrovateľstva*. VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava, 89 str. ISBN 978-80-8132-157-3.
- NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. 2017. *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2015*. Bratislava: Národné centrum zdravotníckych informácií. 2017. s. 17.
- NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. NÁRODNÝ ONKOLOGICKÝ REGISTER SR. 2017. *Incidenca zhubných nádorov v Slovenskej republike 2010*. Bratislava: Národné centrum zdravotníckych informácií a Národný onkologický register SR. 2017. s. 185. ISBN 978-80– 89292-55-4.
- POPOVIČOVÁ, M., SNOPEK, P. 2017. Nadváha a obezita ako aktuálny problém súčasnej spoločnosti. S. 224-236. In : *Zborník príspevkov: Belovičová M, Vansáč P.: Dni praktickej obezitologie a metabolického syndrómu*. 15.-16.06.2017 Bardejovské Kúpele. Inštitút Wydawniczy Humannum. ISBN 978-83-7520-221-2.
- SLOVENSKÁ ALIANCIA PRE CHRONICKÉ OCHORENIA.
www.hpi.sk/cdata/Documents/Analyza_trendov_CHO_a_monitorovanie_RF.pdf 1.03.2018
- SUCHARDA, P. 2016. *Zdravotní rizika obezity a nemoci komplikujúci obezitu*. S.17-24. In: *Základy obezitologie*, Praha: Galén. 2016. 172 str. ISBN 978-80-7492-217-6.
- VANSÁČ, P. 2017. *Ochrana zdravia ako jedno z Božích prikázanií*. S. 272-286. In : *Zborník príspevkov: Belovičová M, Vansáč P.: Dni praktickej obezitologie a metabolického*

syndrómu. 15.-16.06.2017 Bardejovské Kúpele. Instytut Wydawniczy Humannum. ISBN 978-83-7520-221-2.

Kontakt na autora

doc. MUDr. Mária Belovičová, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, pracovisko Prešov a Michalovce

Interná ambulancia so zameraním na diagnostiku a liečbu chorôb pečene, Bardejovské Kúpele
Slovenská spoločnosť praktickej obezitológie, Bardejov

email: mriab9@gmail.com

NÁSTROJE ELIMINÁCIE SOCIÁLNEHO OHROZENIA

Tools to eliminate social threats

Berka R.

Abstrakt

Nezamestnanosť je spoločenským fenoménom už niekoľko desaťročí a je zároveň skloňovanou spoločenskou témou nielen u nás v Slovenskej republike. Dlhodobá nezamestnanosť má za následok negatívne sociálne javy ako je sociálna deprivácia, chudoba, sociálna exklúzia a marginalizácia, ktorých prehlbovaniu je potrebné zabráňovať.

Príspevkom by sme radi poukázali na možnosti sociálnej práce u najviac postihnutých osôb s dlhodobou nezamestnanosťou, a to hlavne u marginalizovaných skupín obyvateľstva nachádzajúcich sa v sociálnej exklúzii. Dopady sociálneho vylúčenia sú evidentné v oblastiach starostlivosti o maloleté deti, či výskytu sociálno- patologických javov a i.

V dôsledku dosahovania eliminovania sociálnej exklúzie je potreba podporovať snahu o inklúziu, integračné procesy v činnostiach štátnych orgánov, inštitúcií, ako aj samospráv, i neziskových organizácií prostredníctvom určených operačných programov v rámci európskych štrukturálnych fondov.

Kľúčové slová: Nezamestnanosť. Chudoba. Sociálna exklúzia. Integrácia.

Abstract

Unemployment has been a social phenomenon for several decades and it is also a filthy social subject not only in the Slovak Republic. Long-term unemployment results in negative social phenomena such as social deprivation, poverty, social exclusion and marginalization that need to be exacerbated.

We would like to make a contribution to the possibility of social work for the most affected people with long-term unemployment, especially for marginalized groups of people in social exclusion. The implications of social exclusion are evident in areas of care. children, the incidence of sociopathological phenomena and others.

As a result of the achievement of the elimination of social exclusion, it is necessary to support efforts for inclusive, integrative processes in the activities of state authorities, institutions, as well as self-governments and non-profit organizations through designated operational programs under the European Structural Funds.

Key words: Unemployment. Poverty. Social Exclusion. Integration.

Úvod

Problematika sociálneho ohrozenia v SR sa dotýka hlavne skupín dlhodobo nezamestnaných občanov, nezamestnateľných, ako aj seniorov, či občanov ťažšie zaraditeľných na trh práce v dôsledku nepriaznivého zdravotného stavu, či odkázanosti na pomoc iných a pod. Medzi ocitajúce sa sociálne skupiny v soc. exklúzii a najviac ohrozené skupiny občanov sociálnym vylúčením, resp. sociálnou exklúziou, patria hlavne rómske etnikum, seniori, ťažko zdravotne postihnutí občania a iné skupiny.

„ Každý máme zároveň povinnosť voči spoločnosti, v ktorej jedine môžeme slobodne a plne rozvíjať svoju osobnosť. Povinnosti voči spoločnosti si plní aj sociálna práca, ktorá napomáha sociálnemu rozvoju a sociálnej súdržnosti (sociálnej kohézii) v spoločnosti.“ (Gállová, 2016, s. 9) Sociálna exklúzia sa najviac dotýka dlhodobu nezamestnaných závislých na sociálnych dávkach, nízkopríjmových rodín so závislým členom rodiny, nezamestnateľní a pod. Jednou z hlavných príčin ocitnutia sa v stave sociálneho vylúčenia je chudoba.

Chudoba

Stratou zamestnania sa človek ocitne v evidencii ako uchádzač o zamestnanie na úrade práce, stane sa poberateľom sociálnych dávok, jednotlivec, či rodina sa stanú nízkopríjmovou sociálnou skupinou. Strata zamestnania patrí medzi závažné rizikové faktory spúšťajúce stresové situácie, jedinec stratí odrazu pracovné návyky, rodinný rozpočet sa znižuje, čo podstatne vplyva na pokles, regres životného štandardu, človek sa dostáva do stavu sociálnej deprivácie.

„ Nezamestnanosť sa dotýka aj vnútorných pravidiel fungovania rodiny a domácností, hlavne v delbe úloh a činností v rodine. Dlhé obdobia nezamestnanosti majú významný vplyv na občanov rovnako, ako na ich rodiny, komunity, národné ekonomiky.“ (Gállová, 2016, s. 15)

Deprivácia je zlý psychický stav, ktorý vzniká, keď človek nemôže uspokojovať svoje potreby. Existuje index relatívnej deprivácie. Je zostavený z určitých položiek, ktoré charakterizujú určitý nedostatok (napr. chýba denne jedno teplé jedlo, v byte nie je WC, rodina si nemôže dovoliť pobyt na dovolenke mimo bydliska, ale škála ukazovateľov je okrem toho podstatne širšia). Najznámejší je tzv. Townsendov index, cca 65 položiek.

Townsend rozlišuje tri rôzne formy relatívnej deprivácie:

1. deprivácia z nedostatočnej výživy, ošatenia a ďalších potrieb, ktoré sú v danej spoločnosti obvyklé
2. deprivácia z poklesu pod obvyklú životnú úroveň
3. deprivácia z poklesu pod to, čo by bolo úrovňou väčšiny pri lepšej redistribúcii prostriedkov

Hranica chudoby je určená porovnávaním deprivácie, meranej pomocou indexu a príjmom, vyjadreným ako násobok veľkosti nároku na sociálnu podporu.

Hlavné príčiny chudoby sú:

- globalizácia
 - pôsobenie trhu
1. globalizácia – v základnej forme sa chápe ako medzinárodná delba práce a z nej vyplývajúci medzinárodný obchod. Avšak rast hospodárstva by mal byť prepojený so sociálnym a ekologickým rozvojom. Ekonomická výkonnosť je podmienkou sociálnej spravodlivosti. Ľudský dôstojný globálny vývoj musí byť zameraný na spoločné dobro celého ľudstva a na životné šance budúcich generácií.
 2. trh – pôsobí v rámci určitého právneho a politického poriadku, ktorý vytvárajú ľudia. Trhové hospodárstvo umožňuje jednotlivcovi, aby mohol využiť práva a slobody, ktoré mu poskytuje ústava. Ak do trhového hospodárstva zámerne a cieľavedome integrujeme aj sociálny prvok, môže vzniknúť veľmi vydatená forma organizovania hospodárstva

Na Slovensku má chudoba hlavne tri podoby:

1. spojená s demografickým alebo sociálnym statusom (osamelé matky s deťmi, mnohohodtné rodiny, osamelí dôchodcovia)
2. etnická chudoba
3. nová chudoba, vyplývajúca z dlhodobej nezamestnanosti

Za chudobného sa v Slovenskej republike podľa zákona považuje osoba, ktorá sa nachádza v hmotnej núdzi. Zákon definuje hmotnú núdzu ako stav, keď príjem občana nedosahuje zákonom určené životné minimum.

V literatúre sa uvádzajú sa štyri protikladné dvojice konceptov chudoby:

1. absolútny – relatívny
2. priamy – nepriamy
3. objektívny – subjektívny
4. preskriptívny (určia ho experti) – konsenzuálny (verejná mienka)

Absolútna chudoba – ide o fyzické (holé) prežitie. Znamená to taký nedostatok prostriedkov na uspokojenie základných potrieb, že po určitom čase to ohrozuje život. Tento koncept sa považuje za použiteľný už len v chudobných rozvojových krajinách.

Relatívna chudoba – je to taká chudoba, keď ľudia nemajú zdroje, postačujúce na zaistenie takého druhu stravy, participácie, životných podmienok a požitkov, ktoré sú obvyklé v príslušnej spoločnosti (P. Townsend). Takéto chápanie sa veľmi približuje chápaniu chudoby v štátoch EÚ. Tento koncept sa používa v rozvinutých krajinách.

Priama chudoba – meria sa až po transformácii príjmov do spotreby. Predovšetkým je to kúpna sila peňazí.

Nepriama chudoba – hodnotí disponibilný príjem či už jednotlivca alebo domácnosti. Meria sa príjem pred spotrebou.

Preskriptívna chudoba – úroveň potrieb vo forme spotrebných košov, životného minima alebo zaručených minimálnych príjmov v tomto prípade určujú experti. Kto sa nachádza pod určenou úrovňou, ten sa považuje za chudobného.

Konsenzuálna chudoba – je vecou dohody spoločnosti. Spoločnosť (zastúpená napr. parlamentom) určuje, čo je nevyhnutne potrebné k životu.

Objektívna chudoba – vychádza z analýzy sociálno – ekonomických informácií. Hranica chudoby je určená zvonku (štát, parlament), nezávisle na názore tých, ktorí sú považovaní za chudobných.

Subjektívna chudoba – spočíva na názoroch a pocitoch tých, ktorých sa dotýka.

Za chudobného sa v Slovenskej republike podľa zákona považuje osoba, ktorá sa nachádza v hmotnej núdzi. Zákon definuje hmotnú núdzu ako stav, keď príjem občana nedosahuje zákonom určené životné minimum.

„Z celej mnohotvárnosti komponentov podstatne ovplyvnili kvalitu spoločenských procesov hlavne sociálne hodnoty, sociálne inštitúcie, sociálne normy a sociálne vzťahy, ktoré majú v sebe obsiahnutý aj sociálno – etický rozmer a zároveň, ktorých cieľom by malo byť všeobecné dobro.“ (Gálová, 2016, s. 13)

Na Slovensku sa v jednotlivých regiónoch v dôsledku dlhodobej nezamestnanosti nachádzajú v stave hmotnej núdze vysoké percentá jednotlivcov, skupín, resp. rodín, ktorí majú sťažený prístup k uplatneniu sa na trhu práce. Medzi nich patria hlavne jednotlivci :

- s ukončeným základným vzdelaním, resp. s povinnou školskou dochádzkou
- so sťažným prístupom k zamestnaniu sa v dôsledku segregovaného či separovaného bývania
- ktorí sú dlhodobo nezamestnaní, resp. s nevytvorenými pracovnými návykmi
- s výskytom závislostí, či sociálno-patologických javov
- či nízkymi sociálnymi kompetenciami, zručnosťami
- osamelí jedinci, či osoby s mal. dieťaťom a pod.

Osobitným prejavom sociálnej exklúzie a chudoby Rómov je sociálna patológia. Je známou sociologickou paradigmou, že v prostredí, ktoré je poznačené chudobou, sa najlepšie darí antinormatívnym prejavom v správaní. V komunite, ktorá svojim členom neponúka alternatívy spôsobu života s vyhliadkami na naplnenie individuálnych potrieb a aspirácií v prostredí, kde chýbajú prostriedky na saturovanie nie kultúrnych a sociálnych potrieb, ale kde absentujú základné životné prostriedky, dochádza k prejavom sociálnej dezorganizácie až anómie. V takomto prostredí sa jedinci prejavujú ľahostajnosťou k zvonku určeným normám správania sa, pretože tieto nenachádzajú v prostredí chudoby reálny základ. Chudoba teda predstavuje významný faktor vzniku patológie.

P. Ondrejko (2000) ju označuje za predpolie kriminality. Javy sociálno-patologickej povahy v rómskej komunite závisia od mnohých podmienok.

Fenomén chudoby a iných negatívnych spoločenských javov vychádza z nezamestnanosti, ktorú definujú viacerí autori rôzne, napr.:

„Nezamestnanosť je nielen „vážny ekonomický a sociálny problém“ ale je považovaná aj „za veľmi vážny politický problém. Nezamestnanosť totiž znamená stratu statkov a služieb, ktoré mohli nezamestnaní pracovníci vyrobiť.“ (Martincová, 2002, s. 7-8)

Krebs (2007.) vo svojej knižnej publikácii Sociálna politika definuje nezamestnanosť, že *„je zložitým javom a nie je možné ju hodnotiť len globálne. Na jej riešenie je treba mať k dispozícii celú informačnú sieť potrebných údajov, napr. koho sa nezamestnanosť dotýka, kde sa vyskytuje, ako dlho trvá, aká je jej miera, aké sú predpoklady na jej riešenie, vrátane finančných zdrojov a pod.“* (Krebs, 2007, s. 290-291)

Na trhu práce rozlišujeme:

- Dobrovoľná nezamestnanosť, o ktorej hovoríme vtedy, keď určitá časť pracovných síl nie je ochotná pracovať za určitých mzdových podmienok. Pracovné miesta síce existujú, ale nie je o ne záujem. Dobrovoľne nezamestnaní môžu pred prácou, pri danej úrovni miezd, uprednostňovať štúdium alebo voľný čas.
- Nedobrovoľná nezamestnanosť vzniká, ak je počet voľných pracovných síl oveľa väčší než počet voľných pracovných miest. Základnou príčinou nedobrovoľnej nezamestnanosti je regulovaný charakter miezd. (Árendáš, 2007, s. 151-152)
- Nezamestnanosť prináša pre spoločnosť nasledujúce problémy, ktoré sú:
- ekonomického charakteru
- sociálneho charakteru (stresy, strata kvalifikácie)
- organizačného charakteru (rozsiahla sieť služieb zamestnanosti)
- politického charakteru -ohrozenie sociálneho zmiernu (Árendáš, 2007, s.149)
- Vysoká miera nezamestnanosti prináša tieto problémy:
- ekonomické: rastú náklady na podporu nezamestnaným

- organizačné: súvisia s vytvorením inštitúcií poskytujúcich pomoc pre nezamestnaných
- politické: „ako z medzinárodného pohľadu ako krajina nestabilne rozvíjajúca sa, tak z vnútropolitického pohľadu, kedy sú ohrozené sociálne práva občanov, prebiehajúce reformy a v konečnom dôsledku môže byť ohrozená aj legitimita vládnej moci, z dôvodu neschopnosti riešiť základné ekonomické problémy.“ (Tomašovičová, 2007, s. 91).

Terénna sociálna práca s rodinou

- Zmyslom terénnej sociálnej práce je :
- Príležitosť ku získaniu dôležitých anamnestických údajov o živote a fungovaní rodiny, v kontexte s výkonom aktivít terénnych sociálnych pracovníkov s cieľom sociálnej diagnostiky, aby sme porozumeli existencii druhého človeka, musíme sa vedieť orientovať v jeho prirodzenom svete. Pod pojmom prirodzený svet rozumieme celok našich vzťahov k veciam, priestoru, ľuďom, hodnotám i k našim vlastným možnostiam, čo s tým urobíme (Klenovský, 2006).
- Terénna sociálna práca je kľúčová a nevyhnutná pre efektívnu pomoc, s cieľom sanácie rodiny, pretože zachytáva a rieši problémy práve tam, kde vznikli. Za terénnu sociálnu prácu nemožno považovať jednorazovú návštevu (či jednorazové intervencie, ktoré sa tiež poskytujú v rámci TSP) v domácnosti klienta, ale ide o dlhodobý proces zameraný na zisťovanie príčin zlyhávania rodiny, hľadanie zdrojov a vhodných nástrojov na ich odstraňovanie a monitorovanie, realizácie dohodnutých krokov a dosahovaných zmien. Ide o získavanie údajov a informácií s cieľom získania relevantných údajov k stanoveniu sociálnej diagnózy na základe sociálnej anamnézy a následne vypracovania individuálneho plánu práce s klientom.
- Realizuje sa v prirodzenom rodinnom prostredí, teda v domácom prostredí dieťaťa a jeho rodiny. Programy a opatrenia sanácie rodiny sa môžu realizovať aj v širšom sociálnom prostredí dieťaťa a rodiny a v domácnostiach fyzických osôb, ktoré sú im v príbuzenskom vzťahu, alebo ktoré majú s nimi blízky vzťah. Terénna sociálna práca sa môže vykonávať aj v otvorenom prostredí.

Terénna sociálna práca sa musí orientovať na tri základné oblasti praktickej sociálnej práce a to na: podporu, rozvoj a zmenu správania.

Procesy a postupy v rámci terénnej sociálnej práce

- **Vyhľadanie rodiny a nadviazanie pomáhajúceho vzťahu:** Stretnutie s klientom sa uskutočňuje vždy v určitom situačnom kontexte. Kontakt s rodinou pri terénnej sociálnej práci sa uskutočňuje v situácii, kedy rodinu/ príp. člena rodiny, vyhľadá terénny sociálny pracovník/ terénny pracovník tam, kde sa nachádza, so zámerom nadviazania pomáhajúceho vzťahu a poskytnutia adekvátnej pomoci. Pri nadväzovaní takéhoto vzťahu je nevyhnutné, aby bol terénny sociálny pracovník dostatočne vnímavý k potrebám toho druhého. Nemal by byť dopredu presvedčený, že vie, čo je pre klienta dobré. Mal by naopak s rešpektom, ale aktívne, prejavovať záujem o zistenie klientovho vnímania svojej vlastnej situácie a jeho návrhov riešenia. Ak namiesto jeho skutočnej osobnosti je sociálny pracovník zaslepený svojou predstavou o ňom, ak namiesto chápaného počúvania vedie monológ, ak používa jazyk, ktorý je klientovi nezrozumiteľný, jeho snaha sa minie účinkom.

- **Pozorovanie, s cieľom získania informácií pre sociálnu diagnostiku:** Pri terénnej sociálnej práci je vhodné využívať metódu pozorovania.

Pozorovanie prostredia, v ktorom rodina žije, poskytuje veľa informácií o ľuďoch, ktorí v ňom žijú a ich životnej situácii/kontexte.

Pozorovanie privátneho priestoru rodiny napovedá veľa napr. o rodinných vzťahoch a podmienkach pre adekvátne saturovanie potrieb detí v rodine.

Pozorovanie sa využíva aj na identifikovanie štýlov komunikácie v rodine, interakcie medzi jednotlivými členmi rodiny. Pozorovaním komunikácie a komunikačných hier je možné identifikovať, aké sú vzťahy medzi jednotlivými členmi rodiny.

V. Satirová (2006) napr. definovala štyri základné spôsoby, ako ľudia zvyknú reagovať na stres:

- Zmierovanie (placating),
- obviňovanie (blaming),
- vypočítavanie (computing)
- rušenie (distracting).

Tieto reakcie sú dôsledkom nízkej sebaúcty a slúžia ako ochranné štíty, ktorými zakrývajú svoje city. V zdravých rodinách naopak ľudia spolu o svojich pocitoch slobodne hovoria. Cieľom pozorovania je teda porozumieť významu toho, čo sa v danom prostredí odohráva. O pozorovaní je dôležité urobiť si záznam /po odchode z rodiny/, za účelom, aby bolo možné vyhodnotiť posuny v rodine. Pozorovanie sa nesmie robiť formou „prehliadky“ či „výsluchu“, ale nenápadne, korektne v rámci dodržiavania etických pravidiel, rešpektu a akceptácie klienta a jeho prostredia.

- **Rozhovor s klientom:** Je prínosné, ak sa rozhovor vedie vo forme vzájomnej diskusie, dialógu. Prevláda kooperácia, posilňuje sa vzájomné porozumenie, a to aktivitou oboch, resp. viacerých účastníkov. Jazyk rozhovoru by mal pracovník prispôbiť jazyku klienta – overovať, či používaným slovám prikladajú obe strany rovnaké významy. Terénny sociálny pracovník má ovládať umenie viesť rozhovor s klientom, s využitím týchto zásad.
- **Načúvanie klientovi:** Jeho úsudok o jeho sociálnej situácii či hierarchii potrieb nemusí byť vždy správny, ale to, čo povie má svoj význam, ktorý je treba odkryť a vziať do úvahy pri navrhovaní budúcej práce.

V praxi je potrebné počítať aj s tým, že klient môže do určitej miery vedome alebo nevedome cenzurovať obsah svojej výpovede, môže zamlčovať nepríjemné okolnosti, ktoré by ho postavili do nepriaznivého svetla a môže aj klamať. Odporúča sa hneď na začiatku redukovať obavy klienta z možných nepriaznivých následkov, ktoré by mohli pre neho vzniknúť po rozhovore. Racionalizácia a sebaštylizácia sú však tiež výpoveďou o klientovi, napr. zachovať si v očiach sociálneho pracovníka dôstojnosť a osobnú integritu.

Na ich odstraňovanie nie sú pri terénnej sociálnej práci podmienky, a ak by sa terénny sociálny pracovník usiloval ich v diskusii klientovi „vyhovárať“, stretne sa s odporom. Akceptovanie názoru klienta však ešte neznamená, že s ním pracovník aj súhlasí. Dôležité je, aby prístup ku klientovi bol diferencovaný a empatický. Treba si dávať pozor, aby sa neskĺzlo do direktívnej manipulácie.

Terénny sociálny pracovník by sa tak dočkal len formálnej motivácie, klient by sa len pasívne

a účelovo podrobne navrhnutým zmenám, bez ich ozajstnej akceptácie. V terénnej sociálnej práci používame aj ďalšie metódy a postupy, ktoré sa osvedčujú pri naplňovaní cieľov práce s klientom (nácvik, rôzne diagnostické, resp. sebapoznávacie metódy práce, interaktívne hry, arteterapia a pod.).

Pri terénnej sociálnej práci je dôležité poznať a uplatňovať etické pravidlá, ktoré boli vytvorené pre terénnych sociálnych pracovníkov. Medzi základné patria :

- koná v záujme klienta,
- nezneužíje informácie, ktoré sa o klientovi dozvedel,
- zachováva dôvernosť poskytnutých informácií, okrem informácií, týkajúcich sa ohrozenia
- dieťa a klienta o tom informuje,
- je spoľahlivý a dochvilný,
- sľubuje len to, čo môže splniť,
- nekoná nič bez porady s klientom,
- nerobí unáhlené závery,
- svoje služby poskytuje klientom bez rozdielu,
- uvedomuje si hranice vlastných kompetencií a právomocí,
- rešpektuje odlišné názory spolupracovníkov a spolupracuje s nimi v prospech klienta,
- zvyšuje kvalitu a prestíž inštitúcie, ktorú zastupuje a ďalej sa vzdeláva.

Zoznam použitej literatúry

AMBRÓZOVÁ, A. a kol. 2006. Proces terénnej sociálnej práce v sociálne vylúčenej komunite. Bratislava, Partners for Democratic Change Slovakia, o. z., 2006.

ÁRENDÁŠ Marko. 2007. Makroekológia I. Prvé vydanie. Nitra, 2007. 273. ISBN: 978-80-8069-914-7.

GÁLLOVÁ, A., ŠUVADA, J. 2016. Zborník Sekundárne sociálne problémy podmienené nezamestnanosťou. ASRPO SR, Rimavská Sobota. 2016. s. 368 ISBN 978-80-972352-1-5

GÁLLOVÁ, A., ŠUVADA, J. 2016. Zborník Migrácia a ľudská dôstojnosť. ASRPO SR, Rimavská Sobota. 2016. s. 417 ISBN 978-80-972352-2-2

KLENOVSKÝ, L. 2006. Terénna sociálna práca. Bratislava, Občianske združenie Sociálna práca, 2006.

KREBS, V a kol. 2007. Sociálna politika, Aspi a.s., 2007. ISBN 978-807357-276-1.

MARTINCOVÁ, M. 2002. Nezamestnanosť ako makroekonomický problém. Bratislava: Iura Edition, 2002. 133 s. ISBN 80-89047-31-9

SATIROVÁ, V. 2006. Kniha o rodině. Český Těšín, Findir s.r.o., 2006. ISBN 27120130537

TOMAŠOVIČOVÁ, A. 2007. Základy ekonomiky pre sociálneho pracovníka. Trnava : OLIVA, 2007. 364 s. ISBN 978-80-969454-3-6.

Kontakt na autora

PhDr. Roman Berka, doktorand VŠ Z a SP sv. Alžbety, n. o. Bratislava

e-mail: roman.berka@centrum.sk

IMPLIKÁCIA SOCIÁLNYCH PRACOVNÍKOV V TÍMOCH ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENÍ

Implication of social workers in health-care facility teams

Dobda V.

Abstrakt

Zdravotná starostlivosť skvalitňuje a predlžuje život človeka. Pre zachovanie zdravia ako hodnoty uznávanej každým jedincom a pre zdravý vývoj celých generácií je dôležitý vzťah medzi pacientom a multidisciplinárnym personálom zdravotníckych zariadení, sčítajúc lekárov, zdravotné sestry, ošetrovateľov, pôrodné asistentky, psychológov, sociálnych pracovníkov, opatrovateľov a mnohých ďalších odborníkov z rozličných odvetví. Skvalitňovanie zdravotnej a sociálnej starostlivosti ako súčasť všeobecného vývoja v 21. storočí dáva predpoklady pre zmenu v prístupoch k pacientom, k odstráneniu ich objektívnej pasivity a zapojeniu systémov, v ktorých sa pacient stáva partnerom a zároveň váženým klientom zdravotníckych a sociálnych služieb.

Koreňmi sociálnej práce, siahajúcimi do dávnej minulosti, je medicínsky orientovaná sociálna práca, ktorá pôsobí v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti v zariadení alebo domácom prostredí klienta-pacienta. Zmyslom implikácie sociálneho pracovníka do tímu zdravotníckych zariadení je skvalitnenie procesu zdravotno-sociálnej starostlivosti ako komplexného prístupu, v ktorom sa skracuje doba hospitalizácie pacienta-klienta, zabezpečuje sa jeho empowerment a motivácia, znižuje sa riziko rehospitalizácie, aplikujú sa metódy prevencie sociálno-patologických javov, smerujúc k východiskovému zachovaniu bio-psycho-sociálno-spirituálnej kontinuity každého jedinca, ktorý potrebuje zdravotno-sociálnu starostlivosť.

KLúčové slová: Implikácia. Multidisciplinarita. Pacient-klient. Sociálna práca.

Zdravotno-sociálna starostlivosť.

Abstract

Health care improves and prolongs the length of human being's life. In order to preserve health as a value recognizable by everyone and for the healthy development of generations, the relationship between the patient and the multidisciplinary staff of healthcare facilities, including doctors, nurses, midwives, psychologists, social workers, caregivers and many other professionals, is important. The improvement of health and social care as a part of universal developments in the 21st century becomes the prerequisites for changing the approaches to the patients, eliminating their objective passivity, and involving systems where the patient becomes a partner and a respected client of health and social services.

The roots of social work, dating back to the past, are medical-oriented social work approaches that work in the provision of health care in the healthcare facility or in the home environment of the client-patient. The purpose of the social worker's implication in the teams of healthcare facilities is to improve the health and social care process as a comprehensive approach that shortens patient-client hospitalization, empowers and motivates, reduces the risks among of rehospitalisation, and prevents socio-pathological phenomena, aiming at the initial preservation of the bio-psycho-social-spiritual continuity of each individual who needs health and social care.

Key words: Implication. Multidisciplinary. Patient-client. Social work. Health and social care.

Úvod

Nástup socializmu s humanistickým smerovaním umožnil formovanie a uplatňovanie zásad sociálnej spravodlivosti a podporu pokroku, vplývajúceho na sociálnu i zdravotnícku oblasť. Prvé zásady a práva ľudí na zdravie a ochranu zdravia sa objavujú už v časoch formovania učenia o revolučnej modifikácii sveta spod vedenia Karla Marxa a Friedricha Engelsa v 19. storočí. Vtedy mohli naplniť svoj zmysel v krajinách sovietskeho Ruska, aby sa mohli časom rozšíriť po všetkých socialistických i nesocialistických štátoch. Tvorivý rozvoj medicíny ako odboru, ktorý poskytuje pomoc všeobecne a bezplatne, súvisel s prudkým rozvojom lekárskeho výskumu popri technickom rozmachu a nových objavoch v oblasti prírodných vied. Objav rádioaktívnych prvkov rádia a polónia bol základom rozvoja nukleárnej medicíny, dnes nenahraditeľnej pri diagnostike skrytých a civilizačných ochorení, ako napríklad rakoviny. Rozvoju medicíny pomohol vynález elektrónového mikroskopu, vďaka ktorému bolo možné objaviť a skúmať dovtedy neobjavené a neidentifikované mikro- a nanočastice.

Rozvoj medicíny a zdravotnej starostlivosti nadviazal na činnosti medicínsky orientovanej sociálnej práce a dobrovoľníctva, aspektov orientovaných na človeka v zmysle zachovania integrity jeho duševného a fyzického zdravia. Organizovaná forma takejto pomoci sa v európskych podmienkach datuje od 9. storočia a vykazuje interdisciplinárny charakter sociálnej práce, najskôr viazanej na kláštory a rehoľné spoločenstvá, s neskorším vznikom prvých mestských nemocníc, ktoré kombinovali domov a útulok pre chorých jedincov rôznych vekových kategórií s ošetrovateľskou a opatrovateľskou starostlivosťou. Pre sociálnu prácu bol rozvoj sociálneho lekárstva prínosom, keďže sa pozornosť lekárov i sestier upriamila na nevyhovujúce životné podmienky chudobných ľudí a prakticky neexistujúcu osvetu, ktorá by zabránila šíreniu infekčných chorôb, súvisiacich so stavom absolútnej chudoby, ako je tuberkulóza alebo pohlavne prenosné ochorenia.

Fyzická, psychická, sociálna a duchovná zložka zdravia tvoria spolu jedinečný systém, v ktorom narušenie jedného prvku oslabí štruktúru a kontinuitu tých ostatných. Svetová zdravotnícka organizácia vo svojej definícii zdravia upozorňuje na skutočnosť, že zdravie nespočíva iba v neprítomnosti ochorenia alebo poruchy niektorej z funkcií organizmu, ale že ide o stav úplnej fyzickej, psychickej i sociálnej pohody. Na zdravie človeka vplývajú ako vnútorné (dedičnosť, vek, pohlavie, vývin), tak i vonkajšie faktory (fyzikálne, biologické, chemické, sociálne a spoločenské). Práve pri sociálnych a spoločenských faktoroch zohráva významnú úlohu sociálna práca v rámci preventívnej funkcie alebo krízovej intervencie, fáz, ktoré môžu zabezpečiť, aby vôbec nedošlo k situácii, keď bude narušená sociálno-spoločenská zložka zdravia a s tým spojené ohrozenie zdravia s následnou nevyhnutnou zdravotnou starostlivosťou. Naším cieľom je však identifikovať význam implikácie sociálnych pracovníkov v tímoch zdravotníckych zariadení, a tak poukázať na účelnosť až nevyhnutnosť prepojenia sociálnej a zdravotnej zložky v rámci procesu zachovania alebo prinávratenia zdravia každému človeku.

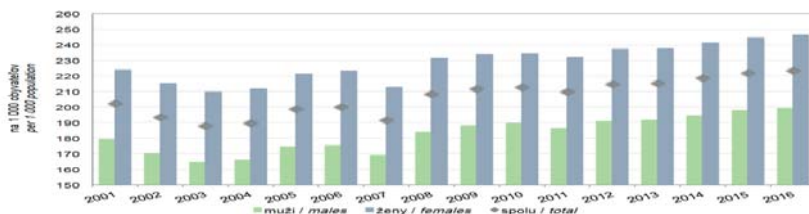
Zdravotná starostlivosť na Slovensku

Napriek pokroku medicíny, zdravotníckych i ďalších odborov, sa nielen na Slovensku vyskytuje jav zhoršovania celkového zdravotného stavu populácie. Konzumný svet prináša polarizáciu spoločnosti jednotlivých štátov i celých spoločností, kedy na jednej strane ľudia doplácajú na prebytok a na druhej strane sú akútne ohrozovaní všeobecným nedostatkom. Nejde len o služby a ich kvalitu, môžeme hovoriť o priepastných rozdieloch v rámci základných životných potrieb, jedla a vody, financií, bývania a ďalších prostriedkov.

Organizácia Spojených národov upozorňuje na prudký nárast civilizačných ochorení, na zdvojnásobenie počtu obéznych ľudí v priebehu 30 rokov, jedným dychom však upozorňuje na fakt, že aj v 21. storočí na svete trpí viac ako 800 miliónov ľudí hladom. Obe skupiny sa súčasne stávajú objektom zdravotnej starostlivosti i sociálnej pomoci.

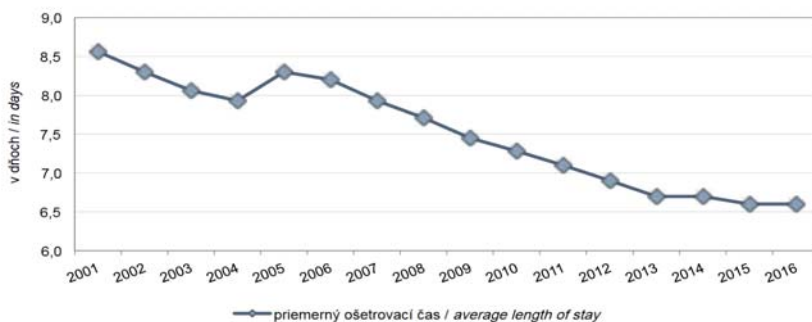
Pri pohľade do Štatistiky hospitalizovaných za rok 2016 (2017) v rámci Slovenskej republiky sa dozvedáme, že k 31. decembru 2016 žilo na území nášho štátu 5 435 343 obyvateľov. Pri pohľade na produktívnu zložku (69,55 %) zaznamenávame jej klesajúcu tendenciu, keďže sa medzi rokmi 2015 a 2016 znížila o 0,67 percentuálneho bodu a od roku 2013 o 1,59 percentuálneho bodu. Podiel predproduktívnej skupiny obyvateľstva v porovnaní s rokom 2015 vzrástol z 15,33 % na 15,46 % ale zároveň rovnako najvyšší podiel dosiahla aj poproduktívna zložka (14,99 %), čo potvrdzuje existenciu dlhodobého javu starnutia populácie. V roku 2016 bolo v zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku ukončených 1 213 445 hospitalizácií, čo je o 0,9 % viac, než v roku 2015. Každoročne narastajúci počet hospitalizácií potvrdzuje aj tabuľka 1. Najmenej hospitalizovaných na 1 000 obyvateľov (90,2) bolo u 5- až 14-ročných. Čísla svedčia o tom, že s vyšším vekom rastie aj potreba ústavnej zdravotnej starostlivosti, u 55 – 64-ročných pacientov to bolo 261,5 ‰ hospitalizácií, u 65 – 74-ročných 426,1 ‰ a najviac hospitalizácií (717,4) si vyžiadali 85- a viacroční pacienti, vynímajúc hospitalizácie narodených detí. K najčastejším príčinám hospitalizácie patrili v roku 2016 choroby obehovej sústavy na prvom mieste, tráviacej sústavy na druhom a nádory na treťom mieste. Z celkového počtu hospitalizovaných za rok 2016 zomrelo v ústavných zdravotníckych zariadeniach 28 885 pacientov. Napriek klesajúcej miere priemerného ošetrovacieho času, ako je uvedené v tabuľke 2, sú vyššie uvedené počty neklamným znakom toho, že zdravotníctvo je preťažené a zdravotnícky personál nemôže z kapacitných a časových dôvodov, a jednak kvalifikačných diskrepancií, prebrať úlohy iných odvetví, medzi ktoré patrí aj sociálna práca.

Tabuľka 1 Vývoj počtu hospitalizácií podľa pohlavia v rokoch 2001 – 2016



Zdroj: Štatistika hospitalizovaných v SR 2016, s. 17

Tabuľka 2 Priemerný ošetrovací čas v rokoch 2001 – 2016



Zdroj: *Štatistika hospitalizovaných v SR 2016, s. 21*

Zdravotnú starostlivosť v Slovenskej republike upravujú viaceré koncepčné dokumenty a legislatívne pramene práva. Na území Slovenska sa uplatňuje Koncepcia štátnej politiky zdravia Slovenskej republiky, Koncepcia bezpečnosti ochrany zdravia pri práci v Slovenskej republike, ako aj Stratégia, zásady a priority štátnej environmentálnej politiky. Samotné právo na ochranu zdravia zakotvuje v čl. 40 Ústava Slovenskej republiky. V slovenskej legislatíve pôsobia zákony č. 126/2006 Z. z. o verejnom zdravotníctve, č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení, č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktorý zrušil dovtedy pôsobiaci zákon č. 98/1995 Z. z. o liečebnom poriadku, ako aj ďalšie právne predpisy vzťahujúce sa na oblasť zdravotníctva.

Mojtová (2008) vymedzuje 7 typov zdravotnej starostlivosti:

1. Primárna – v ponímaní základnej ambulantnej liečebnej a preventívnej starostlivosti, poskytovanej praktickými lekármi pre deti a dospelých, stomatológmi a podobne. Ide o časovo a geograficky dostupnú komplexnú a kontinuálnu starostlivosť s preventívnym zameraním.
2. Sekundárna – v zmysle preventívnej, diagnostickej a liečebnej starostlivosti, presahujúcej rámec primárnej zdravotnej starostlivosti, poskytovanej ambulantnou alebo ústavnou formou odbornými lekármi – špecialistami, spoločne s využitím konziliárnych služieb.
3. Následná – využívaná v etape doliečovania po absolvovaní primárnej alebo sekundárnej zdravotnej starostlivosti v rámci procesov kúpeľnej, psychologickéj starostlivosti alebo liečebnej rehabilitácie.
4. Ústavná – poskytovaná v štátnych i neštátnych zdravotníckych ústavných a lôžkových zariadeniach, ak nebolo možné poskytnúť zdravotnú starostlivosť ambulantne.
5. Kúpeľná – ako priame pokračovanie procesu liečby predovšetkým chronických ochorení s cieľom stabilizovať zdravotný stav pacienta-klienta.
6. Lekárska posudková činnosť – posudzovanie vzťahu chorého jedinca k zdravému pri dočasnej práceneschopnosti alebo dlhodobo nepriaznivom zdravotnom stave.

7. Osobitná – psychiatrická starostlivosť, starostlivosť o pacientov-klientov so závislosťou od alkoholu, drog a podobne.

Zdravotno-sociálna starostlivosť na Slovensku sa poskytuje v systéme zdravotníckych zariadení, ku ktorým možno zaradiť zdravotnícke zariadenia domácej, ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti, konkrétne všeobecné a špecializované nemocnice a polikliniky, liečebne pre dlhodobo chorých, odborné a vysokošpecializované liečebné ústavy, dialyzačné strediská, psychiatrické nemocnice, liečebne a stacionáre, centrá pre liečbu alkoholových a drogových závislostí, prírodné liečebné kúpele a kúpeľné liečebne, geriatrické centrá, zariadenia paliatívnej starostlivosti – hospice, či agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti.

Význam sociálnej práce v zdravotníctve

Aj po prijatí zákona o sociálnych službách a ďalších reformných zákonov disponuje Slovensko všeobecným nedostatkom kvalifikovaných sociálnych pracovníkov v zdravotníctve. Záujem o sociálnu prácu ako odbor napomáhajúci pri koordinácii sociálnych a zdravotných služieb nejavi ani vrcholový manažment zdravotníckych zariadení. Legislatíva v oblasti zdravotníctva nepokrýva dostatočne všetky aspekty, ktoré by účinne implikovali sociálnych pracovníkov v zdravotníckych zariadeniach so všetkými náležitými podmienkami.

Ako uvádza Španteková (2003), hospitalizácia pacienta-klienta v nemocnici je významná udalosť, ktorá vplyva na neho samotného i na jeho sociálne okolie. Pobyt na nemocničnom lôžku je z dlhodobého hľadiska zdrojom možných problémov, pri ktorých nastávajú zmeny v životnom rytme chorého, núteného rešpektovať striktné pravidlá ústavného poriadku. Pridružené negatívne javy, ako je nerešpektovanie autonómie, prirodzenej hanblivosti človeka, nedostatočná informovanosť a z toho plynúca pasivita, anonymita až izolácia v čase práceneschopnosti, môžu prerásť až do javu zvaného hospitalizmus, v ktorom podľa Strieženca (1996) nastáva porucha vývoja osobnosti v dôsledku dlhodobého pobytu v nemocnici alebo kolektívnom zariadení, s absenciou alebo nedostatkom sociálnej starostlivosti. V stave choroby, keď pacienti mnohokrát trpia bolesťami, osamelosťou alebo izolovanosťou, je veľký kontakt iného človeka, ktorým môže byť aj sociálny pracovník, veľmi prínosný. Predovšetkým v prípade ústavnej starostlivosti je sociálna práca prvkom, ktorý zastrešuje sociálnu dimenziu komplexnej starostlivosti o pacienta, kedy sa uplatňuje holistický prístup zameraný na všetky dimenzie života človeka. Po prijatí reformných zákonov č. 576 – 581/2004 Z. z. sociálna služba v zdravotníctve prakticky zanikla, a tým zanikla tiež možnosť človeka uplatňovať svoje základné právo na komplexnú a kvalitnú ústavnú zdravotnú starostlivosť. Sociálna práca v zdravotníctve je dodnes mnohými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti opomínaná, neriešia sa sociálne udalosti a sociálne problémy klientov, u ktorých sa môže rozvinúť hospitalizácia alebo následné sociálno-patologické javy a nepriaznivé situácie. Absentuje zaradenie sociálnych pracovníkov do liečebného poriadku, vymedzenie ich kompetencií, prípadne vytvorenie miest s prislúchajúcim platovým zaradením a ohodnotením. Sociálni pracovníci preto zväčša nachádzajú svoje uplatnenie mimo rezortu zdravotníctva.

Devečková (2007) upozorňuje na nedostatočné ohodnotenie a ocenenie dlhodober, náročnej aj mravčej práce sociálnych pracovníkov, oddaných svojmu povolaniu. Sociálni

pracovníci musia disponovať flexibilitou, osobným nasadením, zodpovednosťou a humánnym prístupom, odvíjajúc sa od ich osobnostných predpokladov a dispozícií.

Na problematiku praxe pri vzdelávaní sociálnych pracovníkov upozorňuje Mojtovej (2008) a navrhuje rozložiť pomer teórie a absolvovanej praxe na polovicu. Prax sociálnych pracovníkov by mala prebiehať na špecializovaných pracoviskách, nielen na Slovensku, pre umožnenie budúcej voľby tých praktík a prvkov, ktoré počas praxe študenta oslovili. Mojtovej potvrdzuje opodstatnenosť prepojenia sociálnej práce a zdravotnej starostlivosti v štruktúre multidisciplinárneho tímu, kde okrem lekára a sestry má pacient-klient po ruke človeka, ktorý má srdce na správnom mieste, a zároveň vie odborne pomôcť. Práca sociálnych pracovníkov v tímoch zdravotníckych zariadení je náročnou úlohou, pri ktorej je nevyhnutné prepájať vedomosti o sociálnej práci s poznatkami ďalších odborov, predovšetkým medicíny, psychológie a psychiatrie, sociológie, pedagogiky, andragogiky, zdravotníckej etiky, ošetrovateľstva, práva a legislatívy, sociálnej a zdravotnej politiky a ďalších odborov.

Sociálna práca v zdravotníctve je odborom, ktorý napomáha v liečebnom procese pri odstraňovaní nepriaznivých sociálnych faktorov, negatívne vplyvujúcich na tento proces. Je prácou poradenskou, konzultačnou, sociálno-diagnostickou, edukatívnou i terapeutickou; pri dodržaní etických zásad a voľbe vhodných metód sa stáva holistickým procesom na interdisciplinárnom pozadí, ktorý je jadrom kvality služieb, poskytovaných v zdravotníckych zariadeniach. Intervencie zo strany sociálnych pracovníkov by mali podľa Levickej (2004) rešpektovať práva jednotlivcov na určenie intervenčných hraníc, rešpektovať klientove právo nahliadnutia do vlastného spisu, právo odmietnutia poskytovanej pomoci a spolurozhodovania pri riešení svojej situácie, dodržať transparentnosť a zrozumiteľnosť práv, zachovávať princíp dobrovoľnosti a v konečnom dôsledku bezvýhradne rešpektovať integritu chorých na sociálnej, spirituálnej, psychickej i fyzickej úrovni.

Sociálni pracovníci v rozličných prostrediach oblasti zdravotníctva

Vranková (2013) vymenúva rozličné prostredia, v ktorých dochádza k interakcii sociálnych pracovníkov a pacientov-klientov, a ktoré vychádzajú z portfólia mnohých medicínskych odborov, poskytujúcich zdravotnú starostlivosť v nemocniciach a ďalších zdravotníckych zariadeniach od narodenia až po smrť človeka:

- Neonatológia – poskytovanie pomoci zo strany sociálnych pracovníkov pri problémoch utajených pôrodov, pri riešení adopcie, v hniezdach záchrany alebo v prípade, že matka pri pôrode zomrela alebo sa o dieťa nechce starať.
- Pediatria – spolupráca v rámci hospitalizácie v období od novorodeneckého veku až po dospelosť, riešenie problémov mladých ľudí počnúc CAN syndrómom, závislosťami až po závažné stavy porúch príjmu potravy, ako sú anorexia, bulímia a ďalšie.
- Gynekológia a pôrodníctvo – poskytovanie sociálnej pomoci mladým matkám a ženám po utajovanom pôrode, chronicky chorým alebo zdravotne postihnutým ženám, ženám bez domova, týraným ženám, či ženám s komplikovanými pôrodnami.
- Onkológia – rakovina a nádorové ochorenia postihujú všetky vekové kategórie a hlboko zasahujú do života pacientov, ich rodín a sociálneho okolia; vyžadujú intervenciu multidisciplinárneho tímu, nevynímajúc odborníkov z oblasti sociálnej práce.

- Neurológia – úrazy a chronické ochorenia centrálnej nervovej sústavy vyžadujú v mnohých prípadoch následnú zdravotnú starostlivosť, ktorá spadá do kompetencie sociálnych pracovníkov.
- Reumatológia – problematika reumatických ochorení sa dotýka nielen ľudí vo vyššom veku, mnohokrát ide o chronické ochorenia, ktoré takisto vyžadujú následnú starostlivosť, psychickú podporu, poradenstvo a sociálnu pomoc.
- Traumatológia – odbor zaoberajúci sa úrazovými a poúrazovými stavmi. Pacienti trpia na následky pracovných alebo domáчих úrazov, ťažkých dopravných nehôd, prípadne na následky prírodných katastrof s neblahými sociálnymi dôsledkami. Môže ísť o pacientov bez domova. Pomoc potrebujú tiež rodinní príslušníci, priatelia a známi postihnutých.
- Chirurgia – sociálni pracovníci na oddeleniach chirurgie môžu byť nápomocní v rámci následnej zdravotno-sociálnej starostlivosti pri zmierňovaní a odstraňovaní sociálnych problémov prameniacich z dôvodu hospitalizácie a chirurgických zákrokov.
- Ortopédia – poruchy pohybového ústrojenstva často zapríčiňujú práceneschopnosť pacientov-klientov, vyžadujú okamžitú a dlhodobú sociálno-zdravotnú následnú starostlivosť a rehabilitáciu.
- Interné lekárstvo – rozmanitý odbor venujúci sa vnútorným ochoreniam jednotlivých systémov (respiračného, kardiovaskulárneho). Aj tieto ochorenia sú spojené s rizikom výskytu sociálnych problémov, na ktoré zdravotníci nedokážu adekvátne reagovať, či už z nedostatku času alebo nekvalifikovanosti riešiť takýto typ problémov.
- Otorinolaryngológia – ochorenia sluchových, dýchacích orgánov a dýchacích ciest, polohovo-rovnovážneho orgánu, ako aj ďalších zmyslov – čuchu a chute. Kvalitu života hospitalizovaných pacientov aj v tomto prípade môže zvyšovať prítomnosť sociálneho pracovníka.
- Oftalmológia – poruchy zraku sú pre postihnutého jedinca psychicky veľmi náročné na zvládnutie, mnohokrát ide o zdravotné postihnutie, čo je oblasť, ktorá spadá do portfólia klientely sociálnej práce.
- Anestéziológia a intenzívna medicína – odbor riešiaci náhle, život ohrozujúce stavy, zlyhania životne dôležitých orgánov a orgánových sústav. Pacienti môžu byť bezdomovcami, prípadne nemajú u seba doklady. Je potrebné zistiť ich totožnosť, kontaktovať a spolupracovať s rodinou alebo známymi a poskytnúť následnú sociálnu starostlivosť a pomoc.
- Psychiatria – koncepcia tohto odboru definuje pozície sociálnych pracovníkov na riešenie akútnych sociálnych problémov, socializáciu a sociálnu rehabilitáciu chorých.
- Geriatria – zdravotná starostlivosť o pacientov-klientov vyššieho veku, zväčša nad 65 rokov. K tomuto veku sú neraz pridružené sociálne problémy, ktoré je potrebné riešiť intervenciou sociálnych pracovníkov.
- Paliatívna medicína – ide o starostlivosť – diagnostiku a liečbu – pacientov s chronickými nevyliciteľnými ochoreniami, ktoré progredujú a ktorých prežívanie je časovo obmedzené. Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v tomto veľmi chúlостivom a náročnom procese pre pacienta-klienta, ako aj samotných pracovníkov,

má svoju pozíciu zadefinovanú aj sociálny pracovník, konkrétne v oblasti riešenia sociálnych problémov.

- Domy ošetrovateľskej starostlivosti – poskytovanie dlhodobej odbornej ošetrovateľskej a rehabilitačnej starostlivosti pre dospelých pacientov-klientov, ktorí nevyžadujú sústavnú lekársku starostlivosť, ale nachádzajú sa v nepriaznivej sociálnej situácii alebo sociálnom ohrození. V rámci poskytovania tohto typu ústavnej zdravotnej starostlivosti je nevyhnutná prítomnosť kvalifikovaného sociálneho pracovníka, ktorý nahradí absenciu znalostí riešenia sociálnych problémov zo strany ošetrojúceho personálu a napomôže pri uspokojovaní potrieb a záujmov hospitalizovaných jedincov.
- Iné odborné a špecializované pracoviská – vyžadujúce popri vysoko špecializovanej zdravotnej starostlivosti aj odborníkov zo sociálnej oblasti.

Barkasi (2016, s. 2) poukazuje na oblasť edukácie klientov s chronickým ochorením ako jeden z ďalších príkladov prepojenia zdravotnej a následnej sociálnej starostlivosti. V centrách sociálneho poradenstva a edukácie diabetikov „...poskytuje sociálny pracovník sociálne poradenstvo, ktoré vytvára nezastupiteľné miesto pri realizácii a praktickom poskytovaní pomoci človeku. Významnú úlohu zohráva aj v poradenskom systéme s chorým klientom, kde v centre úsilia a pozornosti je na jednej strane človek-klient, ktorý sa ocitol v ťažkej životnej situácii, životnej kolízii alebo v nerovnováhe so svojim sociálnym prostredím, na druhej strane je to človek-pacient, ktorého život je ovplyvnený ochorením, zdravotnými komplikáciami a negatívnymi zdravotnými prognózami do budúcnosti.“

Náplň práce a etapy práce sociálneho pracovníka v zdravotníckych zariadeniach

Práca s klientmi je pre sociálnych pracovníkov procesom, ktorý vyžaduje vhodnú voľbu metód a techník sociálnej práce, mnohokrát šitých priamo na mieru každému klientovi. Činnosti sociálnych pracovníkov siahajú od administratívy a poradenstva až k sociálnej terapii a ďalším odborným činnostiam využívaným v tejto oblasti. V poradenskom procese uplatňujú sociálni pracovníci získané zručnosti z oblasti sociálnej komunikácie a percepcie, interakcie, zvládania interpersonálnych konfliktov a záťažových situácií, psychohygieny, asertívneho konania, empatie a aktívneho počúvania (Mátel a kol., 2011).

Sociálny pracovník v zdravotníckom zariadení musí riešiť úlohy vzťahujúce sa jednak na pacienta-klienta, na spoluprácu s inými subjektami, ako aj na vzťah k sebe samému a svojej profesii. Spomedzi úloh, ktoré sociálny pracovník v zdravotníckych zariadeniach môže vykonávať, vymedzuje Mojtovej (2008):

- pomoc pacientom-klientom pri prekonávaní zdravotných, ekonomických alebo morálnych prekážok,
- zastupovanie chorých na úradoch alebo súdoch,
- poradenská a výchovná činnosť smerujúca k socializácii alebo resocializácii,
- odborné poradenstvo v sociálno-právnej oblasti,
- spolupráca v rámci procesu psychoterapie pacientov-klientov,
- monitorovanie škodlivých vplyvov okolitého prostredia,
- spolupráca pri integrácii chorých do spoločenského prostredia,

- spolupráca s multidisciplinárnym tímom, s ďalšími sociálnymi pracovníkmi, rodinou pacientov-klientov, školou, zamestnávateľmi a ďalšími úradmi,
- vedenie sociálnej dokumentácie,
- sledovanie sociálnych pomerov chorých, hlásenie nepriaznivého stavu sociálnych pomerov chorých lekárom v rámci prevencie možných negatívnych dôsledkov,
- participácia na prieskumoch a výskumoch v zdravotníckych zariadeniach,
- aktívna účasť na procese ďalšieho vzdelávania.

Pri práci sociálneho pracovníka sa dodržiava postup, ktorý vychádza z poznatkov takzvanej americkej školy. Novotná a Schimmerlingová (1992) detailnejšie popisujú jednotlivé etapy práce sociálneho pracovníka s klientom:

- 1. etapa – prvý kontakt s pacientom-klientom. Je nevyhnutné, aby sa v tejto etape sociálny pracovník zoznámil so zdravotnou dokumentáciou pacienta-klienta, konzultoval s lekármi o predpokladanom priebehu ochorenia, dĺžke hospitalizácie, liečbe i prípadných následkoch choroby. Sociálny pracovník sa snaží odbúravať predsudky a nadväzuje terapeutický vzťah s klientom prostredníctvom metód, predovšetkým individuálneho rozhovoru a pozorovania.
- 2. etapa – sociálna diagnostika. Sociálnu diagnózu možno stanoviť na základe štruktúrovaného rozhovoru, v rámci ktorého sa zisťuje psychosociálna anamnéza pacienta-klienta. Sociálny pracovník v tejto fáze zaznamenáva dôležité informácie o sociálnych problémoch, hierarchicky odкрýva štruktúry osobnosti klienta s chorobou, analyzuje jeho sociálne okolie a sleduje jeho reakcie a prežívanie. Používa metódy pozorovania, rozhovoru, aktívneho počúvania, parafrázovania klienta, adaptácie jazyku klienta, či analýzu jestvujúcich materiálov.
- 3. etapa – navrhované riešenia, formulácia plánu sociálnej pomoci. Pracovný plán sociálneho pracovníka by mal obsahovať kroky, ktoré postupne riešia problém alebo aj viacero problémov klienta. Je obojstrannou dohodou, ktorá určuje postup riešenia problémov na základe ich vážnosti a naliehavosti, a ktorú rešpektuje sociálny pracovník, pacient-klient, zdravotnícky personál, prípadne i rodina klienta.
- 4. etapa – etapa sociálnej intervencie a terapie. Intervenciu volí sociálny pracovník vychádzajúc z klientových potrieb, schopností, možností a slobodného rozhodnutia. Pri tom rešpektuje anonymitu klienta a dôvernosť jeho informácií. Vyberá zo škály metód sociálnej práce a na základe svojich kompetencií a profesionálnej objektivity pristupuje individuálne, orientujúc sa na klientove silné stránky. Na základe akútnej negatívnej sociálnej situácie alebo sociálneho problému možno voliť bežnú alebo krízovú intervenciu. Z portfólia foriem sociálnej intervencie možno vybrať sociálne poradenstvo, sociálnu anamnestiku, sociálnu, pracovnú alebo výchovnú rehabilitáciu, vyhľadávaciu činnosť pri kontaktovaní rodiny a príbuzných, pomoc pri vyplňaní žiadostí, vybavovaní dokladov, pri prekonávaní zmien súvisiacich s chorobou a hospitalizáciou, sociálna opora, adaptácia, prevencia, sociálna terapia, terénna práca s rodinou i na úradoch, spolupráca s úradmi a ďalšími zložkami a orgánmi, či sprostredkovanie kontaktu so svojpomocnými združeniami, pastoračnou činnosťou alebo ďalšími odborníkmi.

Záver

Pracovníci v zdravotníctve sa ocitajú v prostredí pacientov-klientov v chorobe, ľudskej núdzi, kedy prekonávajú bolesti, utrpenie a izoláciu s tým, že sa do popredia dostávajú princípy ľudskej dôstojnosti, humánosti, morálky a etických zásad (Nemčeková a kol., 2004). Pozícia sociálnych pracovníkov v tímoch zdravotníckych zariadení je opodstatnená vzhľadom na široký záber sociálnej práce, ktorá disponuje metódami určenými pre rôzne typy klientov bez ohľadu na to, v akom prostredí sa nachádzajú. Hospitalizácia a nemocničné prostredie predstavujú zásah do integrity osobnosti každého človeka-pacienta; jav choroby vplýva nielen na jej nositeľa, ale aj na jeho sociálne prostredie, rodinu a známych. Je dôležité analyzovať to, ako sociálneho pracovníka v zariadení, kde sa poskytuje zdravotná starostlivosť, vníma jednak pacient-klient a jednak zdravotnícky personál. Snaha o interdisciplinaritu v rámci personálu takýchto zariadení je na mieste pre zabezpečenie kvalitných služieb, ktoré uľahčujú každému hospitalizovanému jedincovi priebeh ochorenia a zmierňujú jeho dôsledky, ako v zdravotnej, tak i v sociálnej a ekonomickej rovine.

Uplatňovaním sociálnej práce v praxi aj prostredníctvom implikácie sociálnych pracovníkov v tímoch zdravotníckych zariadení sa aktivujú účinné nástroje zvládania komplexnej problematiky zdravia a choroby, kde sú poskytované kvalitné služby a kde je zachovávaná univerzálna potreba zabezpečenia ľudských práv ako základných hodnôt spoločnosti, kde nedochádza k opresii, diskriminácii, sociálno-patologickým javom, negatívnym sociálnym situáciám a ďalším nepriaznivým dôsledkom choroby s následnou hospitalizáciou. Krokom k riešeniu problematiky výkonu sociálnej práce v zdravotníctve a pracovného zaradenia zdravotníkov v rezorte Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, bolo stretnutie odborníkov z rozličných profesií, ako aj zástupcov z radu akademikov i praktikov organizované Slovenskou komorou sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce 10. marca 2017 s cieľom vytvoriť materiál, ktorý by poslužil pri riešení tejto problematiky na funkčnej i legislatívnej úrovni.

Zoznam použitej literatúry

- BARKASI, D. 2016. Sociálny pracovník v roli edukátora pre klientov s ochorením diabetes mellitus. In *Nová sociálna edukácia človeka V*. [online.] [cit. 2017-10-12]. Prešov: Pravoslávna bohoslovecká fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2016. 14 s. Dostupné na internete: <<https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Husar7/subor/Barkasi.pdf>>.
- DEVEČKOVÁ, V. 2007. Sociálna práca je poslaním. In: *Sociálna politika a zamestnanosť*, č. 11/2007, s. 19. ISSN 1336-5053.
- LEVICKÁ, J. 2004. *Základy sociálnej práce*. Trnava: Spoločnosť pre podporu vedy a vzdelávania na Fakulte zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity, 2004. 170 s. ISBN 80-968952-3-0.
- MÁTEL, A. a kol. 2011. *Vybrané kapitoly z metód sociálnej práce I*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2011. 214 s. ISBN 978-80-8132-027-9.
- MOJTOVÁ, M. 2008. *Sociálna práca v zdravotníctve*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2008. 137 s. ISBN 978-80-89271-45-0.
- NEMČEKOVÁ, M. a kol. 2004. *Práva pacientov. Medicínske, ošetrovateľské a filozoficko-etické súvislosti*. Bratislava: Osveta, 2004. 213 s. ISBN 80-806316-2-X.

NOVOTNÁ, V. – SCHIMMERLINGOVÁ, V. 1992. *Sociální práce, její vývoj a metodické postupy*. Praha: Univerzita Karlova, 1992.

STRIEŽENEC, Š. 1996. *Slovník sociálneho pracovníka*. Trnava: AD, 1996. 255 s. ISBN 80-967589-0-X.

ŠPATENKOVÁ, N. 2003. *Problematika zdraví a nemoci*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 121 s. ISBN 80-244-0648-9.

ŠSTATISTIKA HOSPITALIZOVANÝCH V SR 2016. 2017. [online]. [cit. 2017-10-08]. Bratislava: Národné centrum zdravotníckych informácií, 2017. 74 s. Dostupné na internete: <<http://www.nczisk.sk/Documents/publikacie/2016/zs1725.pdf>>.

VRANKOVÁ, E. 2013. *Sociálna práca v zdravotníctve*. [online]. [cit. 2017-10-05]. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2012. 47 s. Dostupné na internete: <http://vssvalzbety-mgr1.wbl.sk/sp_v_zdravotnictve_.pdf>.

Kontakt na autora

PhDr. Vladimír Dobda

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, doktorandské štúdium

E-mail: vladimirdobda@azet.sk

ZDRAVOTNÁ GRAMOTNOSŤ V MULTIDISCIPLINÁRNOM KONTEXTE

Health literacy in multidisciplinary context

Dimunová L.

Abstrakt

Zdravotná gramotnosť je definovaná ako schopnosť človeka konať na základe informácií o zdraví v prospech zlepšenia svojho zdravotného stavu. Je kľúčovým výsledkom činnosti výchovy k zdraviu. Predstavuje komplexný fenomén zahŕňajúci jednotlivca, rodiny, komunity a systémy. V príspevku uvádzame vymedzenie pojmu a hodnotiace nástroje využívané u nás i v zahraničí. Spôsoby zvyšovania zdravotnej gramotnosti je možné uplatňovať už v pregraduálnom vzdelávaní, v rámci edukácie, výchovy k zdraviu či v sociálnej politike.

Kľúčové slová: Zdravotná gramotnosť. Edukácia. Hodnotiace nástroje.

Abstract

Health literacy is defined as a persons ability to act upon information about health and to effectively use such information to improve their health. Health literacy is a key result of the activities of health education. It is a complex phenomenon involving individuals, families, communities and systems. In this paper we present definitions and assessment tools used in our country and abroad. Methods to increase health literacy can be applied already in pre-gradual education, health education or social policy.

Key words: Health literacy. Education. Assessment tools.

Úvod

Svetová zdravotnícka organizácia definuje pojem Zdravotná gramotnosť (HealthLiteracy) ako, „kognitívne a sociálne zručnosti, ktoré určujú motiváciu a schopnosť jednotlivcov získať prístup k pochopeniu a používaniu informácií spôsobom, ktorý podporuje a udržiava dobrý zdravotný stav“, teda schopnosť človeka vyhľadať, pochopiť a využiť informácie o zdraví a zdravotníckych službách (World Health Organization, 1998). Autor Liba (2016) uvádza, že ide o komplex vedomostí, zručností a spôsobilostí získať, analyzovať, porozumieť a evalvovať zdravotnícke informácie a tieto využívať pre správne rozhodovanie o svojom zdraví. Ide o schopnosť jednotlivca kompetentne a primerane aplikovať vedomosti a zručnosti v konkrétnych zdravotných situáciách, o schopnosť realizovať účinné preventívne opatrenia intervenujúce do životného štýlu v smere podpory zdravia. Zdravotná gramotnosť je chápaná ako schopnosť urobiť správne zdravotné rozhodnutia v kontexte každodenného života (Holčík, 2011). Hlavnou podstatou definícií je, že koncept zdravotnej gramotnosti zahŕňa vedomosti, motiváciu a kompetencie potrebné k zabezpečeniu prístupu k produktom a službám potrebným k podpore zdravia, pochopeniu systému zdravotnej starostlivosti, hodnoteniu a aplikovaniu informácií o zdraví, tak aby bolo možné robiť rozhodnutia týkajúce sa zdravotnej starostlivosti, prevencie chorôb a podpory zdravia v každodennom živote (Sorensen, et al., 2012).

Zdravotná gramotnosť je komplexný fenomén zahrňujúci jednotlivca, rodiny, komunity a systémy (Novyzedlákova, M. - Hudáková Z. 2012). V rámci systémov ide o zvládnutie zručností a vedomostí. Zvládnutie zručností znamená napr. ako získať a pochopiť informácie, ktoré poukazujú na súvislosť medzi zdravím životným štýlom a ochoreniami. Vedomosti sa týkajú napr. medicínskych pojmov, fungovania systémov zdravotnej starostlivosti. Zvláštnym fenoménom je zohľadnenie zdravotného postihnutia (napr. percepčno-kognitívne poruchy, fyzické obmedzenia). Ďalšími dôležitými charakteristikami vrátane vývojovej životnej fázy sú kultúrne, jazykové alebo vzdelávacie rozdiely, ktoré ovplyvňujú zdravotné presvedčenie, vedomosti a komunikáciu.

Rastúci záujem o túto problematiku vedie ku konceptualizácii a vývoju nových hodnotiacich nástrojov. Pri analýze zdravotnej gramotnosti populácie je možné využiť Nutbeamov konceptný model, ktorý popisuje **funkčnú, interaktívnu a kritickú úroveň zdravotnej gramotnosti** (Nutbeam, 2000). Funkčná zdravotná gramotnosť je spojená s výsledkami zdravotnej výchovy, dáva k dispozícii informácie o zdravotných rizikách a zdravotníckych službách (napr. účasť na očkovaní, na preventívnych prehliadkach). Interaktívna zdravotná gramotnosť obsahuje vyspelejšie kognitívne schopnosti jednotlivcov. Je zameraná na rozvoj samostatnosti každého človeka pri zodpovednosti a upevňovaní vnútornej motivácie v snahe prispieť k zlepšeniu zdravia. Najvyššiu úroveň predstavuje kritická zdravotná gramotnosť, ktorá zahŕňa pokročilejšie kognitívne schopnosti, kde sú informácie kriticky analyzované, týkajú sa individuálneho správania sa jednotlivcov, činnosti sú orientované sociálne aj politicky a politicky a významovo sa podieľajú na realizácii zdravotne priaznivého sociálneho prostredia (Frisch et al. 2012 s. 118).

Hodnotenie zdravotnej gramotnosti na zistenie jej úrovne sa realizuje prostredníctvom hodnotiacich nástrojov. Možnosti ako merať schopnosti – kompetencie tak, aby reflektovali ich uplatnenie v reálnej životnej situácii, sú obmedzené, a preto je i počet meracích nástrojov, ktoré spĺňajú kritériá na nenáročnosť, efektívnosť, čas administrácie a zároveň i validitu, limitovaný (Dingová, M. - Jakubcová, T. 2011. s. 37). Nástroje na hodnotenie zdravotnej gramotnosti sa líšia podľa zamerania na konkrétne aspekty, napr. materiálna gramotnosť, porozumenie a vysvetlenie lekárskeho pojmov (Sorensen – Broucke et al. 2012). Je možné rozdeliť do viacerých kategórií:

1. Nástroje na identifikáciu ľudí s nízkou úrovňou zdravotnej gramotnosti: REALM- SF;
2. Testy na zistenie reálnej funkčnej zdravotnej gramotnosti: TOFHLA, NVS;
3. Testy zamerané na zistenie vzťahov medzi úrovňou zdravotnej gramotnosti a determinantmi zdravia: NAAL, HeLMS.

Jedným z najviac využívaných a prepracovaných je Dotazník zdravotnej gramotnosti – Health Literacy questionnaire HLQ. Ide o komplexný merací nástroj, ktorý sa zameriava na deväť rôznych oblastí zdravotnej gramotnosti, ktoré umožňujú vytvoriť detailný profil zdravotnej gramotnosti (Osborne, Batterham et al. 2013). V priebehu roka 2014 bol dotazník HLQ preložený štandardnou procedúrou do českého jazyka a výsledná česká verzia HLQ (HLQ CZ) bola validizovaná na reprezentatívnej vzorke 1000 respondentov vo veku od 15 rokov a vyššie, ktorým bol dotazník HLQ administrovaný formou interview. Okrem dotazníka HLQ a socio-demografických ukazovateľov sa v tejto výskumnej vzorke skúmali aj ďalšie premenné ako životný štýl, so zdravím súvisiace správanie a rizikové správanie a vybrané indikátory zdravotného stavu. Predbežné štatistické analýzy ukazujú, že adaptácia

a validizácia HLQ CZ prebehla úspešne, čo umožní napojenie výskumu v oblasti zdravia a sociálno-ekonomických nerovností v zdraví v Českej republike do aktuálneho kontextu na globálnej úrovni (ICZ, 2018).

Autori Čepková a kol. (2017) popisujú jednotlivé domény HLQ, pričom charakterizujú prejavy nízkej a vysokej úrovne v danej dimenzii u respondenta:

1. Pociť pochopenia a podpory od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti
2. Dostatočné informácie o starostlivosti o svoje zdravie
3. Aktívna starostlivosť o svoje zdravie
4. Sociálna opora v oblasti zdravia
5. Posúdenie zdravotných informácií
6. Schopnosť aktívnej spolupráce s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti
7. Navigácia v systéme zdravotnej starostlivosti
8. Schopnosť nájsť aktuálne informácie o zdraví
9. Pochopenie zdravotných informácií do takej miery, aby jednotlivec vedel, čo robiť.

Ešte v nedávnej minulosti panoval názor, že za naše zdravie je zodpovedný lekár, spoločnosť. Poštou odosielané pozvánky na preventívne prehliadky ľudia prijímali automaticky. V súčasnosti má starostlivosť o svoje zdravie v rukách každý sám. Zahrňuje ochranu a podporu, cieľenú prevenciu, aktívnu spoluprácu pri včasnej diagnostike, liečbe a rehabilitácii. Vychádza zo súčasných poznatkov preventívnej medicíny a má významný vplyv na podchytenie včasných štádií chronických neinfekčných ochorení. K takejto starostlivosti o svoje zdravie je potrebná kontinuálna a odborne garantovaná zdravotná edukácia (Fait et al. 2008).

Keďže zdravotná gramotnosť znamená kognitívnu a sociálnu schopnosť, ktorá determinuje motiváciu a schopnosť jednotlivcov získať prístup k zdravotným informáciám, porozumieť im a využívať ich na rozvoj a udržanie dobrého zdravia (Holčík, J. 2010) je nevyhnutné jej dôkladné vyhodnotenie a získanie dostatku informácií pre plánovanie a realizáciu intervencií zameraných na rozvoj zdravotnej gramotnosti. Pojem zdravotná gramotnosť sa využíva v nadväznosti na zdravotnú výchovu (edukácia pacientov, výchova k zdraviu), podporu zdravia, európsku politiku, zdravotné systémy a sociálne determinanty zdravia (Ondruš, 2014). Predstavuje komplexný fenomén zahrňujúci jednotlivca, rodinu a komunitu. Z týchto dôvodov je nevyhnutné vnímať zdravotnú gramotnosť v multidisciplinárnom kontexte. Zvyšovanie zdravotnej gramotnosti je v rukách *medicíny, ošetrovateľstva, verejného zdravotníctva i sociálnej práce*. Priamo je pôsobením politickej, ekonomickej, sociálnej a zdravotnej roviny. Edukačné intervencie spolu s výchovou k zdraviu by mali smerovať k rozvoju modernej roly sestry, ktorá by v podmienkach profesionálneho ošetrovateľstva mohla vytvárať priestor pre napĺňanie úloh pomáhajúcich profesií (Raková, J. 2013. s. 162). Podobne verejné zdravotníctvo prostredníctvom Poradní zdravia má možnosť priamo pôsobiť na zdravotnú gramotnosť celej populácie.

Záver

Spôsoby zvyšovania zdravotnej gramotnosti je možné uplatňovať už v pregraduálnom vzdelávaní, v rámci edukácie, výchovy k zdraviu či v sociálnej politike. Zdravotná gramotnosť zohráva kľúčovú úlohu v oblasti podpory zdravia a efektívneho poskytovania zdravotnej starostlivosti (Čepová a kol., 2017, s. 24). Zdravotná gramotnosť sa stala kľúčovou

témou a je v centre zájmu vedcov zaoberajúcich sa zdravím, lekárov, poskytovateľov služieb v oblasti zdravia, politických činiteľov a samozrejme ľudí angažujúcich sa v oblasti zdravia a zdravotníckych služieb. Jej hlavným cieľom je zvýšenie podielu človeka na starostlivosti o vlastné zdravie.

Zoznam použitej literatúry

- ČEPOVÁ, E. a kol. 2017. Zdravotná gramotnosť, metóda ako zlepšiť zdravie populácie a jej využitie vo verejnom zdravotníctve. Zdravotníctvo a sociálna práca. 2017;12(1) s. 24-32. ISSN 1336-9326.
- DINGOVÁ, M., JAKUBCOVÁ, T. 2011. Healthliteracy – new concept for nursing practice. *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie*. 2011;1(1)pp. 31-41.
- FAIT T. et al. 2008. *Preventivní medicína*. Praha: Maxdorf, 2008., 770 s. ISBN 978-80-7345-237-7
- FRISCH, A. et al. 2012. Defining and measuring health literacy: how can we profit from other literacy domains? *Health promotion international*. 2012;27(1), pp117-126.
- HOLČÍK J. 2011. Škola a zdraví 21. Výchova ke zdraví: podněty ke vzdělávacímu oblastem. [online] 2011. [cit. 2018-10-1]. Dostupné na internete: <http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2011/38/texty/cze/holcik.pdf>.
- HOLČÍK J. 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. 2010. Brno. 293s. ISBN 978-80-210-5239-0
- ISZ – Institut sociálního zdraví. Zdravotní gramotnost a její aplikace do praxe. Univerzita Palackého v Olomouci [online] 2018. [cit. 2018-10-1]. Dostupné na internete: <https://oushi.upol.cz/vyzkum/zdravotni-gramotnost/>.
- LIBA, J. *Výchova k zdraví v školské edukaci*. Prešovská univerzita v Prešove, Pedagogická fakulta, 2016 s. 244 ISBN 978-80-555-1612-7.
- NOVYSEDLÁKOVÁ, M. HUDÁKOVÁ, Z. 2012 Zdravotná gramotnosť pacienta ako edukačný problém. [online]. [cit. 2018-10-1]. Dostupné na internete: <https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Dernarova6/subor/p14.pdf>
- NUTBEAM, D. 2000. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*. 2000; 15(3):pp.259. ISSN 1460-2245.
- ONDRUŠ, P. 2014. *Svetové zdravotnícké systémy v čase globalizácie*. 2014. 319 s. ISBN 978-80-89057-47-4.
- OSBORNE, RH. et al. 2013. The grounded psychometric development and initial validation of the health literacy questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 2013;13(1):pp1-17.
- RAKOVÁ J. 2013. Výchova k zdraví ako významná súčasť kooperácie v pomáhajúcich profesiách. In: Supplement vybraných kapitol vo vedných odboroch sociálna práca a ošetrovateľstvo I. Příbram; 2013. s.162.
- SORENSEN, K. et al. 2012. Health literacy and public health; A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(1): pp.80. ISBN 1471-2458.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health Promotion Glossary. Geneva. [online]. 1998. [cit. 2017-10-17]. Dostupné na internete: <<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>>.

Kontakt na autora

doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.

Ústav ošetrovateľstva LF UPJŠ,

Tr. SNP 1, Košice

e-mail: lucia.dimunova@upjs.sk

SPIRITUALITA A JEJ VPLYV NA KVALITU ŽIVOTA SENIOROV V ZARIADENÍ PRE SENIOROV

Spirituality and its impact on quality of life seniors in seniors homes

Gálová A.

Abstrakt

Spokojnosť s poskytovanými sociálnymi službami v zariadení sociálnych služieb na Slovensku je jedným z dôležitých ukazovateľov ich kvality, determinuje dopyt a štruktúru siete existujúcich zariadení sociálnych služieb. Predlžovaním dĺžky života a starnutím populácie sa zväčšuje význam skúmania faktorov, ktoré ovplyvňujú starnutie a kvalitu života v starobe. Súčasný platný zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách upravuje právne vzťahy pri poskytovaní sociálnych služieb, financovaní sociálnych služieb a dohľade nad poskytovaním sociálnych služieb u verejných i neverejných poskytovateľov sociálnych služieb. Kvalita života seniorov závisí od fyzického zdravia, miery nezávislosti, psychického fungovania, adaptácie, od prevládajúceho emocionálneho prežívania, od psychickej a sociálnej opory, ako aj spirituality a religiozity seniorov v Zariadení pre seniorov.

Kľúčové slová: Zariadenie pre seniorov. Senior. Spiritualita. Sociálne služby. Kvalita života.

Abstract

Satisfaction with the provision of social services in institutions providing social services in Slovakia is one of the important indicators of quality, which determines the structure of the existing network of social services and demand for social services. Increasing life expectancy and ageing of population importance of examining factors is increasing. These factors affect ageing and quality of life in old age. Currently applicable Law Act No. 448/2008 Coll. on Social Services governs legal relationships within providing social services, financing social services, and supervising provision of social services by public and non-public social services providers. Life quality of seniors depends on their physical health, degree of independence, psychical functioning, adaptation on dominating emotional experiencing, psychical and social support, as well as on spirituality and religiosity in Senior's homes.

Key words: Senior's homes. Senior. Spirituality. Social services. Quality of life.

Úvod

Seniorská populácia predstavuje neodmysliteľnú súčasť ľudskej spoločnosti, problematika starnutia sa bytostne dotýka nás všetkých, dôstojné a šťastné starnutie by malo byť odmenou všetkých seniorov za ich celoživotný prínos pre rozvoj spoločnosti a pre budúce, mladšie generácie. Človek ako spoločenská bytosť ustavične hľadá odpovede na otázky zmyslu života, hľadá zmysel svojej podstaty, svojej existencie.

Práve životné obdobie sénia núti človeka zamýšľať sa viac nad týmito otázkami a hľadať odpovede v duchovnom poslaní, v duchovnej ceste, v duchovnej existencii človeka, ktorá je úzko spätá s religiozitou, spiritualitou a náboženstvom. Starnutie sa stalo významným rysom demografického napredovania populácie doma i vo všetkých krajinách Európy. Z priestorového hľadiska je starnutie globálny problém, aktuálny pre celú Európu, ktorej populácia starne. Nevyhnutnou zložkou existencie spoločnosti sú sociálne služby. Sociálne

služby sa radia k významným aktivitám štátu, samosprávy a poskytovateľov sociálnych služieb. Kvalita života je výsledkom vzájomného pôsobenia sociálnych, zdravotných, ekonomických a environmentálnych podmienok, týkajúcich sa ľudského a spoločenského rozvoja. Predstavuje objektívne podmienky kvality života, ale i subjektívne prežívanie a hodnotenie vlastnej kvality života.

Problematika religiozity, spirituality a jej významu pre kvalitu života seniorov v Zariadení pre seniorov v našich legislatívnych podmienkach poskytovania sociálnych služieb vychádza z rastúceho spoločenského dôrazu na aktívne hľadanie ciest, ktoré smerujú k uchopeniu konceptu kvality života v rámci individuálneho a populačného starnutia spoločnosti. Sociálne služby sú súčasťou verejných služieb, ktoré v súčasnej terminológii Európskej Únie tvoria jeden z významných pilierov európskeho modelu spoločnosti.

Sociálne služby sú ako odborné činnosti zacielené na saturovanie potrieb užívateľa, sú primárne určené na uspokojovanie sociálnych potrieb ľudí v núdzi, chudobe a ľudí ohrozených núdzou, chudobou. Inštitucionálne sociálne služby sa poskytujú mimo sociálneho prostredia klienta. Významným faktorom v rámci zariadení sociálnych služieb je integrácia klientov do spoločenského diania, podieľanie sa na tvorbe životných podmienok v zariadení sociálnych služieb na základe svojich individuálnych schopností, možností, zdravotného stavu.

„Spiritualita je dimenzia, ktorú možno považovať za hnaciu silu v živote jedinca, silu, ktorá dáva všetkým aspektom života zmysel a v jeho strede sídli nádej.“ (Škrla, P. 2003. s. 434)

Spiritualitou sa vyjadruje z latinského prekladu duchovnosť, duševnosť, ako protiváha toho, čo je hmotné. Ide o duchovný život človeka spojený s Bohom, s modlitbami a rituálmi. Spiritualita predstavuje dôležitú a významnú súčasť našej ľudskej existencie, ľudskej podstaty.

V kresťanstve rozlišujeme spiritualitu zdola a spiritualitu zhora. Spiritualita zhora vyjadruje oslovenie od stvoriteľa. Človek vo svojom živote vníma jeho hlas, slovo, čím spoznáva sám seba. Výstup k Bohu vedie cez vnímanie jeho slova, komunikáciu s ním, vnímanie jeho prítomnosti v živote človeka. V spiritualite zdola človek vníma seba samého na základe svojich myšlienok, citov, tela, snov, rozhodnutí, svojich rán, bolestí, utrpení a slabostí. Spiritualitou však je determinovaný aj život mimo náboženských reálií. Patrí sem spôsob života, v ktorom človek prežíva určité povznesenie nad všednosť dní, zážitkov, môže ísť o umeleckú inšpiráciu.

Spiritualita je individuálnym javom, ktorá sa spája s osobnou transcenciou, zmysluplnosťou. Prejavuje sa v nej duchovná skúsenosť ako sú mystické skúsenosti. Spiritualita môže poukazovať aj na otvorenosť voči spirituálnym učeniam vo všetkých náboženstvách a myšlienkových prúdoch. Dosiahnutý stupeň procesu spirituálneho vývinu závisí od motivačnej, kognitívnej a zážitkovej kapacity človeka, ktorý už začína v detstve. Spiritualita vyjadruje základ pozitívneho i negatívneho vnímania existencie svojej situácie človeka. Je to súborný termín, vyjadrujúci psychické procesy a vlastnosti s javmi, ktoré sa rozvíjajú v rámci duchovného života ako je svetonázor, religiozita, múdrosť, morálka.

Podľa (Malíkovej, E. 2012. s. 274) *„senior s naplnenými duchovnými potrebami: je vyrovnaný, má v sebe vnútorný klud, nemá konflikty so svojim okolím, rozumie situáciám vo svojich predchádzajúcich životných etapách i v tej súčasnej, vie prijímať všetko tak, ako to je, má v sebe vnútornú silu, vie, kde hľadať pomoc v ťažkých chvíľach a vďaka tomu zvláda aj*

náročné životné situácie, vie, kde hľadať odpoveď na svoje otázky, pokiaľ ešte nejaké nové vzniknú, vie podporovať druhého, pretože sám prežíva náročné obdobie, vie pochopiť druhého, má tolerantný, chápaný, vŕcný prístup, vyžaruje z neho harmónia, vie si zachovať nadhľad, odstup a nenechá sa vtiahnuť do nepodstatných a malicherných záležitostí a sporov.“

Uspokojovanie duchovných potrieb / prijímateľov / seniorov v pobytovom sociálnom zariadení tvorí veľmi dôležitú časť nielen práce zdravotného personálu, ale aj všetkých ďalších pracovníkov odborného personálu, najmä sociálnych pracovníkov, terapeutov, ale i ostatných zamestnancov obslužného personálu a ďalších zamestnancov.

Problémy v oblasti spirituality a nedostatočnej saturácie duchovných potrieb seniorov v zariadení pre seniorov ovplyvňujú nielen psychický stav a emocionálnu úroveň, ale i fyzické telo, čo sa prejavuje v ich fyzickom zdraví, čo sa prejaví v oblasti ošetrovateľských a zdravotných úkonov, ako i v úkonoch sociálnej práce s klientom a ich potrebách. Prejavuje sa to u nich poruchou spánku, stavu beznádeje, smútok, depresia, sociálna izolácia, porucha komunikácie, bolesť, znížený príjem potravín, čiastočná alebo úplná imobilita. Individuálny plán klienta a forma naplnenia jeho duchovných potrieb je významnou časťou náplne práce sociálneho pracovníka.

Duchovné potreby a spiritualita musia byť zahrnuté a správne, odborne formulované v individuálnom pláne práce s klientom, čo podmieňuje jeho osobnostný rozvoj. Na individuálnom plánovaní duchovných potrieb klienta by sa mali podieľať aj ďalší odborní zamestnanci zariadenia (ošetrovateľský tím, fyzioterapeut, ergoterapeut, inštruktor sociálnej rehabilitácie). Jeho zabezpečenie môže mať veľmi pozitívne a priaznivé vplyvy na kvalitu života seniora v zariadení pre seniorov. Splnenie tohto cieľa a týchto úloh odborného personálu znamená, že klient pochopí svoj život v širšom kontexte, nájde odpoveď na svoje otázky a je pripravený na odchod z tohto sveta. Starnutie je špecifickým biologickým procesom poznamenaným svojou nezvratnosťou, neopakovateľnosťou a zanechávaním trvalých zmien na človeku. Starnutie je proces a staroba predstavuje konečný úsek života človeka.

Metódy

Vedecký výskum je zameraný na význam religiozity, spirituality a kvality života seniorov v zariadeniach pre seniorov, poskytované sociálne služby verejnými i neverejnými poskytovateľmi v Banskobystrickom samosprávnom kraji. Výskumný zámer štúdie opierame o subjektívny prístup pri zisťovaní kvality života seniorov v zariadeniach pre seniorov pomocou dotazníka SQUALA, ktorý používajú ako u chorej, tak aj u zdravej populácii. Na zisťovanie religiozity, spirituality sme použili škálu SROS, ktorou meriame dimenzie náboženskej orientácie. Metódu zberu dát sme realizovali prostredníctvom kvalitatívnej výskumnej metódy - dotazníka, pomocou uzavretých otázok. Výskum sme realizovali pomocou dvoch častí dotazníkov. Dotazník č.1 Kvalita života seniorov - SQUALA1,2,3,4,5 pozostával z troch častí. Prvá časť dotazníka kvalita života seniorov Squala1,2,3,4,5 pozostávala z neštandardizovaných otázok zisťujúcich o respondentoch základné demografické údaje.

Zodpovedný prístup respondentov pri odpovediach na otvorené otázky v I. časti dotazníku demografické údaje vo veľkej miere poskytli dostatočne presné informácie a odpovede respondentov boli dostatočne našim potrebám a podporili výsledky nášho výskumu.

V druhej časti dotazníka č.1 Kvalita života seniorov - SQUALA1,2,3,4,5 otázky boli zamerané na jednotlivé dimenzie kvality života, ako ponímajú respondenti svoju kvalitu života, ako posudzujú a do akej miery sa cítia v uvedených oblastiach svojho života dôležití, zaznamenali sme a hodnotili dôležitosť faktorov dimenzie kvality života squala1 - abstraktné hodnoty, squala2 – zdravie, squala3 – blízke vzťahy, squala4 – voľný čas, squala5 – základné potreby. V ďalšej časti dotazníka č.1 Kvalita života seniorov - SQUALA1,2,3,4,5 oproti druhej časti dotazníka č.1 otázky boli taktiež zamerané na jednotlivé dimenzie kvality života, ako posudzujú a do akej miery sa cítia v uvedených oblastiach svojho života spokojní respondenti v zariadení pre seniorov, čiže zaznamenali sme a hodnotili spokojnosť s faktormi dimenzie kvality života squala1 - abstraktné hodnoty, squala2 – zdravie, squala3 – blízke vzťahy, squala4 – voľný čas, squala5 – základné potreby.

Kľúčovými pojmami sú spokojnosť a dôležitosť. Spokojnosť je hodnotená na päťbodovej škále od 1 = veľmi sklamaný po 5 = úplne spokojný dôležitosť je taktiež hodnotená na päťbodovej škále, pričom 0 = bezvýznamné až po 4 = nevyhnutné.

Konštatujeme, že dotazník je šandardizovaný a dimenzie Squala1,2,3,4,5 dotazníka sú široko uplatniteľné v oblastiach medicínskej, sociálnej, psychologickej aj pedagogickej oblasti predovšetkým za účelom diagnostiky alebo skvalitnenia starostlivosti a služieb.

Celkový súbor tvorilo 489 respondentov - seniorov žijúcich v zariadeniach pre seniorov, oslovení respondenti žili v banskobystrickom regióne na strednom Slovensku. Výber vzorky respondentov bol zámerný a u seniorov žijúcich v zariadeniach sme si stanovili podmienku minimálne dvojročného pobytu.

Výskumný súbor bol tvorený - poskytovatelia sociálnych služieb typu zariadenia pre seniorov v banskobystrickom samosprávnom kraji nasledovne: u verejných poskytovateľov vo ôsmich skúmaných zariadeniach pre seniorov Ambra Lučenec, LUNA Brezno, B. Bystrica, Klenovec, Nová Bašta, Rimavská Sobota, Veľký Krtíš, Žiar nad Hronom u neverejných poskytovateľov v troch skúmaných zariadeniach pre seniorov Tília Poltár, Auxilium Číž, Bonitas Nová Baňa a v zariadeniach pre seniorov zriadených obcou v dvoch zariadeniach: Hajnáčka a Nezábudka Fiľakovo. Dotazníky sme distribuovali do vybraných zariadení pre seniorov celkom 649 kusov elektronickou a osobnou formou, návratnosť dotazníkov bola celkom od 489 respondentov, čo predstavovalo 75,35 %.

U verejného poskytovateľa výskumný súbor tvorilo 347 respondentov z toho 209 žien a 138 mužov, u neverejného poskytovateľa z celkového počtu 92 respondentov je 54 žien a 38 mužov a u poskytovateľa sociálnej služby v zriaďovateľskej pôsobnosti obce a mesta, výskumný súbor tvorilo celkom 50 respondentov 30 žien a 20 mužov. Výskumný súbor tvorilo celkom 489 respondentov 293 žien a 196 mužov. Vo výskumnej vzorke najmladší respondent mal 60 rokov a najstarší 91 rokov. Vekový priemer súboru je 68,65 roka.

Výsledky

Výsledky ukázali, že v dotazníku jednotlivé faktory dimenzie kvality života SQUALA 1,2,3,4,5, ako aj typ bývania významne súvisia s celkovou kvalitou života seniorov, pričom výsledky naznačujú, že aj sociálne vzťahy sú dôležitým zdrojom pri hodnotení spokojnosti

kvality života. Na druhej strane, pri spiritualite, religiozite sa ukázali jednoznačné vzťahy, zvnútornená religiozita vykazovala silnú, pozitívnu koreláciu s celkovou kvalitou života seniorov, vonkajšková religiozita vykazovala stredne nízku koreláciu a aspekt hľadanie vykazoval triviálnu hodnotu, pozitívnu koreláciu s celkovou kvalitou života. Analýza moderačného efektu podľa rodu na vzťah medzi kvalitou života, spiritualitou a religiozitou ukázala, že zvnútornená religiozita vykazuje pozitívnu hodnotu s kvalitou života u žien, ako aj u mužov, ale tento vzťah je intenzívnejší u žien, vykazuje silnú, pozitívnu koreláciu a u mužov triviálnu, ale pozitívnu koreláciu.

Cieľom nášho výskumu bolo identifikovať premenné korelujúce s prežívaním kvality života u ľudí v staršom dospelom veku, pričom sme sa zamerali na vybrané sociálne a demografické premenné ako je rod, či typ zariadenia, v ktorej osoba žije. Takisto sme sa rozhodli skúmať vybrané religiózne premenné so zameraním na významnosť religiozity, spirituality, na kvalitu života, ako aj na klasické dimenzie religiozity ako je zvnútornená, vonkajšková a aspekt hľadanie.

Výskumný súbor

Výskumný súbor celkom 489 respondentov bol tvorený 293 ženami a 196 mužmi. Najmladší respondent mal 60 rokov a najstarší 91 rokov. Vekový priemer súboru je 68,65 roka. V súbore žien (N = 209) je najnižší vek respondentov 60 a najvyšší 91 rokov. Priemerný vek súboru mužov bol 68,81 roka. V súbore mužov (N = 138) je najnižší vek respondentov 60 a najvyšší 88 rokov. Priemerný vek súboru žien bol 68,49 roka. Obe súbory sú teda možné považovať za vekovo porovnateľné.

Zber dát sme realizovali len v zariadeniach pre seniorov v rámci banskobystrického samosprávneho kraja. Vek opýtaných respondentov sa pohyboval v nasledovných vekových rozpätíach 60 – 74 rokov 289 respondentov, čo predstavoval 59,10 %, v rozpätí 75 – 89 rokov 199 respondentov, predstavoval 40,70 % opýtaných, v rozpätí 90 rokov a viac je jeden respondent 0,02 %.

V súbore mužov u verejných poskytovateľov (N = 138) je najnižší vek respondenta 60 rokov, najvyšší 87 a priemerný vek súboru mužov je 68,51 roka, v súbore mužov u neverejného poskytovateľa (N = 38) je najnižší vek respondenta 62 rokov, najvyšší 86 a priemerný vek súboru mužov bol 68,44 roka a v súbore u poskytovateľa sociálnej služby obec a mesto (N = 20) je najnižší vek respondenta 64 rokov, najvyšší 88 a priemerný vek súboru mužov je 68,52 roka.

V súbore žien u verejných poskytovateľov (N = 209) je najnižší vek respondenta 60 rokov, najvyšší 91 a priemerný vek súboru žien bol 68,93 roka, v súbore žien u neverejného poskytovateľa (N = 54) bol najnižší vek respondenta 64 rokov, najvyšší 88 a priemerný vek súboru žien bol 68,74 roka a v súbore žien u poskytovateľa sociálnej služby obec a mesto (N = 30) bol najnižší vek respondenta 63 rokov, najvyšší 87 a priemerný vek súboru mužov bol 68,76 roka.

U verejného poskytovateľa výskumný súbor tvorilo 347 respondentov 209 žien a 138 mužov, u neverejného poskytovateľa z celkového počtu 92 respondentov je 54 žien a 38 mužov a u poskytovateľa obec a mesto výskumný súbor je tvorený 30 ženami a 20 mužmi.

U neverejného poskytovateľa sociálnej služby výskumný súbor tvorilo celkom 92 respondentov 54 žien 58,70 % a 38 mužov 41,30 %. Počet žien vo výskumnej vzorke bol o 16 respondentov vyšší ako počet mužov, čo predstavovalo 17,40 %.

Výberový súbor nebol tvorený náhodným výberom, ale cielene sme oslovlili celú škálu respondentov v okruhu menovaných subjektov, aby sme podporili validitu výskumu.

Z demografických údajov dotazníka sme si zistili, že dotazník vyplnilo 138 respondentov - 28,22%, ktorí bývajú v obci do 10 000 obyvateľov, 287 respondentov - 58,69% v meste nad 10 000 do 50 000 obyvateľov, 64 respondentov - 13,09 % v meste nad 50 000 do 100 000 obyvateľov.

Z celkového počtu respondentov mali neukončené základné vzdelanie 50 respondentov 10, 22 %, základné vzdelanie 132 respondentov 26,99 %, stredoškolské bez maturity 161 respondentov 32,93 %, stredoškolské s maturitou 142 respondentov 29,04% a 4 respondenti vysokoškolské vzdelanie, čo predstavuje 0,82 %. V rámci deskriptívnej štatistiky sme si zistili, že traja respondenti boli slobodní/á 0,62 % naopak ženatých či vydatých bolo 285 respondentov 58,28%, rozvedených 64 seniorov 13,08% a vdovcov a vdov označilo 137 respondentov 28,02%.

Respondenti vyjadrili svoju mieru dôležitosti kvality života seniorov na päťbodovej škále Likertového typu s uvedenými stupňami: 0 – bezvýznamné, 1 – málo dôležité, 2 – stredne dôležité, 3 – veľmi dôležité, 4 – nevyhnutné.

Z indikátorov dôležitosti sa umiestnili indikátory zdravie, dobré jedlo, prostredie a bývanie, starostlivosť o seba, pocit bezpečia, sloboda, rodinné vzťahy, láska, peniaze. Respondenti považovali za menej dôležité z kvality života indikátor práca, koníčky, sexuálny život. Na ďalších miestach sa umiestnili indikátory spravodlivosť, psychická pohoda, sloboda, pocit bezpečia. Respondenti zaradili indikátory krásy a umenia na 18. pozíciu, ďalej nasleduje indikátor odpočinok, spánok, pravda.

Korelácie celkovej kvality života súboru ženy a muži s dimenziou zvnútornenej religiozity, spirituality vidieť, že vykazujú pozitívnu hodnotu korelácie a zvnútornené religiozity sú intenzívnejšie pre ženy než pre mužov, vyказuje hodnotu silnú, pozitívnu 0,324 a u mužov triviálnu, pozitívnu 0,098. V našom výskume sa rozdiely v religiozite, spiritualite a najmä zvnútornenej religiozite medzi mužmi a ženami jednoznačne preukázali.

Tieto výsledky v našom výskume naznačujú, že tento vzťah je stabilný medzi dimenziami religiozity, spirituality a dimenziou kvality života seniorov squala1 - abstraktné hodnoty. Ako uvádzame ďalej v našom prípade sa ukázalo, že tento vzťah podporuje u výberového súboru ženy najmä dimenzie kvality života squala1 – abstraktné hodnoty a dimenzia squala3 – blízke vzťahy, ktoré vykazujú stredne silnú pozitívnu koreláciu zvnútornenou religiozitou. Ďalej asociácie medzi premennými stabilný vzťah vyказuje u výberového súboru muži dimenzia kvality života squala1 – abstraktné hodnoty a dimenzia zvnútornenej religiozity.

Pri korelačnej analýze premenných sme však identifikovali negatívnu koreláciu medzi vonkajšou religiozitou, spiritualitou a celkovou kvalitou života u súboru mužov v dimenziách squala2 – zdravie -0,108, squala3 – blízke vzťahy a squala4 – voľný čas na úrovni - 0,016 a - 0,074.

V kontexte výskumov religiozity, spirituality a kvality života to považujeme za dôležitý výsledok, ktorý naznačuje, že niektoré aspekty religiozity, spirituality môžu negatívne prispievať k úrovni kvality života. Pri interpretácii tohto výsledku vychádzame z definície

vonkajškovej religiozity, ktorá hovorí, že vonkajškova religiozita je používanie náboženstva na uspokojovanie svojich osobných záujmov, teda ľudia s týmto typom religiozity uspokojujú prostredníctvom náboženstva svoje potreby (psychologické, sociálne, ekonomické).

Záver

Otázka osobných postojov a podnetov na vieru v Boha otvára možnosti na vlastnú religióznu totožnosť, spiritualitu, ale tiež možnosti pre objektívne sebahodnotenie a sebareflexiu.

Slovenská republika je bohatá na multireligiózne prostredie a ponúka rôzne modely ako tradičnej, tak i netradičnej religiozity. Religiozita v súčasnej modernej forme spoločenského zriadenia je vnímaná ako fenomén a súčasť každej demokratickej spoločnosti. Stredná Európa, kde sa nachádza aj naša krajina, je výrazne kresťanský zameraná, a tak za tradičnú religiozitu môžeme považovať kresťanstvo. Na Slovensku je výrazné zastúpenie veriacich rímskokatolíckej cirkvi, gréckokatolíckej v jednotlivých regiónoch, nevynímajúc ani Banskobystrický kraj.

Náboženská skúsenosť je procesom oboznámenia sa človeka s vierou, náboženstvom, spiritualitou, je procesom subjektívneho prežívania i spojenia s Bohom. Náboženská skúsenosť, formy jej prežívania, vnímania vlastnej religiozity sú významnými atribútmi pre kvalitu života seniorov v zariadení pre seniorov, ktorí jeseň svojho života prežívajú v inštitucionálnej forme sociálnej starostlivosti, ktorá pre nich predstavuje formu a prostriedok riešenia ich aktuálnej zdravotnej, sociálnej situácie, čo je podmienené odkázanosťou na tento druh sociálnej služby v zmysle platnej legislatívy.

Kvalitu jesene života významne u seniorov ovplyvňuje práve religiozita, čo je preukázateľné aj výsledkami nášho realizovaného vedeckého výskumu vo vybraných zariadeniach sociálnych služieb v banskobystrickom kraji.

Náboženstvo predstavuje silný zdroj hodnôt pre človeka, ako aj pre celú spoločnosť. Religiozita ovplyvňuje každodenné udalosti, osobné prežívania, sebahodnotenia, subjektívnu pohodu, zdravie a všetky ukazovatele kvality života človeka – seniora, ktorý citlivo vníma vlastný religiózny rozmer, jej podmienky realizácie a priestor v rámci zariadenia pre seniorov.

Sociálne služby a ich kvalita poskytovania v spoločnosti je prejavom vyspelosti demokratickej krajiny, ktorou spoločnosť preukazuje svoju solidaritu, participáciu, humánnosť voči tým, ktorí sú na tieto služby odkázaní.

Kvalita života seniora a jej individuálne hodnotenie závisí od fyzickej pohody, materiálnej pohody, kvality medziludských vzťahov, sociálnych aktivít, osobnostného rozvoja, sebarealizácie a sebauplatnenia.

Práve na základe týchto atribútov zdôrazňujeme potrebu aktívneho využitia času ako dôležitého fenoménu, ktorý saturuje hlavne potreby sebarealizácie, naplňa sociálne potreby, redukuje zdravotné problémy, zlepšuje integráciu, skvalitňuje medzigeneračné vzťahy, komunikáciu, solidaritu a podporuje kreativitu, pozitívne myslenie, obohacuje život, je zdrojom pocitov životného optimizmu, prináša pozitívny postoj k vlastnému procesu starnutia a staroby u seniorov v zariadení pre seniorov, čo je realizovateľné formou vlastného duchovného rozvoja – religiozity a jej rozmerom, ktoré bezprostredne ovplyvňujú a podmieňujú kvalitu ich života.

Dôležité je vo všetkých zariadeniach sociálnych služieb vybudovať systém odborných činností na princípe humánnych hodnôt, ktoré úzko súvisia s kresťansky orientovanou sociálnou prácou a prístupom ďalších odborných i obslužných zamestnancov v organizácii.

Úlohou spoločnosti a všetkých pôsobiacich jednotlivcov v pomáhajúcich profesiách je aktívne prispievať odbornou, kvalitnou, humánnou a dostupnou činnosťou ku kvalite života našich klientov na princípe všetkých hodnôt, ktoré sú základom pre sociálnu prácu.

Naše výsledky poukazujú na to, že sociálne vzťahy sú dôležitým zdrojom kvality života u starších dospelých. Takisto sa ukázalo, že dimenzie religiozity má špecifické role pri prežívaní kvality života aj zmysluplnosti života, ktoré však do istej miery závisia od špecifických okolností, ako napr. rod, životné podmienky daného človeka a pod., prípadne od špecifického typu religiozity. Kvalitu jesene života významne u seniorov ovplyvňuje práve religiozita, čo je preukázateľné aj výsledkami nášho realizovaného vedeckého výskumu vo vybraných zariadeniach sociálnych služieb v banskobystrickom kraji.

Náboženstvo predstavuje silný zdroj hodnôt pre človeka, ako aj pre celú spoločnosť. Religiozita ovplyvňuje každodenné udalosti, osobné prežívanie, sebahodnotenia, subjektívnu pohodu, zdravie a všetky ukazovatele kvality života človeka – seniora, ktorý citlivo vníma vlastný religiózny rozmer, jej podmienky realizácie a priestor v rámci zariadenia pre seniorov.

Zoznam použitej literatúry

- GÁLLOVÁ, A. 2017. *Sociálne služby na Slovensku a ich význam pre Rómov*. Rimavská Sobota: ASRPO SR. 269 s. ISBN 978-80-972352-5-3
- HETTEŠ, M. 2011. *Starnutie spoločnosti. Vybrané kapitoly sociálnej práce so seniormi*. Bratislava: VŠ Z a SP sv. Alžbety. 2011. 192 s. ISBN: 978-80-8132-031-6
- HETTEŠ, M. 2015. *Ludské práva a sociálna ochrana v sociálnej práci*. Bratislava: VŠ Z a SP sv. Alžbety. 2015. 242 s. ISBN: 978-80-8132-128-3
- MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 2011. 328 s. ISBN 9788024731483
- MATOUŠEK, O. a kol. 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha : Portál. 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
- MATOUŠEK, O. 2007. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha : Portál. 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-002-X
- MÜHLPACHR, P., VAĐUROVÁ, H. 2006. *Kvalita života*. Brno: Masarykova univerzita. 2006. 146 s. ISBN 80-86633-62-4.
- REPKOVÁ, K. 2012. *Politika sociálních služieb*, Prešov: Prešovská univerzita. 2012. 80 s. ISBN 978-80-555-0621-0.
- ŘÍČAN, P. 2002. *Psychologie náboženství*, Praha: Portál. 2002. 326 s. ISBN 80-7178-547-4
- ŘÍČAN, P. 2007. *Psychologie osobnosti, Obor v pohybu*, Praha: Grada Publishing. 2007. 789 s. ISBN 978-8024-7140-73
- STRÍŽENEC, M. 2001. *Súčasná psychológia náboženstva*. Bratislava: IRIS. 2001. 236 s. ISBN 80-8878-33-6
- STRÍŽENEC, M. 2007. *Novšie psychologické pohľady na religiozitu a spiritualitu*. Bratislava: SAV. 2007. 318 s. ISBN 978-80-88910-24-4
- ŠKRLA, P., ŠKROVÁ, M. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management. 1. vyd.* Praha: Advent Orion. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

ŠRENKEL, J. 2010. *Kvalita života klientov domovov sociálnych služieb ako nástroj hodnotenia poskytovaných sociálnych služieb* 2010. Prešov: Prešovská univerzita, Pedagogická fakulta. 2010. 108 s. ISBN 978 -80 -555 -0260 -1.
VAĎUROVÁ, H. - MÜHLPACHR, P. 2005. *Kvalita života*. Brno : MU. 2005. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

Kontakt na autora

PhDr. Andrea Gállová, PhD.
VŠ ZaSP sv. Alžbety, n. o.
Nám. 1. Mája č. 1
810 00 Bratislava
e-mail: gallova.andrea16@gmail.com

POKROČILÁ PRAX V KONTEXTE MULTIODBOROVEJ KOOPERÁCIE

Advanced practice nursing in the context of multidisciplinary cooperation

Grešš Halász, B., Tkáčová, L.

Abstrakt

Cieľ: Cieľom príspevku je popísať problematiku multiodborovej kooperácie v rámci pokročilej praxe v ošetrovatel'stve a jej špecifiká.

Metódy: Revízia relevantnej literatúry prostredníctvom jej vyhľadania v databázach Google Scholar, PubMed a CINAHL bola uskutočnená za účelom objasnenia pojmov pokročilej praxe a s ňou súvisiaca problematika kooperácie s inými vednými disciplínami.

Výsledky: Publikácie uvádzajú bariéry multiodborovej kooperácie, konkrétne medzi medicínou a pokročilou praxou v ošetrovatel'stve. Sú to nedostatočná komunikácia, podhodnotenie, misinterpretácia kompetencií pokročilej ošetrovatel'skej praxe a nesprávne vnímanie integrácie pokročilej praxe v oblasti transformácie zdravotníckych systémov, čo má priamy negatívny dopad na pacientov / klientov, rodiny a komunity.

Záver: Východiskom je zefektívniť a optimalizovať komunikáciu a partnerstvo v multidisciplinárnej kooperácii, hlavne medzi lekármi a sestrami s pokročilou praxou. Výsledkom má byť kvalitná, vysokoodborná, bezpečná a efektívna starostlivosť a poskytovanie služieb, ako aj vhodné uplatnenie dostupných personálnych kapacít- sestier s pokročilou praxou v rámci transformácie a modernizácie zdravotníckych systémov.

Ľúčové slová: Pokročilá prax v ošetrovatel'stve. Kooperácia. Multiodborová spolupráca.

Abstract

Objective: The aim of the paper is to describe the issue of multidisciplinary cooperation within the field of advanced nursing practice and its specifics.

Methods: Revision of relevant literature was carried out through Google Scholar, PubMed, and CINAHL database. It was conducted to clarify the concepts of advanced practice and related issues of collaboration with other scientific disciplines.

Results: Publications present barriers to multidisciplinary cooperation, specifically between medicine and advanced nursing practice. Insufficient communication, undervaluation, misinterpretation of advanced nursing practice competencies, misunderstanding the integration of advanced practice in the transformation of health care systems have a direct negative impact on the patients / clients, families and communities.

Conclusions: The starting point is to streamline and optimize communication and partnership within a multidisciplinary cooperation, especially between medical doctors and advanced practice nurses. It should result in the quality, highly professional, safe and effective care and provision of services, as well as the appropriate enforcement of available nursing staff with advanced experience in the context of transforming and modernizing health care systems.

Key Words: Advanced Practice Nursing. Cooperation, Multidisciplinary Collaboration.

Úvod

Starnúca populácia v súčasnej dobe prináša aj zvýšené nároky na zdravotný systém, ošetrovateľstvo nevynímajúc. Narastá aj percento chronických ochorení, ako sú diabetes, hypertenzia, artritída, kardiovaskulárne ochorenia, i psychické a psychiatrické choroby. Mnohí pacienti/klienti, rodiny, komunity deklarujú nedostatočnú koordináciu starostlivosti (duplicitné testovanie, zbytočné rehospitalizácie a pod.). Rastú aj nároky na dostatok sestier a ostatný zdravotnícky personál. Populácia praktizujúcich sestier starne. Vyžaduje si to transformáciu personálnych kapacít a poskytovania služieb.

Ošetrovateľstvo zohráva kľúčovú úlohu v transformácii v kontexte dostupnosti, vysokokvalitnej, na pacienta, rodinu, komunitu zameranej starostlivosti ako profesionálny partner multidisciplinárneho tímu. ... uvádza tri hlavné piliere pre úspešné dosiahnutie cieľa: 1) pokrok v transformácii vzdelávania, 2) eliminácia bariér pre prax a starostlivosť, a 3) vodcovstvo v ošetrovateľstve. Transformácia starostlivosti v súvislosti s ošetrovateľstvom prináša pokrokovú rolu sestier- pokročilú prax v ošetrovateľstve (Reinard, 2012).

Pokročilá prax v ošetrovateľstve

ICN definuje pokročilú prax sestier (AdvancedNursePractitioner- ANP) ako „registrovanú sestru s expertízou, vedomosťami, komplexnými rozhodovacími zručnosťami a klinickými kompetenciami pre expandovanú prax, ktorých charakteristika je formovaná kontextom a/alebo krajinou, v ktorej sa povolenie pre prax vydáva.“¹Pokročilá prax sestier je využívaná v mnohých krajinách sveta. Jej história sa začala v USA a siaha do 60. rokov minulého storočia, kedy sa rola začala kreovať na základe cieľa optimalizovať narastajúce náklady na starostlivosť a nedostatku zdravotníckych pracovníkov (Grešš Halász, 2014).

Pre získanie registrácie pre pokročilú prax sestry je dôležitým faktorom splnenie podmienok, a to v oblasti vzdelávania a praxe. Podľa odporúčaní by sestra s pokročilou praxou mala mať minimálne magisterský stupeň vzdelania v ošetrovateľstve a odpracovaných minimálne 3 až 5 rokov v danom odbore (rôzne legislatívne zadefinované v tej- ktorej krajine USA i sveta)(Delamaire, 2010). V súčasnosti sa diskutuje o doktorskom stupni vzdelania vzhľadom na fakt, že minimálny limit počtu kreditov v doktorskom stupni je takmer zhodný s počtom kreditov v iných príbuzných odboroch ako je lekár a farmaceut.⁴ Mnoho zahraničných štúdií uvádza vynikajúce výsledky uplatnenia pokročilej praxe sestier ako v inštitucionalizovanej, tak aj v komunitnej praxi (Grešš Halász, 2014).

Sestry s pokročilou praxou ako súčasť multidisciplinárnych tímov majú nezastupiteľnú úlohu pri poskytovaní dostupnej, adekvátnej a kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Ich uplatnenie vytvára komplexnosť a kontinuitu starostlivosti o pacientov/klientov. Dôležitým faktorom sú práve kompetencie pokročilej praxe vytvárané na základe vzdelania a praktických zručností. Podmienkou pokročilej praxe je adekvátne vzdelanie a prax, ale aj pokročilá schopnosť posudzovať zdravotný stav pacientov/klientov, schopnosť rozhodovania a zručnosť pri diagnostikovaní. Sestra s pokročilou praxou je autonómna, nezávislá, spolupracujúca so špecialistami z iných odborov, uskutočňuje prvý kontakt a realizuje vstupné posudzovanie pacienta/klienta, plánuje, implementuje a vyhodnocuje, poskytuje konzultácie, realizuje tzv. „case management“ a uplatňuje sa ako výskumník, pedagóg, mentor a manažér.

Multidoborová kooperácia v pokročilej ošetrovateľskej praxi

Z dostupnej literatúry vyplýva, že medzidoborová kooperácia má medzery najmä v oblasti spolupráce medicíny s ošetrovateľstvom (Delamaire, 2010). Podhodnotenie ošetrovateľstva a zručností a vedomostí sestier lekárskou obcou vytvára problém v rámci multidoborovej kooperácie s priamym vplyvom na starostlivosť v zdraví a chorobe pacientov/klientov.

Výskum Price et al. (2014) potvrdil, že efektívna kolaborácia lekár- sestra môže zvýšiť kvalitu starostlivosti, znížiť morbiditu a mortalitu pacientov/klientov a zvýšiť spokojnosť pacientov/klientov. Pozitívny výsledok môže priniesť aj v oblasti spokojnosti zdravotníkov (Price, 2014). Je na sestrách a na ošetrovateľstve ako vede, aby presadila svoju profesionalizáciu. Medzidoborová kooperácia sa nemôže uskutočňovať dovtedy, kým ošetrovateľská prax nebude inými odborními zdravotných systémov, politikou vážená, uznaná.

Aspekty ako komunikácia, diskusia a interprofesionálne vzdelávanie sú potrebné. Profesionalizácia ošetrovateľstva je v mnohých krajinách definovaná štandardnou úrovňou vzdelávania. Avšak nie je to ideálna situácia, ak tieto vzdelané sestry vykonávajú technicko-medicínske intervencie za lekárov namiesto profesionálnej ošetrovateľskej starostlivosti. Práve táto situácia interpretuje ošetrovateľstvo nesprávne. Tu teda môže prameniť aj spomínaný konflikt medzi ošetrovateľstvom a medicínou. Vyriešením problematiky kompetencií môže interprofesionálna kooperácia medzi lekármi a sestrami prerásť do kvalitného partnerstva (Foth, 2015).

Jakimowicz et al. (2017) vo svojej suitematickej revízii zistili, že ANP získavajú profesijné sebavedomie prostredníctvom ďalšieho vzdelávania a nezávislej praxe. Niektorí lekári však pokročilú prax chápú nesprávne. Intervencie, ktoré si vyžadujú čas, alebo sa stávajú rutinné a nezaujímavé, „menej náročné“ klinické intervencie, dokonca aj služby iných pracovníkov v zdravotníctve alokujú sestram s pokročilou praxou v domnienke, že to je ich úloha. Tento prístup však nie je uniformný a vyúsťuje do konfliktov medzi sestrami a lekármi. Problematická je aj oblasť odporúčania iným odborníkom sestrou s pokročilou praxou- málo uznávaná lekármi. Aj v tomto prípade bolo zistené, že efektívna komunikácia má pozitívny vplyv na korektné vzťahy a kooperáciu a obširnejšiu konzultáciu o problémoch medzi sestrou a lekárom. Systém takejto práce prináša zvýšený finančný príjem od pacientov/klientov, keďže ich je možné vyšetriť väčšie množstvo zároveň. Pre súkromné primárne ambulancie to znamená aj zvýšené náklady na mzdu sestier s pokročilou praxou, čo niektorí lekári vnímajú ako negatívum. Sestry s pokročilou praxou v primárnej starostlivosti musia svoju autonómiu, spôsobilosť a schopnosť byť zodpovedná neustále obhajovať (Jakimowicz, 2017).

Záver

Multidoborová kooperácia je kľúčovým bodom v starostlivosti a poskytovaní služieb pacientom/klientom, rodinám, komunitám, ktorí sú najdôležitejšou súčasťou procesu starostlivosti o nich v zdraví i chorobe. Podstatná je preto efektívna komunikácia, ktorá umožňuje partnerstvo s cieľom zúčastňovať sa na rozhodovaní týkajúceho sa otázky zdravia a ochorenia. Podstatná je tiež myšlienka zdieľania informácií, ktorá implikuje aktivity pre dosiahnutie spoločných cieľov. Je však nutné zjednotiť kompetencie a zodpovednosť priamo v praxi, aby úloha pokročilej praxe v ošetrovateľstve nebola nielen misinterpretovaná, ale aj nesprávne a neefektívne využívaná.

Zoznam použitej literatúry

ICN. 2009. NursePractitioner/AdvancedPracticeNurse: Definition and Characteristics [online]. ICN NursingMattersFactSheet. [Geneva (Switzerland)]: ICN, 2009 [cit. 2017-09-10] Dostupné na internete: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/1b_FS-NP_APN.pdf>.

GREŠŠ HALÁSZ, B., -TKÁČOVÁ, L. 2014. Novodobá rola sestry: sestra s pokročilou praxou. In Zdravotníctvo a sociálna práca- Supplementum [online]. 9/4 2014. [cit. 2017-10-08] Dostupné na internete: <http://www.zdravotnictvoasocialnapraca.sk/wp-content/uploads/ZaSP_Cislo_4_2014_CZ_Supplementum.pdf>. ISSN: 1336- 9326.

DELAMAIRE M- L., -LAFORTUNE G. 2010.Nurses in AdvancedRoles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 DevelopedCountries [online]. OECD HealthWorkingPaper No. 54. [Paris (France)]: Head of Publications Service OECD, Jul. 2010 [cit. 2015-09-08] Dostupné na internete: <<http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=delsa/hea/wd/hwp%282010%295&doclanguage=en>>.

American Association of Colleges of Nursing. 2015.TheDoctor of NursingPractice(DNP). 2015. 2 s. [cit. 2017-10-08] Dostupné na internete: <<http://www.aacn.nche.edu/media-relations/fact-sheets/DNPFactSheet.pdf>>.

FOTH, T., -BLOCK, K., -STAMER, M., -SCHMACKE, N. 2015.TheLongWayTowardCooperation:Nurses and FamilyPhysicians in NorthernGermany. In GlobalQualitativeNursingResearch. Vol. 2, p. 1-14.

PRICE, S., -DOUCET, S., -HALL, L. M. 2014. Thehistoricalsocialpositioning of nursing and medicine: Implicationsforcareerchoice, earlysocialization and interprofessionalcollaboration. In Journal of InterprofessionalCare, Vol. 28, p. 103–109.

JAKIMOWICZ, M., -WILLIAMS, D., -STANKIEWICZ, G. 2017. A systematicreview of experiences ofadvancedpracticenursing in generalpractice. In BMC Nursing. Vol. 16 (6). p. 1-12.

REINARD, S., -HASSMILLER, S.2012. TheFuture of Nursing: TransformingHealthCare[online]. In*TheJournal (AARP International)*.PrintEdition, 2012.[cit. 2017-10-08] Dostupné na internete: <<http://journal.aarpinternational.org/a/b/2012/02/The-Future-of-Nursing-Transforming-Health-Care>>.

Kontakt na autora

PhDr. Beáta GreššHalász, PhD.

odborná asistentka katedry ošetrovateľstva

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

e- mail: beahalasz@yahoo.com

OZNAMOVANIE ZÝCH SPRÁV PACIENTOM S ONKOLOGICKÝM OCHORENÍM

The communication of bad news to patients with cancer

Gulášová I.

Súhrn

Autorka sa v príspevku venuje oznamovaniu zých správ pacientom s onkologickým ochorením. Rakovina sa aj v súčasnosti spája s predstavou nevyliciteľnosti a neodvratnej smrti. Dokázať prijať realitu onkologického ochorenia je postupný proces, ktorý je výsledkom nielen vôle či chcenia. A netýka sa len pacienta. Čo sa týka pacienta samotného, spôsob, akým dokáže svoje ochorenie spracovať, závisí od viacerých faktorov. Tými hlavnými sú povaha a osobnosť pacienta, jeho schopnosť vyrovnávať sa so záťažovými situáciami, aktuálna životná situácia, ako aj miera podpory rodiny či priateľov. Komunikácia s onkologickým pacientom je jednou z najdôležitejších psychosociálnych zručností každého zdravotníckeho pracovníka. Je rozdielna a zároveň špecifická pre každé vývojové štádium reakcií pacienta na chorobu. Predovšetkým je však kľúčom k vytvoreniu vzájomnej dôvery potrebnej k úspešnej spolupráci zdravotníka a pacienta. Lekár je povinný pacienta o jeho ochorení primeraným a vhodným spôsobom informovať. Pacient má právo nechcieť byť informovaný a pacient má takisto právo rozhodnúť, či a do akej miery má lekár informovať jeho rodinu či známych.

Kľúčové slová: Oznamovanie. Správy. Pacienti. Onkologické ochorenie

Summary

The author in this contribution deals reporting bad news to patients with cancer. Cancer is also now linked with the idea incurable and inevitable death. It can accept the reality of the cancer is a gradual process, which is the result not only of will or volition. And are not confined patient. As regards the patient as a way to make their disease process depends on several factors. Those are the main character and personality of the patient, his ability to cope with stressful situations, current life situation as well as the degree of support for family or friends. Communication with cancer patients is one of the most important skills of any health care professional. Is different and also specific to each client's stage of development responses to the disease. Above all, however, is crucial to establishing mutual trust necessary to a successful partnership with nurse and clients. The doctor is obliged to patients about their disease adequately and appropriately informed. Patients have the right not to be informed and the patient also has the right to decide whether and to what extent the doctor to inform his family or friends.

Key words: The reporting, information, patients, cancerous diseases

Úvod

Smrteľnú diagnózu pacientovi či príbuzným oznamuje lekár. Po stanovení onkologickej diagnózy väčšina pacientov prežíva šok, beznádej, prechádza existenčnou krízou. Pacienti si uvedomujú nezávisle od rozsahu ochorenia, konečnosť vlastného bytia na tejto zemi. Musia zvládať okamžik prítomnosti, bremeno svojej minulosti a súčasne nazerať do neistej

budúcnosti, ktorá je ohraničená „smrteľnou istotou“ zvýraznenou práve život ohrozujúcou chorobou. Počiatočná existencionálna kríza síce v priebehu ochorenia ustupuje, ale kolísavá existencionálna tieseň je prakticky trvale prítomná. Situácia pre pacienta je o to horšia, že v našej kultúre si smrť zo svojho vedomia vytesňujeme alebo si vytvárame ilúziu nekonečného trvania života. Aspekt silnej záťaže v súvislosti s onkologickým ochorením a jeho liečbou nebol dlhodobo dostatočne akceptovaný. Pacient sa liečil na onkologické ochorenie, ale jeho psychickému vnímaniu sa zo strany ošetrojúceho personálu, ale ani pacienta a jeho okolia nevenovala dostatočná pozornosť.

Nikdy by sme nemali liečiť a ošetrovať diagnózu, ale človeka – osobu, pacienta.

V súčasnosti sa záujem o kvalitu života stal neoddeliteľným aspektom pohľadu lekára na komplexnú liečbu onkologických pacientov /Gulášová, 2008/. Ide o veľmi konkrétnu formu pomoci, napr. finančná výpomoc, obstarávanie potrebných vecí, zariadenie neodkladných záležitostí, ktoré postihnutý nemôže sám realizovať. Na tomto procese sa zúčastňuje multidisciplinárny tím.

Oznámenie pravdy a zlých správ je závažnou témou. Je to psychicky záťažová situácia pre lekára a samozrejme aj pre pacienta. Vyhnúť sa tejto povinnosti však nie je možné.

Pacient má právo na informácie o svojom zdravotnom stave /Gulášová, 2009/. S oznamovaním pravdy sa najčastejšie stretávajú onkológovia. Onkologické ochorenie je možné liečiť, ale aj napriek modernej medicíne je mortalita onkologických ochorení stále veľmi vysoká. Pri oznamovaní zlej správy je dôležité dbať na formu, akou informáciu poskytujeme. Mnoho krát po oznámení zlej správy majú pacienti pocit úzkosti a strachu, ktorý v nich ostáva „rezonovať“ dlhodobo, často tento moment oznámenia charakterizujú ako psychickú ujmu na ich osobnej integrite. Psychologický citlivý prístup pri oznámení zlej správy platí dvojnásobne.

„Umírající pacient musí projít mnoha stádii svého zápasu, než se vyrovná se svou nemocí a nevyhnutelnou smrtí.“ /Křivohlavý, 2010/.

Správnou komunikáciou by sme mali vopred zistiť pacientov prístup k chorobe a jeho psychický stav. Dôležité je rešpektovanie vôle, koľko informácií si praje pacient vedieť, a či vôbec chce vedieť informácie o svojom zdravotnom stave. Niektorí lekári neoznamujú celú pravdu o zdravotnom stave pacienta. Berú ohľad na vek a diagnózu pacienta. Seniorom hovoria, že majú chronické ochorenie, zadržujú časti informácií. Je to tak správne? Sú rôzne názory týkajúce sa oznamovania pravdy a zlých správ.

Informovanie pacienta

S podstatou ochorenia, vyšetrovacími a terapeutickými postupmi je pacient oboznámený ešte pred prvou aplikáciou liečby. Po ukončení vyšetrenia sestra a lekár stručne, vecne, bez zaobchádzania do detailov chorého informujú o svojom náleze.

Na interné oddelenie Onkologického ústavu prichádzajú zväčša po prvýkrát pacienti, ktorí sa už určitý čas liečia. Onkológ teda prichádza do styku s človekom, u ktorého predpokladá, že už svoje ochorenie do určitej miery pozná, a preto do určitej miery disponuje onkologickou terminológiou /Berč et al., 2008/. Pacienti sem prichádzajú na tzv. prehodnotenie, ktoré na onkológii označuje činnosť smerujúcu k odňatiu statusu vyliečeného/zdravého. Keďže si lekári uvedomujú svoju zodpovednosť za pacientov zdravotný stav, za jeho ďalšiu liečbu, ich povinnosťou je oznámiť mu možnosti liečby a riziká, ktoré táto liečba prináša. Pri liečbe

onkologického ochorenia je dôležité, aby pacient spolupracoval na priebehu liečby, aby v určitých situáciách sám o svojej liečbe rozhodol. Možnosť výberu je nutná najmä vtedy, ak sa má rozhodnúť medzi agresívnym druhom liečby, najčastejšie chemoterapiou alebo len podpornou liečbou, ktorá síce organizmus nelieči, ale ani ho neoslabuje. Pacient teda pre tieto dôvody musí vedieť, aké negatívne vedľajšie účinky má chemoterapia, ktorá mu na jednej strane môže pomôcť a na druhej strane spôsobovať väčšie utrpenie /Gulášová, 2008/. Pri oznamovaní diagnózy nám výpovede lekárov dokumentujú určitý štandardný vzor komunikácie lekára a pacienta. Na začiatku lekár spoznáva pacientove interpretácie a získané informácie. Očakáva, že pacient už získal určité informácie o svojom ochorení z rôznych zdrojov – od predchádzajúcich odborníkov, od spolupacientov, príbuzných alebo z vlastného chorobopisu. Pokiaľ ide o zdroje od predchádzajúcich lekárov, lekári uviedli, že nie vždy sa môžu na ne spoľahnúť.

Ako poskytovať informácie ?

Tak, aby im každý porozumel, opakovane a prispôbiť ich osobnosti a možnostiam chápania pacienta. Najväčší význam pri redukovaní strachu má okrem chápaného prístupu k pacientovi dostatočná informovanosť pacienta. Pacientovi povie lekár predpokladanú diagnózu a príčiny jeho problémov spôsobom, aby porozumel a aby ho nevystrašil. Súčasne ho informuje o obvyklom spôsobe a dĺžke ochorenia /Křivohlavý, 2006/. Informácie o ochorení a terapii je potrebné poskytovať opakovane, nestačí jednorazový rozhovor. Ďalej pacienta oboznámi so svojím návrhom ďalšieho diagnostického a terapeutického postupu. Sestra oboznámi pacienta so svojím návrhom ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra informuje pacienta o liečebných opatreniach a o všetkom, čo pacient musí dodržiavať (ordinácie podľa lekára, a o užívaní liekov a nevyhnutnej zmene životosprávy. Vždy zdôrazňujeme možnosť liečiteľnosti choroby, nesľubujeme však vyliečenie. Ak je pokynov viac, je potrebné, aby ich pacient dostal napísané, alebo aby si ich zapísal sám. Sestra pacienta nabáda, aby sa na prípadné nejasnosti spýtal, a na otázky mu trpezlivo a zodpovedne odpovie. Ak prejaví pacient nepríjemné obavy, rozptýli ho sestra dodatočnými informáciami a pôsobí celkovo povzbudivo – ale pravdivo. Polopравdivé informácie a nezáväzné odpovede môžu síce v danej chvíli sestre uľahčiť prácu, no u pacienta môžu vyvolať strach alebo nerealistické očakávania a napr. pacienti s onkologickým ochorením môžu upadať do pasivity a závislosti voči sestre, alebo naopak nedôvere voči sestre. Sestra a lekár sa presvedčia, či im pacient dobre porozumel, či vie, čo ho ďalej čaká a čo musí robiť. Informácie poskytované lekárom a sestrou by mali byť vždy jednotné, inak sa môže stať, že pacient stratí voči nim dôveru. Pozornosť a schopnosť počúvať pacienta sú základné atribúty perцепného princípu verbálnej komunikácie. Lekár, sestra, sociálny pracovník so špecializáciou na onkológiu sa musia naučiť porozumieť prejavom pacienta.

Vzťah a kvalita komunikácie medzi lekárom a pacientom výrazne ovplyvňujú prežívanie a zvládanie ochorenia. Lekár môže svojím prístupom pôsobiť upokojujúco a liečivo, alebo naopak traumatizujúco. Možnosť, že jeho správanie na pacienta nijako nepôsobí, neexistuje. Lekár nie je len profesionál, ktorý lieči chorobu, tak ako pacient nie je len číslo diagnózy /Křivohlavý, 2006/. Oba sú v prvom rade ľudia. Ak chýba v liečbe ľudský faktor, nie je kompletná.

Lekár so svojím prístupom môže so zvládním ochorenia pomôcť zmenšiť vaše obavy a úzkosť, ale aj naopak. Napríklad, keď sa stále ponáhľa alebo je nedostupný, komunikuje nezrozumiteľným spôsobom, je formálny, necitlivý a má voči vám odstup. Nie vždy kráčajú profesionalita a ľudské kvality ruka v ruke /Šoltés, Pullmann et al., 2008/. Lekár, sestra, ktorí vnímajú komunikáciu s pacientom nielen ako formu výmeny informácií, ale i prostriedok k nastoleniu interpersonálnych vzťahov založených na vzájomnej dôvere, smeruje rozhovor tak, aby pacient získal pocit, že plne pochopili jeho ťažkosti, obavy a strach. Správna voľba komunikácie má motivovať aj pacienta k otvorenej a pravdivej diskusii o jeho obavách, strachu, očakávaniach a preferenciách. Často sa však stáva, že pacienti „opatrne obchádzajú“ problémy, ktoré sú pre nich nepríjemné a frustrujúce /napr. sexuálne problémy/. Domnievajú sa, že z ochorenia vyplývajúca porucha rodinnej, sexuálnej alebo sociálnej funkčnosti nespadá do okruhu informácií, ktoré sú dôležité pre ich liečbu. A naopak, lekár, „frustrovaný“ povinnosťou poskytovať pacientovi šokujúce informácie, neprejavuje dostatočnú pozornosť a osobnú angažovanosť pri riešení pacientových problémov. Vedie rozhovor „spoza počítača“ a snaží sa ho skrátiť na minimum. Kompetentný prístup v komunikácii s onkologicky chorým pacientom si vyžaduje okrem prirodzenej empatie najmä motiváciu, odbornú prípravu, dostatočné vedomosti, dostatočné percepčné a jazykové schopnosti, ako aj vnútorné presvedčenie, že zvolená forma komunikácie pacientovi pomôže. Ako teda poznáte, že nie ste pre svojho lekára len „karcinóm z izby 212“? Dôverujte svojim pocitom a dajte sa nimi viesť. Ak zažívate pocit prijatia, bezpečia a dôvery, ak je k Vám Váš lekár otvorený a súčasne citlivý, ak sa k Vám správa ako k partnerovi, vedie s Vami dialóg, zaujíma ho váš názor a pocity, ak cíti Vašu ľudskú hodnotu a dôstojnosť nezávisle od dôsledkov a obmedzení, ktoré Vám ochorenie do života prinieslo, určite ste u toho „pravého“. Problémom je však v tom, že lekári sú často preťažení a i keby chceli, nemajú potrebný čas na to, aby sa pacientovi venovali dostatočne /Šoltés, Pullmann et al., 2008/. Podľa čoho naopak viete, že prístup Vášho lekára nie je komplexný? Ak sa cítite stratení a bezradní, ak ste plní pochybností a obáv, ak Váš lekár nemá čas alebo záujem Vás uspokojiť, ak pri rozhovore s Vami vedie monológ, nezaujíma ho Váš názor a nenechá Vám priestor na Vaše otázky, vtedy by ste pravdepodobne mali hľadať pomoc niekde inde. Veď ako sa dá uveriť, že človek, pre ktorého nie ste ničím dôležitý, urobí pre záchranu vášho života maximum?

Byť informovaný, alebo radšej nevedieť?

Veľmi diskutovanou témou v komunikácii lekár – pacient je poskytovanie pravdivých informácií, alebo radšej ich zatajovanie. Nie je to tak dávno, čo lekári praktizovali tzv. „milosrdnú lož“, teda neinformovali pacienta o jeho skutočnom zdravotnom stave, prípadne namiesto neho informovali rodinu. Čo je ale nesprávne, lebo bez súhlasu pacienta zdokumentovanom v zdravotnej dokumentácii pacienta nesmie ani lekár, ani sestra poskytovať informácie o pacientovi pacientovej rodine. Samozrejme, za túto prax neboli zodpovední len lekári, ale aj samotní pacienti a rodinní príslušníci, ktorí ju prijali. Niektorí z nich ju dokonca vyžadujú dodnes. Za posledné roky sa však poskytovanie informácií posúva k čoraz väčšej otvorenosti /Barancová, et al., 2008/.

Skúsenosť totiž ukázala, že ak je pacient informovaný a komunikácia obojstranne transparentná, môže sa na svojej liečbe spolupodieľať lepšie, a nie byť len jej pasívnym objektom a pasívnym prijímateľom zdravotnej starostlivosti /Gulášová, 2008/. Takisto platí,

že ak má rovnaké informácie pacient aj rodina, komunikácia medzi nimi môže byť otvorenejšia.

Spôsob, akým lekár vedie rozhovor, vo veľkej miere ovplyvní to, ako pacient dokáže informácie prijať, spracovať a následne sa podľa nich riadiť. Ak lekár postupuje citlivo, informácie dávkuje, načrtne ďalšie možnosti liečby a uistí pacienta, že nezostane so svojim ochorením sám, väčšina pacientov je schopná realitu ochorenia spracovať. Samozrejme, vždy je potrebné zohľadňovať osobnosť, individuálne rozdiely v prežívaní a momentálny psychický stav pacienta. Dôležitý i pri zachovaní „práva na pravdu“ je individuálny prístup.

Nikdy by sa nemalo stať, aby lekár a sestra „vnucovali“ pacientovi jeho diagnózu, hoci i podvedome. Pacient potrebuje čas, aby jeho obranné mechanizmy vpustili kompletnú informáciu o ochorení do vedomia, hoci podvedome o nej možno tuší od začiatku, len nie je schopný ju prijať. Otázkou možno zostáva, či lekár tak vie dobre odhadnúť osobnosť pacienta a jeho reakcie, alebo či nepovedať pravdu o ochorení. Popretie reality je jeden z adaptačných mechanizmov psychiky, ktorý pomáha vyrovnáť sa so život ohrozujúcim ochorením /Kubler-Ross, 1995/. U niektorého pacienta to trvá chvíľu, u iného dlhšie, sú pacienti, ktorí v popieraní ostanú po celý čas, a sú takí, u ktorých sa obdobie popretia a prijatia reality strieda.

Neexistuje univerzálna šablóna na „správnu“ komunikáciu. Lekár by mal z kontaktu s pacientom dokázať odhadnúť, aká forma rozhovoru a miera informácií bude pre neho najvhodnejšia a priebežne si overovať, či to stále platí, pretože vnímanie a postoj pacienta k chorobe sa vyvíja a mení /Kubler-Ross, 1992/. Ústrednou otázkou stále ostáva dilema: povedať, či nepovedať pravdu o život ohrozujúcom ochorení. Odborná verejnosť sa prikláňa k názoru, že pacient má právo na informácie o svojom zdravotnom stave. Je len otázkou ako, kedy a v akom prostredí túto informáciu poskytnúť, aby ju pacient prijal pokiaľ možno bez extrémnej stresovej reakcie.

Dobré zamyslenie a rady pre rodinu

Niektorí rodinní príslušníci sú presvedčení, že poznajú svojho príbuzného najlepšie, preto majú právo rozhodovať o tom, čo mu má lekár povedať a čo sa chorý dozvedieť nesmie /Barancová, et al., 2008/. Ale je to naozaj to, čo by si pacient vybral sám ?

Ak rozhodujete na základe dohody s pacientom, ak Vás on sám požiada, že všetky informácie o jeho zdravotnom stave má lekár podávať Vám, je to v poriadku. Ak to však robíte z vlastnej vôle alebo presvedčenia, riskujete, že sa môžete myliť. Zatajovanie informácií pacientovi o jeho zdravotnom stave môže byť prejavom našich vlastných obáv.

Obáv, či unesieme emočnú záťaž situácie, či dokážeme s pacientom niest' emócie, ktoré z poznania jeho zdravotného stavu vyplynú, atď. Pacient sám veľa krát tuší, že jeho stav je vážny /Kubler-Ross, 1995/. A so svojim strachom potom zostáva sám. Je to aj záležitosť kultúry. Kult milosrdnej lži u nás fungoval veľmi dlho. Výsledkom snahy chrániť pacienta pred realitou jeho ochorenia však môže byť následná nedôvera a hnev voči lekárovi a všetkým, ktorí ho klamali. Napokon, ako by ste sa cítili, keby vám niekto blízky zatajil niečo dôležité o vašom zdravotnom stave? **Tým, že niekto ochorie, sa predsa nestáva nesvojprávnym.** Hoci potrebuje opateru a pomoc, ak nie je postihnutý jeho mozog, ostáva stále dospelým človekom so slobodnou vôľou a možnosťou rozhodovať o tom, ako bude k svojmu ochoreniu pristupovať. Ak pacient nie je schopný informácie uniesť, jednoducho ich

neprijme – jeho obranné mechanizmy ich vytesnia alebo transformujú do takej podoby, ktorá je pre neho únosná. Iné znamená „počuť“ o svojom ochorení a inú informáciu prijať.

Zákon je v tomto smere jednoznačný: „**Lekár je povinný pacienta o jeho ochorení primeraným a vhodným spôsobom informovať. Pacient má právo nechcieť byť informovaný a pacient má takisto právo rozhodnúť, či a do akej miery má lekár informovať jeho rodinu či známych.**“

Pri oznamovaní správ sa lekári riadia pacientovým vekom, psychickým rozpoložením a potrebou vyriešenia sociálnych, právnych a iných problémov. „...asi tak nás to učili, že mladším pacientom máme hovoriť pravdu. To skôr tí mladí, ktorí majú deti, rodiny, ktorí si musia zariadiť všetky veci..., takým sa snažíme hovoriť pravdu. Situácie, keď lekár či rodina rozhodnú, že bude v najlepšom záujme pacienta, ak nebude o svojom zdravotnom stave vôbec informovaný, by mali byť skôr výnimočné. Je to namiesto vtedy, keď pacient trpí závažným duševným ochorením, psychickou dekompenzáciou, alebo sa musí vyrovnávať s viacerými traumatizujúcimi stratami a hrozí, že by informáciu neunesol /Křivohlavý, 2002/. Za každých okolností by mal byť zvažovaný v prvom rade najlepší záujem pacienta a nie želania jeho rodiny. Každá situácia je však špecifická a jedinečná a je veľkým umením „právo na pravdu“ aplikovať /Linhartová, 2007/.

Záver

Určite nie je ľahké posúdiť, aký postup je pre pacienta najvhodnejší. V tomto prípade by sme mali vo výnimočnom prípade rozhodnutie rodiny prijať ako správne. Nesmieme však zabúdať, situáciu vníma rodina zo svojho „uhla“ pohľadu. Ako ju naozaj v eticky sporných situáciách vnímajú príbuzní pacienta – to len málo kedy vieme objektívne zistiť a posúdiť. Vážna situácia nastáva aj keď pacient hovorí často o smrti. Ale nechce vedieť viac. Preto na informácie lekára, z ktorých by mohla rodina vytušiť, že ide o niečo vážne, niekedy nereagujú. Ak lekár poskytuje informácie citlivo a postupne, môže postoj pacienta z jeho reakcií rozpoznať a na základe neho postupovať ďalej /Křivohlavý, 2010/. Rodina by v tomto procese mala byť pomocníkom (napríklad dať lekárovi informáciu o tom, ako pacient zvykne reagovať v záťažových situáciách, ako prijíma zlé správy a podobne), ale nie tým, kto určuje, či má byť pacient informovaný, alebo nie.

Zoznam použitej literatúry

- BARANCOVÁ, H. et al., 2008. *Medicínske právo*. Bratislava, Veda, 2008, 425s., ISBN 80-224-1007-6
- BERČ, A. et al. 2008. *Onkologické ošetrovatel'stvo I*. Prešov, VŠZ a SP sv. Alžbety, 2008, ISBN 978-80-969605-3-8
- GULÁŠOVÁ, I. 2009. *Právne aspekty zdravotnej a ošetrovatel'skej starostlivosti*. Martin, Osveta, 2009,
- GULÁŠOVÁ, I. 2008. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. Martin, Osveta, 2008, 99s., ISBN 978-80-8083-305-9
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 1. Vyd., 2002, ISBN 80-247-0179-0
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2006. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1370-5

- KŘIVOHLAVÝ, J. 2010. *Mít pro co žít*. Kostelní Vydří, Karmelitánské nakladatelství, 2010, ISBN 978-80-7195-404-0
- KUBLER-ROSS, E. 1992. *Hovory s umírajícími*. Hradec Králové, Signum unitatis, 1992 (14. vyd.) s. 135,
- KUBLER-ROSS, E. 1995. *Otázky a odpovědi o umírání a smrti*. Praha, Tvorba, 1995, ISBN 80-85878-12-7
- LINHARTOVÁ, V. 2007. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada, Avicenum, 2007, 152s., ISBN 978-80-247-1784-5
- Úplné znenie zákona č. 122/2013 O ochrane osobných údajov v znení zákona č. 84/2014 Z.z.
- ŠOLTÉS, L., PULLMANN, R. et al., 2008. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Martin, Osveta, 2008, 256s., ISBN 978-80-8063-287-8

Kontakt na autora

prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD. MHA

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava

ŠPECIFIKÁ RÓMSKEHO ETNIKA A NÁVŠTEV V ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENIACH POČAS HOSPITALIZÁCIE ICH BLÍZKEJ OSOBY

Specifics of Roma ethnicity and visits to medical facilities during the hospitalization of their close person

Gulášová I.

Súhrn

Autorka v predkladanom príspevku poukazuje na špecifiká rómskeho etnika a návštev v zdravotníckych zariadeniach počas hospitalizácie ich blízkej osoby. Podľa spoločenskej integrácie a reprodukčných charakteristík delíme u nás Rómov do troch skupín: integrovaní Rómovia asi 20 %, neintegrovaní Rómovia asi 30 %, čiastočne integrovaní Rómovia asi 50 %. Jadro príspevku tvorí dôležitosť vyzdvihnutia komunikácie s rómskym pacientom a spolupráca s rodinou pri hospitalizácii, taktiež sa dáva do pozornosti postoj rómskej komunity k ochrane zdravia a ich životný štýl. V neposlednom rade autorka dáva na zreteľ zdravotný stav rómskej populácie, posúdenie edukačných potrieb a záver príspevku tvorí zhrnutie hospitalizácie Rómov a špecifiká návštev rómskej komunity. Ošetrovanie rómskych pacientov býva často pre zdravotníckych pracovníkov po psychickej stránke veľmi náročné. Najväčším problémom je nedôvera medzi zdravotníckym pracovníkom a Rómom ako pacientom, a tu sestry tvoria najpočetnejšiu skupinu v zdravotníctve, ktorá je najbližšie k pacientovi, kde môže pozitívne ovplyvniť špecifiká rómskeho etnika a návštev v zdravotníckych zariadeniach počas hospitalizácie ich blízkej osoby.

Kľúčové slová: Multikultúrne ošetrovatel'stvo. Psychologické osobitosti Rómov. Ochrana zdravia. Ošetrovanie Rómov.

Summary

The author points out in this article the specificities of Roma ethnicity and visits to medical facilities during the hospitalization of their close person. Based on social integration and reproductive characteristics, the Roma divide the Roma into three groups: the Roma integrate around 20%, the non-integrated Roma about 30%, the Roma in part integrated about 50%. The heart of the paper is the importance of highlighting communication with Roma patients and working with family during hospitalization, as well as the attitude of the Roma community to health and lifestyle. Last but not least, the author takes into account the health status of the Roma population, the evaluation of educational needs and the conclusion of the article is the summary of Roma hospitalization and the specifics of visits to the Roma community. Treatment of Roma patients is often very demanding for healthcare workers. The biggest problem is that mistrust between the health worker and the Roma as a patient and nurses is the most numerous group of health care that is closest to the patient, where it can positively influence the specificities of Roma ethnicity and visits to health care facilities during the hospitalization of their close person.

Key words: Multicultural Nursing. Psychological specificities of the Roma. Health protection. Roma treatment.

Úvod

Vzhľadom na nové trendy starostlivosti o zdravie obyvateľov sú kladené stále vyššie nároky na zvýšenie kvality ošetrovateľstva a pochopenie špecifik starostlivosti pre danú kultúru. Dôležitá je preto multikultúrna výchova, ktorá umožňuje objasňovať špecifiká kultúr, tradícií, názorov, filozofiu života a myslenia. Sestry na odbornej úrovni by mali vedieť adekvátne zhodnotiť aktuálny zdravotný stav klienta vzhľadom na špecifické potreby súvisiace s odlišnou kultúrou a podľa toho pristupovať k pacientovi s individuálnou starostlivosťou. Prijatím Slovenska medzi členské krajiny Európskej únie sa sestra v ošetrovateľskej starostlivosti čoraz častejšie stretáva s pacientmi iných kultúr. Je preto dôležité sústavné odborné vzdelávanie, aby sestra pri posudzovaní vedela zohľadniť a pochopiť pacientove etnické a kultúrne hodnoty, názory a praktiky, ktoré sa vzťahujú k vlastnému zdraviu a poskytovaniu zdravotnej starostlivosti.

Rómovia prišli na územie Európy z Indie. Medzi prvé štáty patrila Arábia a Egypt. Príčinou ich migrácie bolo prenasledovanie, deportácie, nutné usídľovanie. Na svete žije okolo 8 - 12 miliónov Rómov. Rómske etnikum predstavuje výrazne špecifickú skupinu obyvateľstva Slovenska. Vzhľadom na počet obyvateľov je na Slovensku najpočetnejšia rómska komunita na svete. Podiel Rómov je 8–9 % z celkového počtu 5,5 milióna obyvateľov. Vo väčšine ukazovateľov spôsobu života a to ekonomického, sociálneho, kultúrneho, je rómska komunita odlišná od väčšinového obyvateľstva a dominantnej kultúry. Hodnotová a kultúrna situácia Rómov je v porovnaní s majoritou odborníkmi hodnotená ako horšia (Mistrík, et al., 2001). Viaceré štúdie hodnotia zdravotný stav rómskej populácie na Slovensku ako veľmi nepriaznivý.

Delenie Rómov

Existuje viacero delení rómskej populácie. Pri hodnotení zdravotného stavu musíme vždy brať do úvahy stupeň integrácie Rómov. Podľa spoločenskej integrácie a reprodukčných charakteristík delíme u nás Rómov do troch skupín:

- integrovaní Rómovia, asi 20 %, prebrali zvyky majority, ich reprodukčné charakteristiky sa výraznejšie nelíšia od nerómskeho obyvateľstva žijúceho v príslušnom regióne;
- neintegrovani Rómovia, asi 30 %, žijú v osadách oddelene od nerómskej populácie, vplyv okolia na nich je veľmi obmedzený, ich reprodukčné správanie sa často riadi vlastnými pravidlami založenými na tradíciách a zvyklostiach, ktoré sa v mnohom líšia od noriem majority;
- čiastočne integrovani Rómovia, asi 50 %, žije v menšej izolácii, vzájomné pôsobenie medzi rómskou a nerómskou populáciou je intenzívnejšie (Líšková, Nádaská, et al. 2006/.

Psychologické osobitosti Rómov

Rómovia sa vyznačujú niektorými psychologickými osobitosťami, ktorými sa odlišujú od majoritnej populácie, a ktoré vplyvajú na ich zdravotné a sociálne problémy. Rómovia sú emotívnejší a emócie ovplyvňujú ich myslenie, uvažovanie, hodnotenie situácií i konanie, majú živší temperament, vedia dobre riešiť bežné praktické situácie, orientujú sa na súčasnosť súvisiacu s vlastnými či rodinnými potrebami, vzdialené hodnoty pre nich nemajú význam, „žijú pre danú chvíľu“, neplánujú, majú málo rozvinuté sebaovládanie a vôľu, nízku motiváciu k výkonu (nízku trpezlivosť, svedomitosť), majú odlišné sociálne správanie (sú

otvorení, ľahko nadväzujú kontakty k ľuďom, ktorým dôverujú), nekladú dôraz na individuálny úspech a úsilie (spoliehajú sa na pomoc od druhých), nepodporuje sa súťaživosť a osobné ambície, majú odlišné osobnostné črty - nezdržanlivosť, výbušnosť, neschopnosť dodržiavať obmedzenia, precitlivosť, sklon k demonštrativnosti, niektorí autori to nazývajú „rómska etnopatía“, pre životný štýl je typický sklon k nepravidelnosti a živelnosti, kladú dôraz na skupinu (= kolektivismus), majú tendenciu k združovaniu, pričom všetko sa používa spoločne a chýba osobné vlastníctvo, sú známi svojou vzájomnou súdržnosťou a solidaritou.

Rómska rodina

Rómska rodina je charakteristická silnými rodinnými väzbami. Je typické, že v mnohých prípadoch nerozlišujú príbuzenské vzťahy. Na čele rodiny stojí muž, ktorý za rodinu nesie zodpovednosť a rozhoduje o väčšine rozhodnutí. Tradičná rómska rodina je viacgeneračná. Hodnoty Rómov závisia podľa toho, z akej rodiny pochádzajú a akú má medzi nimi táto rodina vážnosť. Rómovia si navzájom pomáhajú a podporujú sa. Rodina pre Rómov je dôležitá a výchova detí kolektívna. Pre tradičnú rómsku rodinu je nepripustné dávať deti do detského domova. Žena má v rodine podradné postavenie. V rodine zabezpečuje každodenné potreby, vychováva deti a poslúcha svojho manžela/Mistrik, et al., 2001/. V rodine si všetci pomáhajú a vzájomne sa podporujú. Najväčším trestom pre Róma je vyhnanie z rodiny, keďže tým stráca svoje sociálne i ľudské istoty. Bohatstvom rodiny sú deti. Jedným z najpozitívnejších rysov rómskej kultúry je ich úcta k rodičom a k seniorom. Vyšší vek znamená pre nich zároveň vyššie postavenie v rodinnej hierarchii a v rómskej spoločnosti vôbec. Úcta k starobe a láska k rodičom, hlavne k matke, sú také podstatné, že sa hovorí, keby Rómovi horel dom, najskôr by zachraňoval svojich rodičov a až potom deti a ostatných. Starí ľudia požívali v tradičnej komunite a rodine veľkú úctu. Táto úcta vedie k tomu, že starostlivosť o seniorov vo svojom etniku si zväčša zabezpečujú sami a len málo využívajú starostlivosť. Tento fakt sa odráža aj počas hospitalizácie v zdravotníckom zariadení. Svojich príbuzných navštevujú, informujú sa o zdravotnom stave, a keď im to prevádzka oddelenia umožní, zostávajú pri nich počas 24 hodín.

Komunikácia s rómskym pacientom, spolupráca s rodinou počas hospitalizácie

Spomínané psychologické osobitosti ako je slabšia vôľa, netrpelivosť, nesamostatnosť bez rodiny, temperament sa môžu prejavovať v spolupráci a vzájomnej komunikácii pri ochorení Róma. Ošetrovanie rómskeho pacienta býva pre zdravotníkov náročnejšie. Dôležitá je aj komunikácia s rodinou pacienta, zistenie hierarchie rómskej rodiny i osoby, ktorá bude za rodinu konať. Rómovia majú značný strach z bolesti i zo smrti, sú emotívni, často a nahlas nariekajú. Väčšinu lekárskeho rozhodnutí konzultujú so svojou rodinou. Ku každému rómskemu pacientovi treba pristupovať individuálne, snažiť sa vysvetliť príčinu i vývoj ochorenia. Pri komunikácii treba vysvetľovať nutnosť zmeny životného štýlu, pričom medzi najdôležitejšie patrí získanie dôvery. Pre správnu komunikáciu zdravotníkov s Rómami preto platia tieto odporúčania: snažiť sa získať dôveru rómskeho pacienta i jeho rodiny, vnímať a sledovať neverbálnu komunikáciu Rómov; rešpektovať emócie Rómov, nebrať osobne ich emočné ataky; byť trpezliví, neočakávať okamžité výsledky; kritizovať v súkromí, nie pred veľkým kolektívom; ku každému treba pristupovať individuálne, pri dôležitých rozhodnutiach konzultovať uznávaného predstaviteľa rodiny, hovoriť jasne, k veci, konkrétne, stručne,

diferencovať, pristupovať ku každému podľa individuálnych potrieb, používať spätnú väzbu, rešpektovať hodnotový systém rómskeho etnika.

Mali by sme sa chovať tak, aby sme pacienta povzbudili, zvýšili jeho sebavedomie a odpúťali jeho pozornosť od strachu. Nemusíme sa pacienta báť, treba ho povzbudiť a dať mu najavo našu úctu. Rómovia nechápu v komunikácii použitú iróniu, preto by sme sa jej mali vyhnúť. Dôležitá je trpezlivosť a uvedomenie si skutočnosti, že rómsky pacient nemusí všetkému porozumieť. Pri komunikácii s rómskym pacientom by sme sa mali vyhnúť neúprimnosti, pretože Rómovia sú veľmi intuitívni a dokážu veľmi ľahko rozpoznať neúprimnosť. Rómovia veľmi výrazne vyjadrujú svoje city, emócie, preto by sme mali byť chápací a uviesť si, že toto chovanie je špecifické pre ich identitu. Pri kontakte s rómskym etnikom by sme mali byť empaticí, pretože Rómovia sa vyznačujú zvýšenou vnímavosťou a súcitom.

Postoje rómskej komunity k ochrane zdravia

Zdravotný stav Rómov je podľa dostupných zdrojov horší ako majoritnej populácie, je ovplyvnený závažnými nepriaznivými sociálnymi problémami populácie, predovšetkým chudobou a nízkym príjmom, nezamestnanosťou, nízkym vzdelaním, nevyhovujúcim bývaním. Podľa Správy o zdravotnom stave obyvateľov SR 2006 je zdravotný stav rómskej minority veľmi zlý /Bašková, et al., 2009/. Rómovia predstavujú vysokorizikóvu skupinu nášho obyvateľstva, ktorú ohrozuje obezita, diabetes, poruchy kardiovaskulárneho systému a niektoré druhy nádorov, napr. karcinóm pľúc. V tejto oblasti budú potrebné špecifické opatrenia presahujúce oblasť zdravotníctva. Rómovia tvoria skupinu ľudí pre ktorých zdravý životný štýl nemá takmer žiaden význam. Prioritou spoločnosti je, aby aj ľudia rómskeho pôvodu začali zdravie vnímať ako najdôležitejšiu hodnotu vo svojom živote. Pretrvávajúca chudoba vo väčšej časti rómskej komunity sa odráža na výskyte chronických ochorení, na trvale zníženej fyzickej a mentálnej výkonnosti, na skracujúcej sa dĺžke života.

Za hlavné faktory ovplyvňujúce nepriaznivý zdravotný stav Rómov v osadách sa považuje v súčasnosti najmä: nižšia úroveň vzdelanosti, ktorá spôsobuje nedostatočnú úroveň zdravotného uvedomenia; nízka úroveň osobnej i komunálnej hygieny; nízky štandard bývania; znečistené a zdevastované životné prostredie; nezdravé stravovacie návyky a výživa; zvyšujúca sa miera užívania alkoholu a fajčenia aj počas gravidity; rozrastajúca sa závislosť od drog a s tým spojené zvýšené riziko infekcie vírusom HIV a hepatitídy B a C/Komárek, Provazník, 2011/.

Životný štýl Rómov

Životný štýl rómskej populácie môžeme označiť ako nezdravý. Charakterizujú ho:

- zlé stravovacie návyky,
- konzumácia alkoholu,
- časté fajčenie už vo veľmi mladom veku,
- vyššia hmotnosť a nižšia fyzická aktivita

Infekčné ochorenia

Rómovia sú rizikovou skupinou z hľadiska výskytu tuberkulózy (TBC). V r. 2008 v Národnom registri TBC zaznamenali 652 prípadov, čo je incidencia 12,07 na 100 000 obyvateľov. Na tomto počte sa Rómovia podieľali v 115 prípadoch (17,6 %), čo v porovnaní s rokom 2007 (96 prípadov t.j. 13,56 % u Rómov) znamená zvýšenie skoro o tridsať percent.

Alarmujúcejší je podiel Rómov na celkovom počte novozistených prípadov u detí do 14 rokov, ktorý v ostatných rokoch predstavuje až približne 70 % /Bartošovič, Hegyi, 2010/. Špecifické pre proces šírenia nákazy a vývoj epidemiologickej situácie u Rómov sú veľké rozdiely v regionálnom výskyte, zlé sociálno-ekonomické podmienky, vysoká miera nezamestnanosti, viacgeneračné súžitie v osadách bez základného hygienického štandardu, nemožnosť komplexného vyšetrenia kontaktov (migrácia, zatajovanie členov domácnosti). U etnika pozorujeme aj časté recidívy choroby, kratšia je ústavná liečba pre nespoluprácu, či svojvoľné ukončenie hospitalizácie, nedodržiavanie režimu a nepochopenie následnej liečby v ambulantných podmienkach. Vírusová hepatitída typu A (ďalej VHA) je závažným problémom verejného zdravotníctva. Jej epidemický výskyt predstavuje pre mnohé krajiny veľký sociálny, ekonomický i zdravotnícky problém. Chorobnosť na VHA v Slovenskej republike má trvale klesajúci trend, pričom Rómovia však vysoko prekračujú chorobnosť ostatnej populácie Slovenska, tvoria 50 – 60 % z celoročného celkového počtu chorých na ňu. Prevažuje výskyt v lokalitách s nízkym hygienickým štandardom, najmä v rómskych osadách a oblastiach s vysokou koncentráciou rómskeho etnika. Najvyššia vekovo špecifická chorobnosť sa pozoruje vo vekovej skupine 5- až 9-ročných detí /Moricová, Raučinová, 2006/.

Dĺžka života u rómskej populácie

Je oveľa nižší vek dožitia v porovnaní s majoritou. Vek dožitia rómskej populácie je v priemere o 15 rokov kratší ako u ostatnej populácie – priemerný vek dožitia je 55 rokov u rómskych mužov a 59 rokov u rómskych žien. Zatiaľ čo u majoritného obyvateľstva je v priemere o 15 rokov dlhší. Vek dožitia je u mužskej populácie SR 70 rokov a v EÚ 75, 5 rokov, u žien v SR 78 rokov a v EÚ 82 rokov. (Uvádza sa to v aktualizovanom pláne pre životné prostredie a zdravie obyvateľov SR, ktorý bol schválený začiatkom roku 2006). Nízke dožitie u rómskej komunity súvisí so spôsobom života a so životnými podmienkami, v ktorých žijú /Bašková, et al., 2009/.

Trendy v zdravotnom stave rómskej komunity

Na základe možných získaných zdrojov a v nich uvedených dát možno skonštatovať, že zdravotný stav väčšiny občanov rómskej národnosti je horší ako u nerómskej populácie žijúcej na Slovensku. Dokonca všetky dostupné údaje vypovedajú o zhoršovaní a zlom zdravotnom stave najmä v stále sa rozširujúcich izolovaných rómskych osadách, v ktorých pretrváva alarmujúca zdravotná situácia. Katastrofálne životné podmienky, nízke zdravotné uvedomenie a nízka vakcinácia naznačujú, že trend zvýšeného rizika výskytu infekčných ochorení u obyvateľov rómskeho etnika bude pokračovať /Gábrisová, 2010/. Zvlášť je vysoké riziko výskytu ochorení, ktoré súvisia s nízkym hygienickým štandardom, a ktoré sa vyskytujú v epidémiách. Taktiež chronické ochorenia ako srdcovocievne ochorenia a cukrovka sa stávajú u dospelaj rómskej populácie čoraz väčšou hrozbou.

Možnosti riešenia zlého zdravotného stavu Rómov:

motivácia a vzdelávania zdravotníckych pracovníkov v rómskej otázke
zdravotno-výchovné aktivity

realizácia prieskumu zdravotného stavu obyvateľov v rómskych osád
ovplyvnenie rizikových faktorov prostredia

preventívne prehliadky - zvýšenie očkovania detí v žijúcich rómskych osadách /Bartošovič, Hegyi, 2010/, zvýšenie počtu rómskych asistentov v rómskych osadách.

Ku každému rómskemu pacientovi je nutné pristupovať individuálne. Zdravotnícki pracovníci by sa mali snažiť vysvetliť príčinu a priebeh ochorenia, aj keď je tam v mnohých prípadoch značná jazyková bariéra. Je treba apelovať na zmenu životného štýlu v rámci možnosti rodiny a zdôrazniť prípadné negatívne následky, ktoré z nedôsledného plnenia zdravotníckych opatrení môžu vyplývať. Pri každom vysvetľovaní a edukácii by mali lekári a sestry dbať na to, aby im rómsky pacienti rozumeli, a preto by mali voliť také výrazy, ktoré nie sú nad rámec ich možností. Najdôležitejšie je získanie ich dôvery. Dobrý vzťah Rómov a nerómov sa buduje zdĺhavo, nie veľmi jednoducho a často výsledky dlho neprichádzajú. Dôležité je byť trpezlivý, nečakať okamžité výsledky, vnímať mimoslovnú komunikáciu a vedieť dávať informácie aj rečou tela. Nekritizovať negatívne pred veľkým kolektívom, skôr v súkromí a nebať sa dotyku a blízkosti. Zdravie a starostlivosť o svoje zdravie u časti Rómov nie je prvoradou hodnotou. Niektorí vyhľadávajú zdravotnú starostlivosť len v akútnych prípadoch a časť z nich dovezú do nemocnice z ulice. Zdravotná a ošetrovateľská starostlivosť býva často neefektívna najmä vtedy, keď sa vracajú z nemocničného prostredia späť do príbytkov, kde sa vyskytuje prostredie, ktoré nepraje ich zdraviu/Moricová, Raučinová, 2006/. Preto sa často vracajú v krátkom časovom intervale späť do nemocničných priestorov s tým istým ochorením alebo novým. Zo strany našej spoločnosti je dôležitá edukácia rómskych občanov priamo v komunite v spolupráci s rómskym zdravotno – sociálnym pracovníkom.

Posúdenie edukačných potrieb

Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti nestačí mať len odborné vedomosti a zručnosti, ale aby starostlivosť bola kvalitná, vyžadujú sa od sestry vedomosti v oblasti transkulturného ošetrovateľstva. Pri ošetrovaní pacienta z inej kultúry, keď sa nepoznajú a nerešpektujú jeho odlišnosti, môže dôjsť k devalvácii osobnosti. Pre prax je potrebné poznať a rešpektovať etiku iných kultúr a národností. Kultúrne zhodná ošetrovateľská starostlivosť sa zhoduje s pacientovými zvykmi, kultúrnymi hodnotami, rituálmi a životným štýlom. V posledných rokoch sa téme transkulturného ošetrovateľstva venuje zvýšená pozornosť, pretože prax a moderné ošetrovateľstvo si vyžaduje vzdelané sestry aj v tejto oblasti. Sestry, ktoré pracujú v zdravotníckych zariadeniach, stretávajú sa s pacientmi z iných kultúr. Majú náboženské, stravovacie zvyky, spôsob obliekania a hygiena sú značne odlišné.

Hospitalizácia Rómov a špecifiká návštev rómskej komunity

K psychickým zvláštnostiam Rómov, hlavne v čase ich ochorenia, patrí slabšia vôľa, vytrvalosť a trpezlivosť, proste „dotiahnuť“ veci do konca. Bez svojej rodiny sú často nesamostatní, majú strach a tieto komplexy menejcennosti sa môžu prejavovať zvýšenou agresivitou a neochotou spolupracovať so zdravotníckym personálom. Je známe, že prístup Rómov k zdravotnej starostlivosti je horší ako u ostatného obyvateľstva. Je to často podmienené prejavmi rasizmu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ale aj horšou úrovňou vzdelávania rómskeho obyvateľstva. Ošetrovanie rómskych pacientov býva často pre zdravotníckych pracovníkov po psychickej stránke veľmi náročné. Najväčším problémom je nedôvera medzi zdravotníckym pracovníkom a Rómom ako pacientom. Komunikácia môže

byť preto pre obe strany nezrozumiteľná a tak často dochádza k nejasnostiam. Ďalším problémom je aj komunikácia medzi zdravotníckymi pracovníkmi a príbuznými pacienta. Veľmi dôležité je zistiť, komu môžeme poskytnúť informácie o zdravotnom stave, s kým môžeme z rodiny pacienta jednať. Spravidla býva touto osobou muž, teda hlava rodiny, alebo muž, ktorý je rodine veľmi blízky. Kontakt sa niekedy nepodarí nadviazať, čo sa často odrazí na pacientovi a zanecháva na ňom rôzne následky. Rómovia pociťujú značný strach z bolesti a zo smrti, aj keď ich zdravotný stav nie je vážny. Stáva sa, ak na izbe, kde je hospitalizovaný Róm zomrie pacient, tak ak mu to sily dovoľia aj napriek nie dobrému zdravotnému stavu utečie zo zdravotníckeho zariadenia. Rómovia bývajú často emotívni, často nahlas stonajú. Ženy bývajú často úzkostné a ťažko znášajú svoju hospitalizáciu. Väčšinu lekárske rozhodnutí konzultujú so svojou rodinou. Počas hospitalizácie navštevujú svojich príbuzných a zaujímajú sa o zdravotný stav. Snažia sa vybaviť si cez vedenie kliniky aj návštevy mimo návštevých hodín. Komunikujú zásadne s vedením kliniky - prednostom kliniky, primárom, izbových lekárov odmietajú. Na návštevy chodia v celých skupinách, bývajú hluční a do zdravotníckeho zariadenia vodia aj malé deti, aj napriek upozorneniu, že je to zakázané a dieťa môže prísť ľahko k závažnej infekcii. Sú situácie, kedy svojho príbuzného nenechajú v nemocnici samého, hlavne ak ide o Vajdu. V takom prípade sa stáva, ak to prevádzka oddelenia umožní, so súhlasom primára, najbližší príbuzní- manžel, manželka, syn, dcéra sa striedajú pri lôžku svojho príbuzného 24- hodín denne.

Záver

Podľa odborníkov je stav zdravia rómskej komunity dôsledkom viacerých faktorov. Horšej dostupnosti zdravotnej starostlivosti, zníženej starostlivosti Rómov o vlastné zdravie a zdravie svojich detí, nedostatočnou úrovňou osobnej a komunálnej hygieny, častým alkoholizmom, katastrofálnym bývaním. Rómske komunity predstavujú jednoznačne jednu z najpočetnejších skupín spoločnosti. Chudoba, ktorá vo väčšine rómskych komunit pretrváva celé roky, má neustále narastajúci negatívny dopad na životný štýl a zdravotný stav Rómov. Sestry tvoria najpočetnejšiu skupinu v zdravotníctve, ktorá je najbližšie k pacientom.

Zoznam použitej literatúry

- BARTOŠOVIČ, I., HEGYI, L. 2010. *Zdravotné problémy rómskeho etnika. Lekársky obzor*. Vydavateľstvo Herba, 4/2010ISSN 0454-9836, 2010
- BAŠKOVÁ, M. a kol..2009. *Výchova k zdraviu*. Martin, Osveta. 2009, s.222. ISBN978-80-8063-320-2
- GÁBRIŠOVÁ, K. 2010. *Postoje rómskej komunity k ochrane zdravia*. Nové Zámky, 2010
- KOMÁREK, L., PROVAZNÍK, K. 2011. *Ochrana a podpora zdravia*. Praha: 3. Lékařská fakulta UK, projekt CINDI. 2011, 99s., ISBN 978-80-260-1159-0
- LÍŠKOVÁ, M. NÁDASKÁ, I. et al.. 2006. *Základy multikultúrneho ošetrovateľstva*. Martin. Osveta. ISBN 80-8063-216-2.
- MISTRÍK, E. et al., 2001. *Od kultúrnej tolerancie ku kultúrnej identite*. Bratislava: IRIS, 2001, ISBN 80-80778-35-2
- MORICOVÁ, Š. RAUČINOVÁ, M. 2006. *Rómsky asistent a spolupráca v komunite*. Verejné zdravotníctvo 2006, č.4. Dostupné na: http://www.szu.sk/ine/verejne-zdravotnictvo/2006_4/moricova_4_06.htm

Kontakt na autora

prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD. MHA

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava

MIESTO PSYCHOLÓGA V KOMUNITNEJ STAROSTLIVOSTI

Place of psychologist in community care

Gulášová M.

Abstrakt

Príspevok poukazuje na možnosti využitia služieb psychológa v komunitnej starostlivosti. Klinický psychológ v komunite môže kooperovať ako so zdravotníckymi zariadeniami rôznej úrovne, tak s poskytovateľmi sociálnych služieb. Svoje kompetencie uplatní ako v starostlivosti o deti, dospelých aj o seniorov. Predkladáme informácie o rôznych odborných postupoch, ktoré klinický psychológ je oprávnený v praxi využiť. S ohľadom na nárast psychických porúch v spoločnosti nastáva nedostatok týchto odborníkov pôsobiach v praxi predovšetkým v regiónoch s nižšou ekonomickou silou. Zaznávanou možnosťou sú poradenské psychologické služby v komunite. Poradenstvo by malo byť implikované nielen v riešení partnerských kríz (rozvodové poradenstvo), ale aj v oblasti prevencie ako súčasť starostlivosti o psychické zdravie a sebarozvoj členov komunity. Najväčším hendikepom je pretrvávajúci dešpekt k využívaniu služieb psychológa v komunite. Potenciál pracovného psychológa sa v komunitnej starostlivosti nevyužíva takmer vôbec. Veľký priestor má v edukácii a príprave na pracovné pohovory, edukácii o pracovnej spokojnosti, ako aj v optimalizácii výkonu zamestnancov z pohľadu zamestnávateľa. Samostatnou kapitolou sú krízové psychologické intervencie v komunite, poskytované ako jednotlivcovi tak skupine, priamo ale aj dištančnou formou. Poukazujeme na benefity poskytovania psychologických služieb v komunite na úrovni finančnej, zdravotnej aj sociálnej pre všetkých jej členov.

KLúčové slová: Psychológ. Komunita. Integratívny prístup.

Abstract

An article points to the use of psychologist services in community care. Clinical psychologists can cooperatesuch as healthcare facilities at different levels, and with social service providers, too. They will apply their competencies in the care of children, adults and seniors. We present information about the various professional practices that a clinical psychologist is entitled to use in practice. In view of the increase in mental disorders in society, there is a shortage of these practitioners in practice, especially in regions with lower economic power. The counseling psychological services in the community are a noted option. Counseling should be imparted not only in dealing with partner crises (divorce counseling), but also in prevention as part of mental health care and self development of the ones in community. The biggest handicap is the persistent disrespect to use of psychologist services in the community. Potential of a working psychologist is not used in community care at all. There is a great deal of space in education and preparation for job interviews, job satisfaction training and employee performance optimization. Separate chapters are psychological crisis interventions in the community, provided both as individuals and in groups, both in a direct and distant form. We point out the benefits of providing psychological services in the community at both financial, health and social levels for all its members.

Keywords: Psychologist. Community. Integral approach.

Úvod

Komunita alebo spoločenstvo je prostredie alebo skupina ľudí, ktorí sú bez ohľadu na rozdielnosti schopní oceňovať rozdielnosti, čo im umožňuje účinne a otvorene komunikovať a spolupracovať na dosiahnutí spoločných cieľov. Slovo komunita, z latinského *communitas*, znamená spoločenstvo, spoločnosť, ale aj vľúdnosť, láskavosť, zmysel pre spoločnosť býva často používaný ako synonymum pre pospolitosť, teda protiklad pojmu spoločnosť“ (Reichel, 2004, s.122). Ľudské bytosti potrebujú na svoj zdravý vývoj komunitu, blízke, známe a bezpečné vzťahové prostredie. Tu je možné naplniť potenciál jednotlivca v prostredí súcitného zdieľania, vzájomnej úcty a spoločnej identity spoločenstva. Pozícia psychológa v komunite je v slovenských podmienkach implicitná, relatívne nová.

Koncepcia Klinická psychológia

Klinická psychológia je vo svojej koncepcii definovaná ako špecializačný odbor, ktorý sa zaoberá duševným životom z hľadiska zdravia a choroby. Základné oblasti klinickej psychológie z hľadiska teoretických a operatívnych poznatkov tvoria: psychopatológia, patopsychológia, klinická psychodiagnostika, psychoterapia, rehabilitácia a reedukácia, psychosomatika, neuropsychológia, psychológia zdravia. Klinicko - psychologická starostlivosť je podstatnou zložkou starostlivosti o zdravie. Je súčasťou systému zdravotnej starostlivosti o osoby v zmysle definície zdravia Svetovej zdravotníckej organizácie. Klinický psychológ je spolupracovníkom lekárov a iných zdravotníckych pracovníkov pri riešení diagnostických, terapeutických a preventívnych problémov

Krízové intervencie psychológie

V prevencii uplatňujú klinickí psychológovia špecifické poznatky z oblasti psychohygieny a psychológie zdravia. Podieľajú sa na utváraní optimálneho životného štýlu, pôsobia v smere predchádzania škodlivým návykom a závislostiam a v smere harmonizácie medziľudských vzťahov vo všetkých oblastiach života. Podieľajú sa na včasnom zisťovaní porúch duševného zdravia, sledujú duševný vývin a jeho zmeny u detí, sú významnými účastníkmi preventívnych programov, vykonávajú skríningové vyšetrenia a vedú psychostimulačné programy. Klinickí psychológovia sa podieľajú na vyhľadávaní rizikových jedincov a skupín. Krízové intervencie poskytujú psychológovia v náročných životných situáciách pre deti, mladistvých, ľudí v kríze, osamelých a starých ľudí, pri nehodách, nešťastiach a katastrofách, pri ohrození, strate zdravia a života. V sekundárnej prevencii vyvíjajú a aplikujú psychologické preventívne programy na podporu zdravia, na predchádzanie alebo obmedzenie recidív a relapsov ochorení, hospitalizmu a predčasnej invalidizácie. Zúčastňujú sa komplexnej terapie, rehabilitácie a resocializácie chronicky chorých ľudí s trvalými somatickými, psychickými a zmyslovými defektmi. Klinickí psychológovia majú svoje miesto pri príprave Národných programov na podporu zdravia. V diagnostike podáva psychologické vyšetrenie informácie o vývine a stave psychických funkcií a o osobnosti vyšetřovaného. Objektívizuje druh a mieru porúch psychických funkcií a schopností, zmeny v osobnosti chorého, jeho reakcie na ochorenie, poruchu alebo defekt. Zameriava sa i na schopnosť zvládať náročnú situáciu a toleranciu stresovej odpovede vrátane náročných diagnostických a liečebných zákrokov. Zameriava sa i na úroveň a kvalitu saturácie potrieb v citových a sociálnych vzťahoch vrátane

partnerského a sexuálneho života. Klinický psychológ samostatne vykonáva diferenciálne diagnostické vyšetrenia najmä v diagnosticky nejasných prípadoch. Významne sa tak podieľa na diagnostickom procese, pri stanovení správneho, účelného a individuálne vhodného terapeutického postupu a na posúdení postupu a účinnosti psychoterapie. V rámci psychodiagnostiky používa popri klinických metódach aj špeciálne testové metódy podľa vlastného výberu. Zistené závery postupuje ďalším odborníkom, predovšetkým ak ide o konziliárne psychodiagnostické vyšetrenie na žiadosť lekára a slúžia i na rozhodovanie o ďalšej psychologickej starostlivosti. V terapeutickej činnosti klinický psychológ samostatne aplikuje rôzne formy individuálnej, skupinovej a komunitnej terapie, psychologickej intervencie a modifikácie duševných stavov a správania. V rámci bazálneho prístupu (najmä s použitím metód racionálnej terapie, krízovej intervencie a základných psychologických poznatkov) prispieva k emočnej podpore a podpore salutogenézy. Podľa odboru, v ktorom klinický psychológ väčšinou pracuje alebo ak sa certifikuje v určitej činnosti, môže realizovať i prislúchajúce špecifické metódy a prístupy (tréning psychických funkcií, neuropsychologická rehabilitácia a reedukácia na obnovenie poškodených psychických funkcií, psychoprofylaxia, príprava na pôrod, relaxačné metódy, hypnóza, biofeedback a podobne). Certifikovaná pracovná činnosť v psychoterapii je pôsobenie psychologickými prostriedkami, systematicky zamerané nielen na špecifickú poruchu alebo problém, ale aj na vývin, dozrievanie a diferenciáciu psychických zložiek s ich postupnou integráciou, dozrievaním osobnosti a zvyšovaním jej adaptačného potenciálu. V poradenskej činnosti sa zameriava na odbornú pomoc pri riešení osobných, sociálnych, profesionálnych, výchovných a iných životných problémov vo vzťahu k zdraviu, jeho ohrozeniu a poškodeniu. Klinický psychológ pôsobí ako poradca najmä v špecializovanej ambulantnej starostlivosti, v krízových centrách, na linkách dôvery, v doliečovacích zariadeniach, v stacionároch, ale aj v iných formách intervencií pri látkových i nelátkových závislostiach a pri rizikovitom správaní. V posudkovej činnosti hodnotí klinický psychológ duševný stav, duševné funkcie, schopnosti a osobnosť predovšetkým z hľadiska úrovne pracovných a špecifických spôsobilostí, ich narušenia alebo obmedzenia v dôsledku telesného poškodenia, ochorenia, defektu alebo psychickej poruchy. Spolupodieľa sa na posudzovaní zdravotnej spôsobilosti na výkon niektorých činností. V znaleckej činnosti vystupuje klinický psychológ ako znalec, ak bol ustanovený podľa osobitného predpisu, alebo ako konzultant lekára, prípadne iného odborníka. Vo vedecko-výskumnej a pedagogickej činnosti je klinický psychológ riešiteľom výskumných úloh alebo projektov svojho pracoviska, kde môže testovať vlastné hypotézy a využíva vlastné metódy pri sledovaní psychologických aspektov choroby, zdravia a liečby, pri vyvíjaní a overovaní nových diagnostických metód a nových foriem starostlivosti o zdravie a posudzovania ich efektivity. Realizuje i samostatne základný psychologický výskum so zameraním na rozvoj teórie a praxe klinickej psychológie, psychodiagnostiky, psychoterapie, duševnej hygieny a podobne. **Výkon tohto zamestnania je regulovaný nasledovnými právnymi predpismi:**

- Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

- Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v znení neskorších predpisov
- Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 513/2011 Z. z. o používaní profesijných titulov a ich skratiek viažucich sa na odbornú spôsobilosť na výkon zdravotníckeho povolania
- Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 366/2005 Z. z. o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov v znení neskorších predpisov
- Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
- Zákon č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
- Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
- Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov - Zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
- Zákon č. 579/2004 Z. z. o záchrannej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Poradenská psychológia

Poradenská psychológia je všeobecnou praxou a špecializáciou v profesionálnej psychológii. Zameriava sa na osobné a interpersonálne fungovanie počas života a na emocionálne, sociálne, pracovné, vzdelávacie, zdravotné a organizačné problémy. V centre jej pozornosti sú typické alebo normálne vývojové stavy, ako aj atypické stavy alebo poruchy vývoja. Poradenská psychológia pomáha ľuďom s fyzickými, emocionálnymi a mentálnymi poruchami, aby zlepšili ich kvalitu života a vzťahy, zmiernili ich ťažkosti a pomohli im vyriešiť krízu. Okrem toho tí, ktorí majú stanovenú špecializáciu poskytujú assessment (zhodnotenie stavu), stanovenie diagnózy a terapiu v patopsychológii. Profesionálnym cieľom poradenského psychológa je podporovať psychologický rozvoj jednotlivca. Toto zahŕňa všetkých ľudí počnúc tými, ktorí fungujú v rámci prijateľných hraníc, až po tých, ktorí trpia závažnejšími formami psychologických porúch. Poradenská psychológia má väčšinu času venovať jednotlivcom v rámci normálneho rozpätia fungovania, ale ich vzdelanie im má poskytnúť kvalifikáciu na prácu s jednotlivcami na rôznej úrovni psychologického fungovania. Poradenstvo má pôsobiť pozitívne a preventívne a má sa zameriavať na stimuláciu osobného rozvoja v snahe predísť psychologicky poškodzujúcim poruchám/handicapom. Poskytujú aktívnu spoluprácu, ktorá môže pomôcť odhaliť skryté problémy a dodať klientom silu čeliť zmene.

Pracovný psychológ vykonáva špecializované pracovné činnosti, vrátane konzultačnej, výskumnej, vzdelávacej alebo výchovnej činnosti. Zameriava sa na psychologickú prevenciu,

diagnostiku, terapiu, poradenstvo a vystavuje odborné posudky v psychologickej praxi v hospodárstve, energetike, ekonomike, finančníctve a bankovníctve, v rôznych rezortoch, inštitúciách a organizáciách s cieľom zvýšiť produktivitu práce a rozvoj zamestnancov z hľadiska výkonnosti a efektívnosti systému, organizácie (firmy) a prosperity celej spoločnosti. „Školský psychológ je jedným z článkov systému výchovného poradenstva, pracuje priamo v školách a v školských zariadeniach, kde vykonáva psychologickú činnosť na pomoc deťom, poskytuje informácie a poradenské služby zákonným zástupcom a pedagógom“ (Vyhľadka 43/1996 Z.z.). Primárnym cieľom práce školského psychológa je psychologicko – edukačné služby žiakom, rodičom pedagógom a ďalším pedagogickým zamestnancom na rozvíjanie ich zdravého biopsychosociálneho potenciálu. Rieši problémy a ťažkosti žiakov v učení, v správaní, pri rozhodovaní a voľbe povolania, spolupracuje pri narušených sociálnych vzťahoch v triede, spolupodieľa sa na optimalizácii, skvalitnení a zefektívnení výchovy, vyučovania a vzdelávania. Poskytuje individuálne aj skupinové intervencie. Podľa obsahu činnosti poskytuje školský psychológ preventívnu, identifikačnú - diagnostickú, konzultačnú – poradenskú a nápravnu – korektívnu činnosť.

Vyššie uvedené činnosti kladú vysoké nároky na psychológa vo všetkých jeho možnostiach uplatnenia sa v komunite. Jeho osobnostné nastavenie si v praxi vyžaduje nadpriemernú empatiu, ochotu pomáhať, zmysel pre spolupatričnosť, nadpriemernú osobnostnú stabilitu, nadpriemerné sebaovládanie, nadpriemernú spoľahlivosť, trpezlivosť, pozornosť, asertivitu a nadpriemernú komunikatívnosť, precíznosť, analytické myslenie. Na ktorejkoľvek pozícii je prínosom pre spoločenstvo, v ktorom pôsobí. Častokrát facilituje interdisciplinárnu spoluprácu v komunite, vykonáva funkciu mediátora. Vytvára podmienky pre kolegiálnu podporu jedincov, s ktorými spolupracuje. Kolegiálna podpora je systém dávania a prijímania pomoci založený na kľúčových zásadách dodržiavania spoločnej zodpovednosti a vzájomnej dohody o tom, čo je užitočné. Je to o situácii pochopenia iných prostredníctvom zdieľanej skúsenosti emocionálnej alebo psychickej bolesti. Ľudia, ktorí sa stotožňujú s ostatnými, majú pocit, že „sú ako oni“, cítia spojenie. Toto spojenie, alebo spolupatričnosť je hlboké, komplexné porozumenie na základe vzájomných skúseností, keď sú ľudia schopní sa akceptovať navzájom bez obmedzení tradičných vzťahov. Ako sa dôvera vo vzťahy vytvára a narastá, ľudia sú zrazu schopní vzájomnej kritiky s rešpektom, keď sa ocitnú v konflikte. To umožňuje členom peer komunity vyskúšať nové správanie medzi sebou a prekonať predtým zažitý spôsob správania sa k sebe (parafr. Mead a kol, 2001). „Kolegiálna podpora je postavená na 3 základných podmienkach vzájomnej interakcie:

- akceptácia,
- autenticita (nefalšovaný prejav)
- empatia“ (Guľašová, 2013,s.27).

Ide o rovnocenný vzťah všetkých osôb v skupine. V počiatočnej fáze dominujú v skupine pocity neistoty, nervozity a vzrušenia, ktoré sa zmiernia ústretovosťou a autenticitou realizátora. V strednej fáze, ktorá je rozdelená do dvoch častí je dôraz na vytvorenie zdieľanej skúsenosti. V prvej časti ju charakterizuje vytvorenie prepojenia na základe spoločne zdieľaných pocitov a myšlienok v reálnej, spoločne prežitej situácii. V druhej časti spoločná skúsenosť navodzuje spolupatričnosť a prijatie sociálnej podpory skupiny. Úspech druhej fázy je úzko naviazaný na komunikačné zručnosti realizátora, predovšetkým na zručnosť aktívneho počúvania. V tretej fáze spoločne zdieľaná skúsenosť navodzuje nové možnosti

riešení situácie, ak sú potrebné. Ak nie, potvrdzuje kolegiálnu spolupatričnosť, umožňuje otvorenú konštruktívnu kritiku – jej dávanie aj akceptáciu a podporuje humor skupiny.

Skupinová kolegiálna podpora v sebe implikuje niekoľko druhov podpory:

- inštrumentálna podpora: má viacero foriem, od mentoringu nového kolegu, kvalitnú tímovú spoluprácu až po vyžiadané rady a informácie
- emocionálna podpora: vytvorenie priestoru pre „odventilovanie emócií“, aktívne vypočutie problému, vyjadrenie pozitívnej väzby
- mediácia pri riešení problémovej sociálnej interakcie v skupine.

Kolegiálna podpora patrí medzi „prvú pomoc“, ktorú poskytuje skupina sama sebe bez potrebnej intervencie iných odborníkov. Je primárnou prevenciou tzv. kumulovaného stresu, ktorý vzniká nedopovedaním dôležitých vecí tesne po situáciách a následne ich prenášaním do ďalších situácií nielen v práci, ale aj do súkromia osôb. Vďaka skupinovej dynamike, kde akcia jedného člena (realizátora stretnutia) má za následok reakciu ostatných členov je vysoko produktívna. Hlavnou podmienkou je, aby priestor na vyjadrenie v každej fáze mal každý člen skupiny. Medzi benefity kolegiálnej skupiny patria:

- podpora kolegiálnej súdržnosti,
- schopnosť verbalizovať problémy,
- podpora schopnosti riešiť problémy,
- zlepšená skupinová atmosféra,
- zvýšené skupinové sebavedomie ako aj sebavedomie jej členov,
- zvýšená efektivita výkonu,
- zlepšená skupinová kultúra,
- zlepšená firemná kultúra.

Je veľkým prínosom, ak spoločné, neformálne sedenie všetkých kolegov je pravidelné. Dáva možnosť včas prediskutovať problematické situácie, ktoré sa týkajú členov skupiny a nájsť spôsob riešenia bez pomoci ľudí „z vonka“. Väčšinou sa riešia interakčné problémy medzi kolegami, alebo ich súkromné problémy, ktoré majú dosah na pracovisko.

Schopnosť asertívnej komunikácie, zdieľania sa patria k základným zručnostiam v pomáhajúcich profesiách. Psychológ v komunite má aktívnu možnosť sprostredkovať zručnosti členom skupiny s cieľom podpory ich zdravého osobnostného rozvoja a vývinu. V tomto prístupe nie je rozhodujúce, či je danou skupinou škola, firma alebo geograficky určená lokalita mesta s jej obyvateľmi.

Zoznam použitej literatúry

- REICHEL, J. 2004. Kapitoly systematické sociologie. Praha. Eurolex Bohemia.
- SMIKOVA, E. a kol. 2004. Projekt 2004/4 – 013. Metodicko poradenské centrum Bratislava.
- GULAŠOVÁ, M. 2011. Krízové situácie vyžadujúce psychologickú intervenciu u záchranárov. In: Urgentní medicína. 3/2011, s.32 – 36. Praha. Mediprax, s.r.o.
- GULAŠOVÁ, M. 2017. Krízové situácie vyžadujúce psychologickú intervenciu u záchranárov. In: Urgentní medicína. Publisher: Mediprax CB, České Budějovice, 2011, č.4/2011, s.32 – 35. ISSN 1212 - 1924

Kontakt na autora

PhDr. Monika GULAŠOVÁ, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

Bratislava, n. o.

Detašované pracovisko bl. Metoda Dominika Trčku , Michalovce

email: gulasovamonika@centrum.sk

SOCIÁLNE SLUŽBY A ICH KVALITA V PSK

Social services and their quality in PSK

Hanobik F.

Abstrakt

V príspevku sa zameriavame na niektoré aspekty, ktoré majú podstatný vplyv na skvalitňovanie sociálnych služieb. Príspevok vychádza zo špecifik daných pre Prešovský samosprávny kraj. Jedným z indikátorov úrovne spoločnosti sú jej pravidlá, ktoré prijala voči ľuďom, ktorí sa ocitli v sociálnej situácii, v ktorej si nedokážu sami pomôcť. Vzťah k ľuďom so špecifickými potrebami, dlhodobo odkázaných na pomoc iných, teda aj na sociálne služby, je odrazom spoločenského vedomia a úrovne občanov. Pri určovaní týchto pravidiel sa spoločnosť vedome alebo nevedome dopúšťa disnormalít. Aj preto potreba skúmania vzťahov medzi aspektmi ovplyvňujúcich situáciu týchto ľudí je jednou z priorit sociálnej práce ako vedného odboru. Až do roku 2008 chýbali normy, ktoré určovali minimálne požiadavky na objektívne hodnotenie sociálnych, psychologických, zdravotných, etických a ďalších aspektov prostredia, v ktorom sociálne odkázaní ľudia žijú. Ich reálne použitie priniesla až novela Zákona o sociálnych službách v roku (2014).

Kľúčové slová: Kvalita poskytovaných služieb. Sociálne služby. Transformácia soc. zariadení.

Abstract

The contribution focuses on some aspects that have a significant impact on the improvement of social services. The contribution is based on the specifics given to the Prešov region. One of the indicators of the company's level is its rules that it has adopted against people who find themselves in a social situation where they can't help themselves. The relationship to people with specific needs, long-term reliant on others, including social services, is a reflection of social consciousness and the level of citizens. In determining these rules, the company knowingly or unconsciously commits disormalities. Therefore, the need to examine the relationships between the aspects affecting the situation of these people is one of the priorities of social work as a scientific union. Until 2008, standards were set that set minimum requirements for objectively assessing the social, psychological, health, ethical and other aspects of the environment in which socially dependent people live. Their real use brought the amendment to the Social Services Act in (2014).

Keywords: Quality of service provided. Social services. Transformation of social devices.

Sociálne služby a ich kvalita v PSK

V príspevku sa zaoberáme problémom kvality sociálnych služieb poskytovaných v pobytových zariadeniach sociálnych služieb v Prešovskom samosprávnom kraji.

Predmetom skúmania sú také aspekty, ktoré svojou povahou umožňujú meranie a nie sú výhradne subjektívneho charakteru. Je to prostredie, vzťahy a proces, v ktorom sa človek v sociálnej núdzi nachádza. Hodnotenie sociálnej situácie iných je u nás prijímané s obavami. Tieto obavy nám bránia prijímať potrebné zmeny pravidiel a správania.

Počtom obyvateľov je PSK najväčším v Slovenskej republike. V kraji je najvyššia pôrodnosť a dosahuje sa najvyšší prirodzený prírastok v SR. V tomto kraji sa znižuje podiel predproduktívneho veku a narastá počet obyvateľov v produktívnom a poproduktívnom veku. „Odhaduje sa, že od roku 2018 budú prevažovať na Slovensku seniori nad deťmi.“ Proces stárnutia obyvateľstva je výzvou aj v oblasti poskytovania sociálnych služieb, nakoľko predpokladá stále sa zvyšujúci dopyt po kvalitných sociálnych službách.

Za jednu z národných priorít rozvoja sociálnych služieb považuje MPSVaR SR aj zvýšenie kvality a dostupnosti sociálnych služieb s dôrazom na rozvoj nedostatkových sociálnych služieb alebo na rozvoj sociálnych služieb, ktoré v jednotlivých samosprávnych krajoch a obciach úplne chýbajú.

Jedným z princípov národných priorít rozvoja sociálnych služieb, ale aj priorít Európskeho Spoločenstva je deinštitucionalizácia sociálnych služieb a postupné znižovanie kapacity zariadení sociálnych služieb a vytváranie zariadení komunitného typu. Do ukončenia transformácie veľkokapacitných inštitucionálnych zariadení na zariadenia komunitného typu alebo podobné rodinnému prostrediu však musia sociálne služby aj naďalej poskytovať súčasne inštitucionálne zariadenia sociálnych služieb, v ktorých je viac ako 80% prijímateľov sociálnej služby. Sú to najmä domovy sociálnych služieb a zariadenia pre seniorov. Dokladuje to obrázok č.1 , poskytovatelia pobytových sociálnych služieb v PSK

Obrázok 1 Poskytovatelia pobytových sociálnych služieb v PSK

Druh sociálnej služby	Počet poskytovateľov	Plánovaná kapacita	%
Nocľaháreň	3	59	1
Útulok	14	324	5
Domov na pol ceste	6	77	1
Nízkoprahové denné centrum	2	44	1
Zariadenie núdzového bývania	7	111	2
Nízkoprahové denné pre deti a rodinu	9	135	2
Domov sociálnych služieb	62	2 532	40
Zariadenie podporovaného bývania	5	41	1
Rehabilitačné stredisko	5	60	1
Špecializované zariadenie	14	317	5
Zariadenie pre seniorov	45	1 707	27
Zariadenie opatrovateľskej služby	13	171	3
Denný stacionár	12	161	3
Denné centrum	15	583	9
Celkom	212	6322	100

Aj po ukončení tohto procesu však budú existovať inštitucionálne zariadenia pre občanov vyžadujúcich dlhodobú starostlivosť, a to najmä z dôvodu ekonomickej efektívnosti

a špecifikám v otázkach kvality poskytovanej sociálnej aj zdravotníckej starostlivosti, najmä u klientov s hlbokým stupňom mentálnej disability v kombinácii s ťažkým zdravotným postihnutím.

Sociálne služby

Sociálne služby sú poskytované odkázaným a spoločensky znevýhodneným občanom, s cieľom zlepšiť kvalitu ich života, prípadne v maximálne možnej miere ich začleniť do spoločnosti alebo spoločnosť chrániť pred rizikom, ktorého sú títo občania nositeľmi. Preto zohľadňujú tak osobu prijímateľa služby, jeho rodinu, prípadne záujmy širšieho spoločenského prostredia. Sociálne služby sú poskytované v záujme verejnosti, sú časťou širšej kategórie verejných služieb hradené z verejného rozpočtu. Môžu byť poskytované aj ako komerčná služba na základe zmluvy, poskytujú ju verejní ale aj neverejní (mimovládne organizácie a iné právnické a fyzické osoby) poskytovatelia prípadne dobrovoľníci. Sú pomerne podrobne definované právnymi predpismi, vďaka čomu sú značne závislé na politickom rozhodovaní štátu, samosprávnych krajov a obcí (Matoušek, 2007).

Sociálne služby v SR boli samostatne legislatívne upravené od januára 1999 Zákonom o sociálnej pomoci č. 195/1998Z.z., neskôr od januára 2009 Zákonom č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách, ktorý bol niekoľkokrát novelizovaný. Z dôvodu metodiky sa upriamime na vybrané druhy a pobytové formy sociálnych služieb (sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku, zariadenia pre fyzické osoby odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre fyzické osoby, ktoré dovŕšili dôchodkový vek) tak, ako ich popisuje Zákon o sociálnych službách.

Súčasný stav skúmania kvality v sociálnych službách

Pojem kvality v praxi často vnímame ako spoľahlivosť či nespoľahlivosť techniky ale aj práce a v konečnom dôsledku vplýva priamo na nás všetkých nízkou výkonnosťou a produktivitou. Používal sa už v starovekom Grécku. Prvá definícia kvality bola pripísaná Aristotelovi.

Jednou z univerzálnych definícií kvality je, že „*kvalita je stupeň splnenia požiadaviek súborom typických znakov. Požiadavkou je potreba alebo očakávanie, ktoré sú určené, všeobecne sa predpokladajú alebo sú záväzné*“ (Norma ISO 9000:2001). Takými sú napr. zákony, vyhlášky, normy atď. Poskytované sociálne služby, ako výstupy procesov, môžeme označiť v tomto kontexte aj pojmom produkt. Pre každý produkt sú charakteristické určité znaky kvality, typické pre ten ktorý druh produktu. Typickými znakmi kvality napr. pre výrobky je spoľahlivosť, design, pre služby príjemné vystupovanie, ale aj dodržanie určených štandardov. V zásade ich môžeme deliť na kvantitatívne, tie, ktoré sú merateľné (plocha, počet, percento, množstvo...) a kvalitatívne, tie, ktoré nie je možné ohodnotiť číselnou stupnicou (zmyslové vnemy- vôňa, zápach, vystupovanie).

Kvalita je taktiež ako pojem neodlučiteľne spojený s menom a prosperitou organizácie. Zvyšovanie kvality je prvým predpokladom znižovania nákladov, nižšej potreby zdrojov a v konečnom dôsledku vedie k lepšiemu uspokojovaniu potrieb zákazníkov a k prosperite organizácie. „Výhra nad kvalitou“ v organizácii začína vtedy, keď si každý zamestnanec

uvedomuje, že sa od neho nemôže očakávať „zmätok“ a že hlavným hodnotiteľom kvality sú zákazníci (klienti) (Dudinská, 2009).

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

Komplexnejší pohľad na kvalitu služieb prináša Martin (1993) v podobe pätnástich ukazovateľov (Matoušek, 2007).

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

H. Nies (2010) poukazuje na subjektivitu vnímania kvality ako na jednu z jej spoločných vlastností, spočívajúcu v značných individuálnych rozdieloch daných hodnotovým rámcom, úrovňou poznania, spôsobom vnímania a názoru na produkt alebo službu (Nies, 2010).

Uvádza tri možné prístupy ku kvalite:

- 1) kvalita ako „*vnútorná vlastnosť*“ – produktu alebo služby, ktorá je hodnotená podľa účelu, pre ktorý je určená a miery schopnosti uspokojovať požadované alebo predpokladané potreby,
- 2) kvalita ako „*stav výnimočnosti*“, pri ktorom sa vyzdvihuje najlepšia vlastnosť spojená s produktom alebo službou a na jeho výnimočné postavenie voči iným produktom alebo službám,
- 3) kvalita ako „*norma*“, kedy sa dosiahnuté výsledky porovnávajú s výsledkami určenými normou.

Na subjektivitu vnímania kvality poukazuje aj A. Mateidesa a kol. (2006). Práve subjektivita robí kvalitu zložitou vlastnosťou z hľadiska dohody“. Nedohoda sa pritom netýka len vnímania kvality, čiže to, čo sa považuje za kvalitné, ale aj definovania pojmu kvalita (Mateides, 2006).

Veľké individuálne rozdiely v potrebách ľudí dávajú sektoru služieb a zvlášť sektoru sociálnych služieb výraznú diverzifikovanosť a heterogenitu. M. Huber a iní zdôrazňujú osobitnú podstatu služieb zameraných na uspokojovanie sociálnych potrieb ľudí. Ide o služby

so špecifickými ekonomickými vlastnosťami, povahy kolektívnych a zmiešaných kolektívnych statkov, kedy sú procesy a záujmy voľnej trhovej liberalizácie sprevádzané (doplňané) rozličnými podpornými opatreniami a mechanizmami. Samotná „neviditeľná ruka trhu“ nemôže totiž v uvedených prípadoch nahrádzať garanciu štátu, nakoľko ide o služby vykonávané vo verejnom záujme.

J. Maleya J.L. Fernandes uvažujú o koncepčných otázkach a analytických problémoch, ktoré sa dotýkajú pojmu kvality služieb v oblasti sociálnej starostlivosti. Je potrebné brať do úvahy špecifické charakteristiky sociálnych služieb, hlavne vyvíjajúcu sa povahu a kontext systému sociálnej starostlivosti. Sociálne služby poskytujú pomoc s intímnyimi úlohami, ktoré vyžadujú od "spotrebiteľa" pôsobiť ako koproducent jeho sebaobsluhy a úzko spolupracovať s poskytovateľom služieb. Pochopenie tejto spolupráce, vzťahu opatrovateľ-prijímateľ je zásadným aspektom sociálnych služieb a efektívneho hodnotenia kvality služieb (Malley, 2010).

Z celospoločenského hľadiska je kvalita ako verejný záujem inštitucionalizovaná a je súčasťou politických programov. Inštitucionalizované prvky kvality vytvárajú všeobecne uznávané systémy kvality. *Národný program kvality SR na obdobie rokov 2013-2016*, ktorého hlavnou víziou je „Dosiahnuť, aby sa kvalita stala trvalou a prirodzenou hodnotou a súčasťou života občanov v Slovenskej republike...“. Rovnako v Programovom vyhlásení vlády SR na roky 2012-2016 sa kvalita vymedzuje primárne cez kvalitu života ako výsledok súdržnej spoločnosti. Ďalším inštitútom systému kvality ako verejného záujmu a politiky v SR je *Národná cena SR za kvalitu*. Jej cieľom je „...motivovať a podporovať organizácie verejného a súkromného sektora v trvalom zlepšovaní a zvyšovaní výkonnosti“. Súťaž je založená na medzinárodne vyvinutých modeloch, ktorým sa budeme bližšie venovať v ďalšej časti projektu dizertačnej práce. V podmienkach Slovenska zastrešuje a koordinuje štátnu politiku kvality, vrátane organizovania súťaže Národná cena za kvalitu, *Úrad pre normalizáciu, metrológiu a skúšobníctvo Slovenskej republiky*. Je tretím pilierom národného systému kvality. Úrad koordinuje a gestoruje prípravu národných dokumentov v oblasti kvality, organizuje súťaže a ocenenia a poskytuje školiacu, poradenskú a posudkovú činnosť organizáciám pri zavádzaní systémov manažérstva kvality (Brichtová, 2014).

Kvalita sociálnych služieb je v popredí na Slovensku už dlhšie obdobie. Z pôvodných teoretických úvah sa počas tohto obdobia rozvinula do praktických aplikácií, najmä legislatívnych. V prvých rokoch presadzovania skvalitňovania sociálnych služieb sa vychádzalo najmä z dôvodov, pre ktoré sa majú sociálne služby skvalitňovať. V posledných rokoch ustupuje vyzdvihovanie dôvodov a ich etických alebo odborných východísk a začína sa presadzovať téma spôsobu zabezpečenia kvality sociálnej služby.

Objasňovanie pojmu kvalita v sociálnych službách nebolo na potrebnej úrovni metodologicky vyčerpané a v PSK prebieha v rámci ďalšieho vzdelávania pracovníkov na úrovni štatutárnych zástupcov zariadení sociálnych služieb v zriaďovateľskej pôsobnosti PSK, ako aj sociálnych pracovníkov ešte aj v súčasnosti. Aj napriek tomu požiadavka na skvalitňovanie sociálnych služieb je odbornými pracovníkmi všeobecne akceptovaná. Aplikácia kvality do sociálnych služieb sa rozvinula v niekoľkých smeroch. Tie by sa dali rozdeliť v podstate na štyri základné:

- kvalita a vhodnosť odborných postupov práce s klientmi a s tým súvisiaca kvalita a odborná spôsobilosť personálu,

- kvalita života klienta a dodržiavania jeho základných ľudských práv a slobôd,
- kvalita infraštruktúry a environmentu pre zabezpečenie sociálnej služby,
- kvalita riadenia všetkých činností, dokumentovanie výkonov a zaistovanie kontrolovateľnosti a opakovateľnosti kvality

V roku 2009 bol prijatý zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách v ktorom boli prvýkrát uvedené *podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby*, Podobne ako pred tým v ČR boli stanovené podmienky a spôsob hodnotenia procedurálnej, personálnej a prevádzkovej oblasti. Prostredníctvom inštitútov *individuálnych plánov*, určeníu *kvalifikačných predpokladov* pre výkon odborných činností, zabezpečovania *ďalšieho vzdelávania, akreditácie* vzdelávacích programov a povinnosti realizovať *supervízny program* sa inštituovali aj ďalšie **aspekty skvalitňovania sociálnych služieb** v SR. L. Brichtová a K. Repková opisujú toto obdobie ako *štádium formulácie rámcových podmienok (2009-2013)*.¹³ Poskytovatelia sociálnych služieb z dôvodu posunu termínu povinného hodnotenia podmienok kvality až na rok 2016 táto právna norma nezaväzovala k napĺňaniu jej cieľov.

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

História vývoja konceptov sociálnych služieb

K pochopeniu súčasného stavu kvality sociálnych služieb je navyhnutné poznanie ich vývoja v relevantnom období, teda do konca. Dejinné udalosti v Slovenskej republike spôsobili, že sa sociálne reformy ako proces dotýkali našej krajiny až v niekoľkých posledných rokoch 20. storočia.

Prvá polovica 20. storočia

V prvej polovici 20. storočia môžeme sledovať v Európe trend v sociálnych službách, charakterizovaný napĺňaním základných sociálnych potrieb ľudí, ktorí sa nachádzali v stave existenčnej sociálnej odkázanosti. Nízka sociálna a zdravotná úroveň neumožňovala riešenie situácie sociálne odkázaných ľudí v ich prirodzenom prostredí. Situáciu týchto občanov bola riešená centralizovaním a inštitucionalizovaním sociálnych služieb. Tieto vychádzali z predpokladu, že ľudia s rôznymi problémami sa najlepšie cítia medzi rovnako postihnutými. Zo sociálneho hľadiska bolo pozitívnym riešením v tom, že nové prostredie zabezpečovalo podmienky, ktoré dávali vyšší predpoklad pre zvládnutie ťažkých životných situácií a pomohlo prekonať existenčné životné ohrozenie. Pomoc bola motivovaná na základe kresťanských a humánne orientovaných filozofií.

Základným princípom sociálnych služieb bolo vytvorenie bazálnych podmienok pre hmotne, sociálne a zdravotne odkázaných ľudí k prekonaniu kritickej životnej situácie. Tieto inštitúcie však z rôznych dôvodov mali existenčné, ekonomické, priestorové a iné problémy. Zlepšenie sociálnej situácie občanov v rezidenčných inštitúciách bolo podmienené stratou spoločenských väzieb s prirodzeným prostredím najmä z dôvodu nedostatku takýchto inštitúcií, ktoré naplňali základné biologické, ale aj sociálne problémy ľudí. Zariadenia boli

preplňované, pričom narastajúcemu dopytu bola zvyšovaná ich kapacita na úkor možnosti zvyšovania kvalitatívnych kritérií. Tento tlak viedol k tomu, že v Európe vznikali veľké ústavy. Veľkokapacitné centrálné zariadenia boli modelom riešenia existenčnej sociálnej a hmotnej odkázanosti.

Najčastejšími klientmi týchto zariadení boli zmyslovo, telesne a mentálne postihnutí, v rôznom veku, ako aj opustení ľudia či klienti s psychiatrickými chorobami. V týchto zariadeniach nebola zabezpečená diferencovaná výchovná či zdravotná starostlivosť. Ústavy boli naplňované na základe prirodzenej potreby obyvateľov, ale výrazným spôsobom boli kapacitne preťažované najmä v čase vojnových konfliktov a pri epidémiách.

60 - 70-te roky

Tieto roky prinášajú vo vývoji zmenu z pohľadu, postojov na situáciu, v ktorej sa ľudia v núdzi nachádzajú. Zmeny vrcholia na rozhraní 60-tych a 70-tych rokov. Príčinou týchto zmien boli nové informácie z oblasti medicíny, psychológie, sociálnych vied, politológie, kultúry, ekonomiky, ako aj ich aplikácia v spoločenskom prostredí. Zvyšovanie úrovne života obyvateľstva viedlo k prehodnocovaniu systému sociálnych služieb.

Na jednej strane sa z odborného hľadiska ukazovali možnosti pre zlepšenie zdravotného a sociálneho stavu klientov v ústavoch, zvyšovali sa tiež požiadavky pre existenciu rôznych typov zariadení. Tento pozitívny tlak viedol k tomu, že o zmenu systému takto poskytovaných služieb začínajú prejavovať záujem profesionáli s humanistickou orientáciou.

Dochádza k prehodnocovaniu štruktúry sociálnych služieb v rezidenčných zariadeniach, ako aj systému sociálneho zabezpečenia a riešenia životných situácií ľudí sociálne odkázaných. Dochádza k prehodnocovaniu okolností za ktorých je nevyhnutné zbaviť občana straty pôvodného domáceho prostredia a to hlavne preto, že sa ukázali možnosti zvládnutia aj takýchto situácií v domacom prostredí. Voči podmienkam života v inštitúciách boli vyslovené vážne výhrady hlavne zo strany príbuzných. Kým v predchádzajúcej dobe pociťovali príbuzní umiestnenie svojho blízkeho ako odbremenenie, v tejto dobe si začínajú viac všimnúť podmienky, v ktorých ich príbuzní žijú, začínajú sa k týmto podmienkam kriticky vyjadrovať.

Hlavnou črtou tohoto obdobia bola tendencia k zmenám podmienok života ľudí v rezidenčných zariadeniach. Riešenie a odstraňovanie nehumánnych podmienok v sociálnych službách bolo označené ako proces humanizácie prostredia v zariadeniach. Postupne sa spomaľuje preplňovanie ústavov, lebo sa menia kritériá pre posudzovanie sociálnej a hmotnej núdze ich obyvateľov. To vedie k vzniku nových typov sociálnych služieb, ktoré umožňujú pravidelný kontakt s prirodzeným prostredím, do ktorého klient patrí a ktoré mu umožňuje aj návrat do tohto prostredia. Aj keď je v tom období ťažiskom sociálnych služieb stále tradičná rezidenčná sociálna služba, alternatívne typy služieb poskytujú postupne podmienky k efektívnejšiemu prenikaniu humanizácie a do prostredia tradičných služieb. Toto obdobie dnes označujeme ako prelomové, lebo odštartovalo reformu, ktorú v severných krajinách Európy označujú ako najväčšiu reformu storočia. Ukončenie druhej svetovej vojny prinieslo aj uvedomenie si potreby stavania novej doby, nových podmienok.

Na Slovensku sa však možnosti k zmene sociálnych služieb spojených s celkovými zmenami spoločenského života v týchto rokoch zastavili a vrátili k socialistickým

podmienkam. Zmeny, ktoré v tom čase štartovali v Európe tak neovplyvnili úroveň sociálnych služieb u nás. Postoj spoločnosti voči na pomoc odkázaným občanom bol orientovaný na ich čiastočnú alebo úplnú spoločenskú izoláciu. V ústavoch pre dospelých nie je možnosť pracovného uplatnenia. Poskytuje sa len rutinná starostlivosť, spolu sa v ústavoch nachádzajú ľudia s mentálnym postihnutím, psychiatrickí pacienti a alkoholici. Nerieši sa nedostatok ústavov, existujúce sú v neúčelových objektoch, v bývalých kaštieľoch, kláštoroch, vojenských posádkach. Niektoré zariadenia v nich fungujú dodnes.

80-te roky

Napriek uskutočneným humanizačným a normalizačným zmenám sa ukázalo v 80-tych rokoch minulého storočia, že tieto zmeny majú síce z hľadiska celkových zmien veľký význam, avšak výrazná zmena vzťahov voči sociálne odkázaným ľuďom nenastala. 80-te roky prinášajú zmenu vzťahov. Súvisí to s rozvojom sociálnej práce ako vedného odboru. Sociálna práca prináša nový rozmer vo vzťahu ku klientovi. Klient už nie je subjektom skúmania jeho špecifických potrieb s cieľom riešenia jeho sociálnej situácie, ale sa stáva v procese sociálnych služieb partnerom. Proces služieb je zameraný na vznik takých podmienok, ktoré by umožnili participáciu klienta na procese poskytovania služieb.

Napriek problémom na oboch stranách vznikajú systémy služieb umožňujúcich slobodné prejavenie svojich potrieb voči prostrediu, v ktorom klienti žijú. V Anglicku vzniká možnosť sebaobhájenia (selfadvocacy). Silné spoločenské lobby bolo doplnené hlasom samotných klientov, ktorým boli sociálne služby určené. Bol to dôvod, ktorý viedol k zmene kvality cez zmenu paradigmy na zaužívaný systém sociálnych služieb. Zo sociálno-právneho hľadiska vzniká pomerne silná opora v podobe deklarácií prijatých na rôznych úrovniach. Každá krajina nachádzala vlastné zmeny a uplatňovala vlastné tempo a kvalitu týchto zmien. V decentralizovaných systémoch riadenia vznikajú rozdiely v uskutočňovaných reformách sociálnych služieb aj na regionálnej úrovni a aj medzi úrovňou týchto služieb poskytovaných na úrovni obce.

Hlavným znakom procesu 80-tých rokov bola sociálna integrácia, ktorá priniesla zmeny v živote ľudí odkázaných na sociálne služby. Sociálna integrácia ako špecializovaná činnosť sociálnych služieb bola orientovaná na vytváranie takých podmienok, ktoré by umožňovali pobyt klientom v prostredí, kde vyrastali za súčasnej pomoci príbuzných tak, aby bola táto skutočnosť pre nich znesiteľná a prospešná. Sociálna integrácia bola súčasťou zmien sociálnych služieb. Vznikajú denné a týždenné zariadenia, ktoré poskytujú sociálne služby na miestnej úrovni. V týchto formách služieb dochádza postupne k zvyšovaniu nárokov na vzdelanie pracovníkov, na ich diagnostickú, stimulačnú a rehabilitačnú funkciu. V zásade však ostáva u nás situácia aj v 80 rokoch nezmenená.

90-te roky

Kvalitatívny posun v oblasti postojov sa ani v tomto desaťročí nezastavuje. Kým 80-te roky sú typické pre partnerské prostredie, v 90-rokoch dochádza ku kvalitatívnemu posunu najmä v tom, že sa tento proces stáva obojstranne sociálne priechodným. Táto zmena vedie k tomu, že sociálne služby ako proces sú neustále konfrontované z hľadiska poskytovanej kvality služieb. Sociálne služby poskytované na partnerskom princípe, kladú vysoké nároky na profesionalizáciu služieb. Na

sociálneho pracovníka ako partnera sú kladené o to viac zvýšené nároky smerom k profesionálnemu zvládnutiu situácie klienta a to tak, že sám klient participuje na tomto procese.

Úlohou sociálneho pracovníka je strategicky projektovať a udržiavať také sociálne prostredie, ktoré umožňuje mobilizovať klienta k riešeniu problémov v ktorých sa nachádza. V takomto prostredí je potom možné s klientom spolupracovať, rešpektovať jeho vlastné tempo a pomáhať mu, aby našiel v prvom rade sám seba, až potom možnosti vlastnej sebarealizácie. Klient sám je rozhodujúcim subjektom pri identifikovaní svojich potrieb. Tento systém sociálnych služieb vedie k iniciatíve a aktivite miestnych autorít na komunálnej úrovni, k podpore a rozvoju mimovládnych organizácií. Za mimoriadne dôležité je potrebné považovať rozvoj profesionalizácie sociálnych pracovníkov. V súvislosti s tým je potrebné zdôrazniť, že sociálni pracovníci v týchto zariadeniach vykonávali prevažne administratívnu prácu orientovanú na evidenciu, výpočet úhrad a ďalšie práce, ktoré sú orientované viac na ekonomiku a hospodárenie ako na účasť na vzdelávacích, výchovných, socioterapeutických a psychologických službách (Krupa, 2013).

20. stor.	Filozofia Sp	Proces služieb	Výsledok
50-te roky	Saturácia základných sociálnych potrieb	Inštitucionalizácia Centralizácia	Veľkokapacitné zariadenia Závislosť klientov na prostredí ústavu
70-te roky	Identifikovanie špec. potrieb	Humanizácia, normalizácia, vplyv MVO	Skultúrenie prostredia Znižovanie kapacity
80-te roky	Zmena postojov – partnerstvo, sebaobhajovanie	Debarierizácia (architektonická, psychologická, sociálna)	Malé zariadenia rodinného typu, integrácia
90-te roky	Identifikovanie sociálnych potrieb klientom	Osobná asistencia, lokálne služby MVO, komunitné iniciatívy	Nezávislý život Inklúzia

Obrázok 2 Zmena konceptu sociálnej práce o postihnutých ľuďoch od r. 1950

Vybrané aspekty skvalitňovania sociálnych služieb

Kvalita v sociálnych službách je neopomenuteľné kritérium bez ohľadu na ich národný koncept. Novela zákona o sociálnych službách účinná od januára 2014 je podľa jej tvorcov „novelou o kvalite“ v sociálnych službách. Explicitne aj implicitne zavádza rozhodujúce inštitúty kvality, respektíve ich presnejšie vymedzuje oproti predchádzajúcej platnej právnej norme, (s výnimkou spravodlivého a vyrovnaného financovania všetkých poskytovateľov sociálnej služby). Môžeme ich pomenovať ako aspekty skvalitňovania sociálnych služieb. Dôvodová správa a tvorcovia novely uvádzajú viacero dôležitých aspektov z hľadiska kvality sociálnej služby, ako je deinštitucionalizácia, akceptácia - rešpektovanie individuality prijímateľov, variabilita sociálnych služieb, koordinácia odborných činností - supervízia, možnosť sankcionovania poskytovateľa a ďalšie, vzťahujúce sa k rôznym prístupom k pojmu kvalita. V tejto práci sa chceme sústrediť na aspekty, ktoré sú podľa našej mienky rozhodujúce práve v inštitucionálnych službách PSK.

Supervízia

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

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

Tokárová tiež uvádza, že supervízia zaručuje zvyšovanie profesionálnej kompetencie sociálnych poradcov, chráni klienta pred nekompetentnými intervenciami poradcu, vedie k rozširovaniu možnosti a alternatív pri riešení problémov klienta, ku korigovaniu neefektívnych postupov, je prevenciou *syndrómu vyhorenia* u sociálnych poradcov, ktorý sa prejavuje menšou citlivosťou ku klientom, formálnym prístupom, nezaujmom, snahou čo najskôr ukončiť prípad. (Tokárová, 2007).

Tibor Roman hovorí o supervízii ako o efektívnej stratégii kvality sociálnych služieb. Uvádza, ako súčasť marketingovej stratégie, čo je možné prostredníctvom aplikácie jednotlivých druhov supervízie dosiahnuť:

- môžeme ukázať, ako sa niečo naučiť. Učenie spočíva aj v odovzdávaní si vzájomných poznatkov medzi supervidovanými prostredníctvom reflexií a spätnej väzby na aplikované techniky, pocity, ktoré pri nich prežívajú, alebo i vlastnými osobnými skúsenosťami i skúsenosťami a konkrétnymi príkladmi supervízora,
- dokáže ponúkať možnosti, ako niečo zmeniť, nájsť nové alternatívne riešenia, alebo prehodnotenie doterajšej činnosti do nových prístupov, ktoré sa mu na základe nového poznania javia ako efektívnejšie, výhodnejšie, výsledkom čoho je túžba po zmene, ktorá nadobudla konkrétnu podobu,
- prináša i emocionálnu ventiláciu, odstraňuje prípadné napätie. To mohlo brániť v efektívnej práci, či už ako výsledok vlastných alebo pracovných neriešených problémov. Komunikáciou týchto problémov v prostredí, ktoré je bezpečné a akceptujúce, prichádza k emocionálnemu uvoľneniu alebo úľave a nadobudnutiu dôvery v seba samého i svojich schopností,
- môže minimalizovať neistoty, ktoré supervidovaný môže mať dlhodobo ako reakciu na spôsob pracovného zaťaženia, požiadaviek nadriadených, kritiky a podobne. Minimalizácia neistôt môže pôsobiť motivačne a posilniť sebavedomie supervidovaného smerom ku kvalitnejším výkonom a odbúrania negatívnych pocitov,

- pôsobí ako profesionálna podpora a prevencia voči syndrómu vyhorenia. Syndróm vyhorenia je v sociálnych službách jav, ktorý spôsobuje v prípade výskytu problému v poskytovaní kvalitnej sociálnej služby, pretože zásadným spôsobom znižuje pracovnú efektivitu a spôsobuje problémy v interakcii s klientom i spolupracovníkmi, môže spôsobiť i pracovné absencie, alebo personálne zmeny,
- monitoruje vzťahové situácie, dokáže odhaliť ako funguje vzájomná interakcia a kvalita vzťahov medzi spolupracovníkmi, medzi personálom a klientmi, medzi personálom a nadriadenými, medzi pracovníkmi rozdielnych funkcií, alebo oddelení, či profesií a dokáže identifikovať kongruenciu v týchto vzťahoch, alebo problémy v nich,
- umožňuje pochopiť situáciu klienta a proces práce s ním. Pochopiť klienta je nevyhnutným predpokladom, ako sa zbaviť nesprávneho hodnotenia jeho správania, ktoré nekorešponduje s očakávaním personálu. Bez pochopenia dôvodov správania sa klienta nie je možné s ním efektívne pracovať tak, aby v procese práce s ním boli v prvom rade reflektované potreby klienta a až potom očakávania personálu, alebo organizácie. Uvedomenie si primárnosti klientovho záujmu vedie k zásadným zmenám v pracovných stereotypoch a rešpektovaní jedinečnosti každého klienta.
- svojou realizáciou chráni klienta pred nekompetentnými zásahmi personálu. Každý pracovník dokáže svojou nekompetentnosťou zasiahnuť klienta tak, že ho môže emocionálne raníť, prípadne znížiť kvalitu jeho života v rôznych oblastiach. Supervízia dokáže identifikovať kompetencie personálu a jasne ich vysvetliť i priviesť personál k pochopeniu, ktoré činnosti sú pre klienta nekompetentnými zásahmi do jeho súkromia či integrity,
- môže pomôcť v uvedomení dôležitosti a nezastupiteľnosti každej pracovnej pozície a bráni kategorizácii pracovného tímu, čím môže zásadným spôsobom ovplyvniť pracovné prostredie, ktoré sa jednoznačne prenáša i na kvalitu poskytovanej sociálnej služby,
- dokáže spojiť rozdielne pomáhajúce profesie v jeden fungujúci tím, ktorý na formálnej i neformálnej úrovni môže na základe pochopenia, spolupatričnosti a akceptácie budovať participujúci kolektív uvedomujúci si dôležitosť spolupráce pre dobro klienta.
- spájaním a vzájomným pochopením personálu dokáže supervízia vytvárať pozitívne pracovné prostredie, ktoré pôsobí na personál motivačne a jednoznačne zvyšuje kvalitu poskytovanej sociálnej služby,
- pomáha personálu sa vzájomne chápať a spolupracovať ako výsledok procesu sebapoznávania, poznávania iných a sebauvedomenia si dôležitosti budovania vzťahov medzi personálom. Vzájomné pochopenie a spolupráca je tým kvalitnejšia, čím viac je ochotný personál dovoliť jeden druhému poznať sa vzájomne,
- smeruje personál k záujmu o klienta, pretože jednotlivé procesy supervízie zdôrazňujú, že klient je ten, kto je predmetom primárneho záujmu a jeho jedinečnosť spočíva v práve na zachovanie alebo zvyšovanie kvality jeho života,
- nepriamo pôsobí na budovanie a posilňovanie dobrého mena poskytovateľa sociálnej služby, pretože kreovanie kolektívu smerom ku klientovi je pozitívne prenášané samotnými klientmi i rodinnými príslušníkmi klientov,

- supervízia môže znižovať migráciu personálu ako výsledok tvorby pozitívneho pracovného prostredia, ktoré je v súčasnosti vysoko cenené pracovníkmi. Tí sú v záujme udržania si pozitívnej pracovnej klímy často ochotní pracovať i za menší plat,
- pomáha personálu stotožniť sa s cieľmi organizácie, pretože supervidovaní sú i vedúci pracovníci, ktorí pod supervíziou dokážu často meniť i svoje riadiace prístupy, pochopiť personál, transparentnejšie a ohľadupľnejšie riadiť, čím dokážu jasnejšie definovať ciele organizácie, ktoré majú smerovať ku klientovi a dobrému pracovnému prostrediu (Roman, 2014).

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

Zákon o sociálnych službách č.448/2008 Z.z. určuje od januára 2009 povinnosť poskytovateľom sociálnych služieb „realizovať program supervízie“. V praxi sa stretávame s ignorovaním, respektíve minimalizovaním tejto zákonnej požiadavky. Dôvodom môže byť šetrenie finančných zdrojov, ale pravdepodobne vo väčšej miere obavy manažmentu personálneho charakteru a nepoznanie metód supervízie a jej zásadného významu pre skvalitňovanie sociálnych služieb.

Ďalšie vzdelávanie a kvalifikácia v sociálnych službách

Profesijný rozvoj v zariadeniach sociálnych služieb má inštitucionalizovaný legislatívny rámec, ale tak isto reálne problémy jeho realizácie. Rámec môže určovať legislatívna norma, ale pre špecifické potreby vzdelávania odborných pracovníkov sociálnych služieb nie je definovaná v potrebnej miere.

Tímy odborných pracovníkov v zariadeniach sociálnych služieb majú multidisciplinárny charakter. Logicky to ovplyvňuje aj rámec ďalšieho vzdelávania, určený pravidlami rôznych odvetví ako je zdravotníctvo, školstvo či sociálna práca. Legislatívny rámec daného odvetvia sa pritom vzťahuje na odborných zamestnancov v pôsobnosti aj iných rezortov. Takto zdravotné sestry v ZSS získavajú kredity, riadia sa legislatívou vydanou ministerstvom zdravotníctva, vychovávatelia či špeciálni pedagógovia majú kreditný systém a legislatívu ministerstva školstva, napr. zákon o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch. Profesijný rozvoj definuje ako „*proces prehlbovania, zdokonaľovania a rozširovania kvalifikácie profesijných kompetencií v súlade s najnovšími vedeckými poznatkami, spoločenskými potrebami a požiadavkami na výkon odbornej činnosti*“. Taktiež definuje, že „*Profesijné kompetencie sú preukázateľné spôsobilosti potrebné na kvalifikovaný výkon odbornej činnosti*“.

Odborným pracovníkom dávajú odvetvové legislatívne rámce právo na ďalšie vzdelávanie a profesijný rozvoj ale aj *povinnosť* udržiavať a rozvíjať svoje profesijné kompetencie prostredníctvom ďalšieho vzdelávania. Podobne rozpracovaný systém vzdelávania na báze získavania potrebného počtu kreditov má aj zdravotníctvo. Takto rozpracovaný legislatívny rámec v oblasti profesijného rastu slovenské ministerstvo práce nemá.

Obmedzuje sa len na §84 zákona o sociálnych službách, ktoré definujú ďalšie vzdelávanie v odvetví sociálnych služieb ako „*prehľbovanie kvalifikácie odborných zamestnancov, pričom cieľom ďalšieho vzdelávania je priebežné udržiavanie, zdokonaľovanie dopĺňanie*“.

požadovaných vedomostí a schopností potrebných na vykonávanie pracovných činností“. O práve na ďalšie vzdelávanie ani jeho povinnosti pri profesijnom rozvoji sa už nezmieňuje.

Problém povinnosti profesijného rastu neustálym celoživotným vzdelávaním pracovníkov sociálnych profesií v sociálnych službách, teda najmä sociálnych pracovníkov a opatrovateľov, vidím v troch rovinách.

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

Slavoj Krupa uvádza, že *vzdelávanie je kľúčový nástroj* transformácie zariadení sociálnych služieb. Rada pre poradenstvo v sociálnej práci od roku 2000 postupne realizovala pilotné projekty transformácie zariadení sociálnych služieb, pri ktorých sa preukázal význam ďalšieho (celoživotného) vzdelávania sociálnych pracovníkov v zariadeniach sociálnych služieb. Pre pracovníkov v priamom kontakte s klientom v zariadeniach sociálnych služieb absentuje systematické odborné vzdelávanie zamerané na zmeny kvality služieb, humanizáciu, normalizáciu, transformáciu sociálnych služieb. Odborné vzdelávanie pracovníkov v domovoch sociálnych služieb ako nástroj pre realizáciu zmien a transformácie zariadení sociálnych služieb bol overený v projekte „Transformácia ZSS s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov“ (2005– 2007, EQUAL, ESF). Významným výsledkom projektu je poznatok, ktorý potvrdzuje *rozhodujúcu úlohu vzdelávania* v zariadeniach sociálnych služieb (Krupa, 2004).

Otázka celoživotného vzdelávania je aktuálna aj z dôvodu prijatých dokumentov v rámci štátov Európskej únie, a teda aj Slovenska. Vláda SR prijala v roku 2004 Koncepciu celoživotného vzdelávania v Slovenskej republike a v roku 2007 Návrh stratégie celoživotného vzdelávania a celoživotného poradenstva s cieľom dobudovať systém celoživotného vzdelávania. Dokumenty prijaté v Európskej únii sú napríklad Memorandum o celoživotnom vzdelávaní, prijaté v Bruseli v roku 2000 , ktoré je základným dokumentom pre rozvoj celoživotného vzdelávania v Európskej únii, Komunitárny program Európskej únie, významný je aj Bolognský proces, v rámci ktorého bolo v roku 2001 v Prahe prijaté komuniké, v ktorom výrazne rezonovala podpora aktivít v rámci celoživotného vzdelávania ale aj iné (Shavel, 2010).

V legislatívnom pláne MPSVaR SR na ďalšiu zmenu Zákona o sociálnych službách je okrem iného aj presnejšia špecifikácia ďalšieho (celoživotného) vzdelávania odborných pracovníkov sociálnych služieb (Lýdia Brichtová, Prešov, február 2014, seminár o novele Zákona o sociálnych službách).

V súčasnosti je v Zákone o sociálnej práci legislatívne riešené postavenie (len) sociálneho pracovníka, jeho kvalifikačný predpoklad, povinnosť tzv. sústavného vzdelávania a tiež sociálny pracovník ako samostatná profesia. V §4 odst. 2 sa uvádza, „počas výkonu sociálnej práce je súčasťou odbornej spôsobilosti na výkon sociálnej práce aj absolvovanie vzdelávania na udržiavanie, zdokonaľovanie a dopĺňanie vedomostí a zručností potrebných na výkon sociálnej práce (ďalej len „sústavné vzdelávanie v sociálnej práci“).

V rámci tejto časti práce si dovoľím malú asociáciu o duchovnosti ako skrytom aspekte

profesionality či firemnej kultúry. Duchovný prístup, duchovná dimenzia, aj keď navonok často ukrytá, je všadeprítomná ako terapeutická metóda. Pomáha sa vyrovnávať s ťažkými osudmi, s ktorými sa v praxi všetci stretávame, ovplyvňuje správanie v krízových situáciách. Determinuje nepísaný osobný predpoklad v pomáhajúcej profesii – lásku, akceptáciu a službu chorému. Chce sa mi tu parafrázovať podobenstvo o milosrdnom Samaritánovi na status odborného pracovníka, na nízku cenu práce, charitu a dobrovoľníctvo v súčasných sociálnych službách.

Náklady na kvalitu sociálnych služieb

Kvalita služieb, ktorá uspokojuje požiadavky klientov, tvorí spojené nádoby s efektívne vynaloženými nákladmi na službu. Riadenie a hodnotenie nákladov na kvalitu sociálnej služby je pre organizáciu nevyhnutným nástrojom dosahovania vysokej úrovne efektivity služby, zlepšovania jej kvality, postavenia a konkurencie schopnosti. Úlohou manažmentu je ukazovateľa kvality optimalizovať, zároveň aby efektívnosť vynaložených nákladov bola súčasťou komplexného systému riadenia.

Do oblasti sociálnych služieb patria aj otázky ich ekonomickej racionality a efektivity. Tokárová uvádza, že sociálne služby sú:

1. *z pohľadu klienta* významnou aktivitou, pretože pomáhajú zvládnuť mimoriadnu sociálnu situáciu, v ktorej sa ocitol,
2. *z pohľadu štátu (regiónu)* ekonomicky nákladnou aktivitou

Pri rozhodovaní o ich potrebe a rozsahu sa uplatňujú v štáte nielen humanisticko- sociálne kritériá, ale aj parciálne hospodárske záujmy. Ekonomické kritériá často rozhodujú o zriadení, či nezriadení určitej formy sociálnej služby. Ekonomická náročnosť poskytovaných služieb je natoľko závažnou otázkou, že formy a druhy sociálnych služieb, ktoré je štát (alebo región) povinný poskytovať na vlastné náklady, bývajú presne špecifikované v legislatívnych normách (Tokárová, 2007). Na Slovensku je touto normou Zákon č 448/2008 Z.z. o sociálnych službách.

Ekonomické teórie, ktoré definujú náklady organizácie ako finančne ocenenú spotrebu prevádzkových faktorov, včítane verejných výdavkov, ktorá je vyvolaná tvorbou výnosov, je možné aplikovať aj v sektore verejných služieb. Určité špecifiká sú obsiahnuté vo veľkej miere individualizácie sociálnej služby, kedy rast nákladov na službu pri obslužení rovnakej kapacity zariadenia nemusí znamenať zníženie alebo nízku efektívnosť, pričom platí i opačná závislosť. Odpoveď na otázky o účelnosti vynaložených zdrojov by mala dať analýza nákladov, ktorej význam rastie v konkurenčnom prostredí. Dopyt a úroveň cien za službu patria medzi vonkajšie faktory, organizáciou ťažko regulovateľné resp. neregulovateľné, dané napríklad regionálnou legislatívou, zatiaľ čo oblasť nákladov, výdavkov je ovplyvniteľná podstatne viac. Riadenie nákladov na kvalitu sa stáva dôležitým nástrojom vo všetkých systémoch každej organizácie, ktorým je aj systém riadenia kvality. Manažmentom kvality sa organizácia usiluje zabezpečiť si najlepšie kvalitatívne ukazovatele výsledkov.

Náklady na kvalitu sú súhrnom nákladov:

1. na tvorbu a dosiahnutie kvality,
2. na udržanie a zabezpečenie terajšej úrovne kvality,
3. na zvýšenie kvality v súlade so stratégiou kvality.

Ekonomika kvality dnes vyjadruje špičkovú schopnosť uspokojovať požiadavky zákazníkov z hľadiska kvality života, službami orientovanými na nepoškodzovanie životného prostredia z hľadiska zdrojov, procesov, produktov a ich likvidácie po ukončení životného cyklu príslušnej produkcie (Teplická, 2010). V tomto zmysle hovoríme aj o prepojení kvality a spoločenskej zodpovednosti. Náklady kvality môžu byť sledované z rôznych úrovní a pohľadov. Jedným z prístupov k hodnoteniu nákladov je aj model procesných nákladov. Tento model vychádza z britskej normy BS 6143 a svojou podstatou najlepšie vyhovuje potrebám systému manažérstva kvality. Proces tu predstavuje akúkoľvek činnosť v organizácii a náklady vznikajúce v priebehu procesu sa rozdeľujú do dvoch skupín, a to na náklady na zhodu a náklady na nezhodu. Náklady na zhodu predstavujú skutočné náklady vstupujúce do procesu a transformujúce sa na výstupy za predpokladu dodržiavania predpisov optimálne determinujúcich daný proces. Zastupujú minimálne náklady na realizovanie činností podľa požiadaviek. Podmienkou takto sledovaných nákladov je však existencia noriem spotreby času, materiálov, energií a iných vstupov (teda aj štandardov kvality) (Teplická, 2010). Tieto minimálne náklady pri ich výpočte zohľadňujúce ukazovatele tvorby, udržiavania a zvyšovania kvality, by mali byť základom financovania sociálnych služieb. Ich štrukturovanému výpočtu však dnes bráni existujúca legislatíva štátu aj regiónu PSK, ktorá vo veľkej miere tieto náklady paušalizuje (napr. VZN PSK č. 28).

Zoznam použitej literatúry

- DOWLING, M. 2012. *Anenpowering approach to measuring quality in social cares services in England*. London: University of London 2012. www.rhul.ac.uk
- DRAGANOVÁ, H. et al. 2006. *Sociálna starostlivosť*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2006. 196 s. ISBN 978-80-8063-240-3.
- DUDINSKÁ, E. BUDAJ, P. VITKO, Š. 2009. *Manažment v sociálnych službách*. Poprad: Vydavateľstvo Michala Vaška 2009. 256 s. ISBN 978-80-7165-756-9.
- HANOBIK, F. 2011. *Úvod do sociálnej politiky*. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2011. 164 s. ISBN 978-80-8132-019-4.
- HAVRDOVÁ, Z. a kol. 2010. *Hodnoty v prostredí sociálnych a zdravotných služieb*. Praha: Univerzita Karlova, 2010. 207 s. Dostupné na internete : http://toc.nkp.cz/NKC/201101/contens/nkc20102/51919_1.pdf. ISBN 978-80-873-980-67
- HEŘMANOVÁ, E. 2012. *Concepty, teorie a měření kvality života*. Praha : Slon, 2012. 239 s. ISBN 978-80-7419-100-60
- HUBER, M. 2006. *Social and Health Services of General Interest in the European Union*. General Assembly of the European Centre for Social welfare Policy and research. Vienna: 2006. dostupné na internete <http://www.kuluttajat-konsumenterna.fi/j-serv.kotisivut.com/files/COMStudy2Reduced.pdf>
- JANDOUREK, J. 2007. *Sociologický slovník*. 2. vyd. Praha : Portál, 2007. 288 s. ISBN 978-80-7367-269-0.
- KAČMÁROVÁ, M. 2013. *Teórie a nástroje urania subjektívne hodnotenej kvality života*. Prešov: FF Prešovskej univerzity, 2013. ISBN 978-80-5550-972-3
- KRUPA, S. 2011. *Transformácia domovov sociálnych služieb*. In Integrácia 1/2004 s. 5 – 6.. *Naučme sedieť výskumy v sociálnej práci*. Sociálna práca – sociálna práca. 1/2011
- KONEČNÝ, V. 2012. *Nástroje a metódy manažérstva kvality: návody a cvičenia z predmetu*

- manažérstvo kvality*. Žilina: el. kniha, 2012. 204 s. ISDN 978-80-8154-400-35
- LABÁTH, V. 2004. *Rezidenčná starostlivosť*. Bratislava : Občianske združenie Sociálna práca, 2004. 144 s. ISBN 80-89185-03-7
- LEVICKÁ, J. a kol. 2007. *Sociálna práca I*. Trnava : OLIVA, 2007. 168 s. ISBN 978-80-969454-2-9.
- MAJTÁN, M. a kol. 2008. *Manažment*. 4. vyd. Bratislava : SPRINT, 2008. 434 s. ISBN 978-80-89085-72-9.
- MALLEY, J. FERNÁNDEZ, J.L. 2010. *Measuring quality in social care services: theory and practice*. London: LSE ResearchOnline 2012. ISSN 1370-4788
- MALLEY, J. NETTEN, A. 2008. *Measuring and monitoring outputs in social care: the problem of measuring quality*. Dostupné na internete: <<http://ras.sagepub.com/content/74/4/535>>.
- MASÁROVÁ, T. ŽIVČICOVÁ, E. 2012. *Meranie kvality života*. Žilina: Georg, 2012, 204s. ISBN 978-80-815-400-35
- MALÍK HOLASOVÁ, V. 2014. *Kvalita v sociální práci a v sociálních službách*. Paha: Grada, 2014, 151 s. ISBN 978-80-2474-315-8
- MATEIDES, A. a kol. 2006 *Manažérstvo kvality. História, koncepty, metódy*. Bratislava: EPOS: 2006, ISBN 80-8057-656-4.
- MATOUŠEK, O. a kol. 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7637-002-X
- MATOUŠEK, O. 2007. *Sociální služby*. Praha : Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-3109.
- MATOUŠEK, O. 2008. *Slovník sociální práce*. Praha : Portál, 2008. 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
- MATOUŠEK, O. 2013. *Encyklopédie sociální práce*. Praha : Portál, 2013. 576 s. ISBN 978-80-262-0366-7.
- NIES, H. et al. (2010) Manažment kvality a zabezpečenie kvality v dlhodobej starostlivosti. Európska správa. In Brichtová, L. Repková, K. 2014 *Sociálne služby: zacielené na kvalitu*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2014, 275s. ISBN 978-80-7138-138-9
- PAULOVÁ, I. 2013, *Komplexné manažérstvo kvality*. Bratislava : Iuraedition, 2013, 160 s. ISBN 978-80-807-857-41
- ROMAN, T. 2014. Supervízia, efektívna stratégia kvality sociálnych služieb. In *Ekonomika a řízení zdravotních a sociálních služeb. Zborník příspěvků*. Praha: International ART CAMPUS Prague, 2014. ISBN 978-80-86877-70-9
- SHAVEL, M. 2010. *Vzdelávanie v sociálnej práci a perspektívy v ďalšom vzdelávaní sociálnych pracovníkov*. In *Sociálne služby v regióne. Zborník príspevkov*. Skalica : Občianske združenie ELISABETH. 149 s. ISBN 978-80-970567-0-4.
- SHAVEL, M. 2010. *Kvalita... In : Kvalita života osôb s mentálnym postihnutím v domovoch sociálnych služieb. Zborník príspevkov*. Prešov : Prešovská univerzita, 2010. 137 s. ISBN 978-80-555-026-01
- SOKOL, R. - TREFILOVÁ, V. 2008. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. 1. vyd. Praha : ASPI, 2008. 444 s. ISBN 978-80-7357-316-4.
- STRIEŽENEC, Š. 2001. *Úvod do sociálnej práce*. 2. vyd. Trnava : Tripsoft, 2001. 198 s. ISBN 80-968294-6-7.

- STRIEŽENEC, Š. 2006. *Teória a metodológia sociálnej práce*. 1. vyd. Trnava : Tripsoft, 2006. 296 s. ISBN 80-969390-4-1.
- SCHAVEL, M.; HUNYADIOVÁ, S.; KUZIŠIN, B. 2013 *Supervízia v sociálnej práci: Teória, prax a výskum*. Bratislava : Spoločnosť pre rozvoj sociálnej práce, 2013. ISBN 978 80-971445-0-0.
- TEPLICKÁ, K. ĎURKOVÁ, M. 2011. [cit. 5. 6. 2014]. *Management jakosti*. Dostupné na internete: <http://katedry.fmni.vsb.cz>
- TEPLICKÁ, K. 2010. *Význam nákladov v systéme riadenia kvality*. Dostupné na internete: <http://katedry.fmni.vsb.cz/639/qmag>
- TOKÁROVÁ, A. a kol. 2000. *Kapitoly zo sociálnej práce*. 2. vyd. Prešov : AKCENT PRINT, 2000. 72 s. ISBN 80- 968367-1-4.
- TOKÁROVÁ, A. a kol. 2007. *Sociálna práca*. 3. vyd. Prešov: AKCENT PRINT, 2007. 573 s. ISBN 978-80-969419-8-8
- TOMEŠ, I. 2010. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. 1. vyd. Praha : Portál, 2010. 440 s. ISBN 978-80-7367-680-3.
- ŽIAKOVÁ, E. 2005. *Psychosociálne aspekty sociálnej práce*. 2. vyd. Prešov : Akcent, 2005. 234 s. ISBN 80-969274-2-6.
- Všeobecná deklarácia ľudských práv prijatá a vyhlásená rezolúciou Valného zhromaždenia 217 A (III) z 10. decembra 1948.
- Všeobecné záväzné nariadenie Prešovského samosprávneho kraja č. 28/212.
- Zákon č. 195/1998 Z.z. o sociálnej pomoci /už neplatný/
- Zákon č. 488/2008 Z.z. Zákon o sociálnych službách a o zmene zákona č.455/1991 Zb. O živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov.
- Zákon č. 219/2014 Z.z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností oblastí sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Kontakt na autora

prof. PhDr. František Hanobik, PhD.,

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave - Ústavu sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča v Prešove

email: hanobikf@stonline.sk

PRINCÍPY DLHODOBEJ STAROSTLIVOSTI

Principles of long-term care

Hrindová, T.

Abstrakt

Služby dlhodobej starostlivosti majú poskytovať starostlivosť pacientom, ktorí sú z dôvodu dlhotrvajúceho ochorenia obmedzení v samoobslužných aktivitách, s cieľom maximálneho zabezpečenia kvality života týchto jedincov. Systémy poskytovaných služieb dlhodobej starostlivosti sú v jednotlivých štátoch rôzne, čo je však spoločné, je prepájanie zdravotno-sociálnych služieb a využívanie viacdrojového financovania. V príspevku približujeme problematiku dlhodobej starostlivosti a princípy očakávanej kvality týchto služieb.

Kľúčové slová: Dlhodobá starostlivosť. Zdravotné služby. Sociálne služby. Komunitné služby.

Summary

Long-term cares services are intended to provide care for patients who, due to long-term illness, are restricted in self-service activities in order to maximize the quality of life of these individuals. The system of long-term cares services are different in different countries, but the sharing of health and social services and the use of multi-source funding are common. In the paper, we approach the issue of long-term care and the principles of the expected quality of these services.

Key words: Long-term care. Health services. Social services. Community services.

Úvod

Dlhodobá starostlivosť je spektrum služieb, ktoré potrebujú ľudia s obmedzenou funkčnou kapacitou, spravidla fyzickou, alebo kognitívnou, ktorí sú v dôsledku toho závislí po pretrahovaní dobu na pomoc v základných aktivitách denného života. Tento komponent osobnej starostlivosti je spravidla poskytovaný v kombinácii so základnou zdravotníckou starostlivosťou, ako napr. ošetrovanie rán, manažment bolesti, medikácia, monitorovanie zdravotného stavu, ako aj s prevenciou, rehabilitáciou a službami paliatívnej starostlivosti. Služby dlhodobej starostlivosti môžu byť kombinované s menej kvalifikovanou starostlivosťou, ktorá sa týka pomoci v domácnosti alebo pomoci v inštrumentálnych aktivitách denného života (Holmerová a kol, 2014).

Dôvodom pre vytvorenie osobitného systému dlhodobej starostlivosti sú súčasné a prognózované zmeny v štruktúre obyvateľstva. Najvýraznejšou demografickou zmenou je starnutie populácie. Okrem starnutia populácie sa vážnym dôvodom stáva rastúce očakávanie verejnosti po lepšej kvalite služieb, ako aj zmena životného štýlu a štruktúry rodín, čo ovplyvňuje životné podmienky starých ľudí a rast dopytu po službách dlhodobej starostlivosti.

Úvod

V roku 2006 žilo na svete 650 miliónov ľudí starších ako 60 rokov, v roku 2025 ich bude dvakrát viac a v roku 2050 ich budú 2 milióny. Rýchly nárast staršej populácie má už dnes za následok zvyšujúci sa dopyt po službách dlhodobej starostlivosti. Okrem starnutia populácie sa vážnym dôvodom stáva aj zmena životného štýlu a štruktúry rodín, čo ovplyvňuje životné podmienky starých ľudí a rast dopytu po službách dlhodobej starostlivosti. Kapacita a kvalita služieb poskytovaných rezortom zdravotníctva a rezortom sociálnych vecí pre starších ľudí na Slovensku v súčasnom období nezodpovedá ich skutočným potrebám. Pre túto skupinu obyvateľstva chýbajú potrebné zdravotné a sociálne služby tak v domácej a v komunitnej starostlivosti, ako aj v ústavnej starostlivosti. Chýba cieľená koordinácia poskytovania zdravotnej starostlivosti a sociálnej pomoci, ktorá môže nadobudnúť až podobu integrácie oboch služieb. Integrácia potrebných služieb je organizačne, finančne aj ľudsky najefektívnejší prístup k osobám vyžadujúcim dlhodobú starostlivosť a podporu integrácie a osvedčila sa v ekonomicky vyspelých krajinách. Medzi kľúčové odpovede zdravotných systémov na riešenie problémov súvisiacich so starnutím populácie patrí: implementácia integrovaného modelu poskytovania zdravotnej starostlivosti – komunitne poskytovaná zdravotná starostlivosť založená na silnom postavení všeobecných lekárov, agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti, redukcii špecializovanej ambulantnej starostlivosti a akútnej lôžkovej starostlivosti, výrazné zvýšenie efektivity využitia existujúcich finančných zdrojov v zdravotníctve, výrazné zvýšenie produktivity práce najmä v nemocniciach, presun starostlivosti z akútnych nemocničných lôžok do ambulantnej zdravotnej starostlivosti, resp. domácej ošetrovateľskej starostlivosti, redukcia počtu akútnych lôžok v nemocniciach a skrátenie doby hospitalizácie v týchto nemocniciach, vytvorenie nákladovo efektívneho systému sociálno-zdravotných lôžok pre dlhodobo chorých, ktorých akútne zhoršenie chronického ochorenia nie je možné terapeuticky zvládnuť v domácom prostredí.

Podľa WHO je pre poskytovanie dlhodobej starostlivosti nevyhnutné poskytovanie zdravotných, sociálnych a osobných služieb na opakovanej alebo kontinuálnej báze osobám s chronickými telesnými alebo duševnými poruchami. Táto starostlivosť môže byť poskytovaná v inštitucionálnom prostredí alebo domácom prostredí danej osoby (Sedláková, 2010). Charakter zdravotníckeho systému je významným determinantom zdravia. Čím lepšie reaguje na potreby ľudí, tým vyprodukuje väčší potenciál zdravia. Koordinácia zdravotných a sociálnych služieb je dôležitá hlavne z dôvodov, že poskytovanie zdravotnej starostlivosti pacientom s chronickým ochorením je čím ďalej tým finančne náročnejšie. Efektívnosť zdravotníckych služieb vyžaduje, aby sa zdravotnícke systémy zamerali na prevenciu a liečbu akútnych ochorení. Hospitalizácie pacienta z dôvodu nedostatku sociálnych lôžok, domácej ošetrovateľskej a opatrovateľskej služby idú na úkor kvality a efektívnosti poskytovaných zdravotníckych služieb.

Klientom dlhodobej starostlivosti a podpory integrácie je osoba, ktorá má obmedzenú schopnosť alebo stratila schopnosť vykonávať nevyhnutné životné úkony, nevyhnutné práce v domácnosti a ďalšie sociálne a pracovné funkcie v dôsledku fyzickej, zmyslovej alebo duševnej funkčnej poruchy, ktorá je trvalá alebo je predpoklad, že bude trvať najmenej 6 mesiacov. Taktiež osoba, ktorá vyžaduje ošetrovateľskú a/alebo opatrovateľskú starostlivosť, poskytnutie pomôcky alebo vybavenie bytu pri vykonávaní nevyhnutných životných úkonov a nevyhnutných prác v domácnosti a/alebo vyžaduje poskytnutie

jednorazových či opakovaných peňažných príspevkov na kompenzáciu sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia pre svoju sociálnu a pracovnú integráciu. Možnosti zotrvania čo najdlhšie v domácom prostredí sú vyššie, ak je človek súčasťou väčšieho spoločenstva a to či už v rámci rodiny, alebo komunity. Ďalším dôležitým faktorom zotrvania v domácom prostredí je vybavenie domácnosti, tak aby mohol zotrvať doma aj v obdobiach zhoršenej sebestačnosti.

V Európe sa vyskytujú rôzne systémy dlhodobej starostlivosti. Môžu byť veľmi rozvinuté, integrované, nadväzujúce a relatívne dostatočne financované, ale aj systémy ktoré stále spoliehajú na tradičnú rolu rodiny a neformálnych opatrovateľov. V rámci slovenskej legislatívy neexistuje vymedzenie pojmov v súvislosti s dlhodobou starostlivosťou. Pre túto skupinu obyvateľstva chýbajú potrebné zdravotné a sociálne služby tak v domácej a v komunitnej starostlivosti, ako aj v ústavnej starostlivosti. Chýba cielená koordinácia poskytovania zdravotnej starostlivosti a sociálnej pomoci, ktorá môže nadobudnúť až podobu integrácie oboch služieb. Integrácia potrebných služieb je organizačne, finančne aj ľudsky najefektívnejší prístup k osobám vyžadujúcim dlhodobú starostlivosť a podporu integrácie a osvedčila sa v ekonomicky vyspelých krajinách. Zabezpečenie dlhodobej starostlivosti spadá do kompetencie jednotlivých európskych štátov. Európa prijíma určité odporúčenia k tomu, aby sa poskytovanie dlhodobej starostlivosti zlepšilo a aby bola považovaná za prioritu, ako tomu bolo doposiaľ. Okrem samotného poskytovania dlhodobej starostlivosti v očakávanej kvalite je tiež nevyhnutné, aby bola venovaná dostatočná pozornosť prevencii nadmernej potreby dlhodobej starostlivosti, teda prevencia zhoršenia zdravotného stavu a nesebestačnosti. Aby sa naplnili očakávania dlhodobej udržateľnosti dlhodobej starostlivosti, musí obsahovať faktory:

- Prevencia, podpora zdravia a rehabilitácia.
- Väčšiu efektívnosť v poskytovaní zdravotnej a sociálnej starostlivosti a taktiež dlhodobej starostlivosti.
- Podporu schopnosti starších ľudí, aby v situáciách zraniteľnosti žili čo najdlhšie samostatne a v čo najväčšej miere boli sebestační v starostlivosti o seba.

Pre skutočné zlepšenie kvality života starších občanov a občanov so zdravotným postihnutím je dôležitá dôsledná implementácia viacerých nových prvkov systému:

- Zachytenie budúceho klienta systému hneď v počiatočoch, uplatnenie sociálnych pracovníkov obcí, pozícia sociálnej sestry v zdravotníckych zariadeniach – obe pozície musia byť personálne posilnené),
- Vyvážené zastúpenie zdravotníckych a sociálnych pracovníkov v posudkových tímoch (vyššia potreba vzdelávania).
- Právo občana alebo jeho zástupcu na výber z možných alternatív podľa individuálnych potrieb.
- Celkovo vyšší objem financií vložených do systému, ktorý bude založený na princípe solidarity.
- Dôslednejšia kontrola kvality poskytovaných služieb a efektívneho využívania finančných prostriedkov ako doteraz. (Repková,2010).

Kvalita zdravotnej starostlivosti v poskytovaní dlhodobej starostlivosti je jednou z kľúčových dimenzií úrovne zdravia. Kvalita ošetrovateľskej starostlivosti sa stáva jedným z

kľúčových problémov v zdravotníckych systémoch vyspelých krajín. Potreba definovať kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti je prirodzeným dôsledkom profesionalizácie ošetrovateľstva. Kvalita je stupeň dokonalosti, respektíve priblíženie sa k ideálu. Dokonalosť a ideál sú subjektívne pojmy, preto je aj vnímanie kvality často subjektívne, t.j. ovplyvnené osobou hodnotiaceho (Sklenková, 2004). Ako uvádza Fabiánová (2017) v slovenských zariadeniach dlhodobej starostlivosti sú čoraz častejšie umiestnené osoby s významným rizikom zhoršenia zdravotného stavu - rizikovní seniori s ranami, dekubitmi, podvýživou, ohrození infekciou, rozvojom kontraktúr atď. Dôvodom je stúpajúci vek, demografický vývoj, pribúdanie seniorov vo fáze imobility, nesebestačnosti, s početnými vážnymi ochoreniami. Sériu prítomných chorôb, rizík v kombinácii s neschopnosťou nielen samostatne uspokojovať, ale často aj dožadovať sa uspokojovania najzákladnejších potrieb často prináša zhoršovanie zdravotného stavu. Stabilizácia a zlepšenie kvality života rizikových seniorov predpokladá realizáciu celého radu aktivít, v prvom rade k zvládnutiu akútnych, život ohrozujúcich rizík, liečby rán, zlepšenia stavu nutície. Tieto a mnohé ďalšie intervencie je potrebné denne plánovať, realizovať, hodnotiť ich efekt.

V súčasnosti v zariadeniach sociálnych služieb úroveň poskytovanej starostlivosti o zdravie nie je posudzovaná alebo kontrolovaná žiadnou externou inštitúciou. Dôležité aspekty starostlivosti o zdravie, napr. bezpečnosť spôsobu zabezpečenia liečiv, predchádzanie dekubitom a pádom, dehydratácii, liečba rán, podvýživy, úroveň zmieňovania utrpenia a bolesti sú otázkou uvedomelého prístupu vedenia a personálu zariadení. Nie sú definované štandardy, či kritériá pre kvalitnú dlhodobú starostlivosť. Pri súčasne postavenej legislatíve sa javí, akoby táto časť starostlivosti nebola vôbec podstatná pre ďalšiu kvalitu života chronicky chorého, zvlášť ak sa stal prijímateľom sociálnej služby, umiestneným v sociálnom zariadení. Z praktických skúseností našich pracovísk pritom vyplýva, že je to dôležitá a zložitá agenda, ktorá celkom určite zásadne ovplyvňuje kvalitu a dĺžku života týchto občanov. Žiaduca je realizácia koncepcie prepojenia sociálnej a zdravotnej starostlivosti, vytvorenie a naplnenie modelu organizovanej nepretržitej sesterskej starostlivosti ako nástroja kvality.

Záver

V systéme dlhodobej starostlivosti je aj z hľadiska efektivity a účelnosti vynaložených verejných finančných zdrojov prirodzená snaha posilňovať komunitné, terénne a neformálne služby, ktoré vedú často plnohodnotne zastúpiť nákladnejšiu inštitucionálnu starostlivosť. Na Slovensku je potenciál pre zníženie umiestňovania osôb odkázaných na dlhodobú starostlivosť do ústavných zariadení spojený s využívaním služieb, ktoré sa môžu poskytovať v domácom prostredí. Ako príklad uvádzame vývoj domácej opatrovateľskej služby v posledných rokoch, alebo poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti prostredníctvom ADOS. Záujem o poskytovanie sociálnych služieb alebo ošetrovateľskej starostlivosti v prirodzenom prostredí osoby, ak sú zabezpečené a dostupné, je vysoký a tento model aj potvrdzuje potrebu rozvíjania komunitných služieb. Vzhľadom na uvedené bude potrebné zefektívniť už v súčasnosti existujúce prepojenia sociálneho a zdravotného systému, resp. zvážiť aj prípadnú potrebu zriadenia nového typu zdravotno-sociálneho zariadenia.

Zoznam použitej literatúry

FABIANOVÁ, Z. 2017. Sestry v dlhodobej starostlivosti bojujme predovšetkým o život dostupné na internete: <http://www.ošetrovatelskecentrumhe.sk/blog/77-sestry-v-dlhodobej-starostlivosti-bojujme-predovsetkym-o-zivot-ad-forum-pre-profesionalov>)

HOLMEROVÁ, I. 2014. Dlhodobá péče. 1. vydanie. Praha. Grada Publishing a.s., ISBN 978-80-247-5439-0

REPKOVÁ A KOL. 2010 Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí na Slovensku a v Európe (1) ISBN 978-80-7138-130-3

SEDLÁKOVÁ D. 2010 Zdravotnícke systémy a dlhodobá starostlivosť o starších ľudí z pohľadu Svetovej zdravotníckej organizácie. In: Repková a kol, 2010 Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí na Slovensku a v Európe (1) ISBN 978-80-7138-130-3

SKLENKOVÁ, M. 2004. Kvalita poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti a jej hodnotenie. In. Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia. 2004, roč. II., č. 3, s. 8-9. ISSN 1336-183.

Kontakt na autora

PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.

email: hrindova.tatiana@gmail.com

SOCIÁLNE SLUŽBY POSKYTOVANÉ SENIOROM V MESTE MICHALOVCE

Social services for a senior citizens for the city of Michalovce

Hudáková, M.

Abstrakt

V príspevku sa venuje pozornosť seniorom trvale žijúcim v inštitucionálnych zariadeniach. Analyzuje a rozoberá, ako je poskytovaná sociálna služba seniorom konkrétneho zariadenia pre seniorov prostredníctvom práce sociálneho pracovníka v meste Michalovce.

Cieľom príspevku bolo monitorovať, analyzovať a zhodnotiť dôležitosť práce sociálneho pracovníka v zariadení pre seniorov.

KLúčové slová: Senior. Sociálny pracovník. Zariadenie pre seniorov. Pomáhajúce profesie.

Abstract

In this article attention is focused on elderly population living in a long term care facilities. Analysis and breaks down social services in particular facilities for seniors through work of a social workers in the City of Michalovce.

Goal of the article is to monitor, analyze and point out the importance of the social work in long term facilities for the seniors.

Key words: Senior. Elders people. Social worker. Community work. Day care.

Úvod

„Znaky ľudskej krehkosti, ktoré sa najzreteľnejšie prejavujú v starobe, sa stávajú volaním po vzájomnej závislosti a potrebnej solidarite, ktorá spája generácie medzi sebou. Každý človek potrebuje druhého a stáva sa bohatším vďaka darom a charizmám ostatných.“ sv. Ján Pavol II.

Neustále sa predlžujúca dĺžka života nás vyzýva k tomu, aby sme sa čím viac a dôslednejšie pripravovali na starobu a starnutie. Pokladá za celoživotnú úlohu prípravu a plánovanie života v dôchodku, tak ako sa počas života pripravujeme na povolanie. Vypelost' krajiny nám ponúka modernú medicínu, a tým aj možnosť dožiť sa vysokého veku.

Príspevok venuje pozornosť seniorom trvale žijúcim v inštitucionálnych zariadeniach. Analyzuje a rozoberá, ako je poskytovaná sociálna služba seniorom konkrétneho zariadenia pre seniorov v meste Michalovce prostredníctvom práce sociálneho pracovníka.

Cieľom je monitorovať, analyzovať a zhodnotiť dôležitosť práce sociálneho pracovníka v zariadení pre seniorov.

Príprava na starobu

Prípravu na starnutie môžeme zo všeobecného pohľadu vymedziť v troch rovinách. Prvá sa týka zdravotníckej prípravy, ktorá je zameraná na prevenciu a včasnú diagnostiku rizikových faktorov, ktoré majú za následok rôzne ochorenia. V tejto fáze sa doporučuje primeraná fyzická aktivita. Psychologická príprava čerpá z gerontopsychológie a zo zásad psychohygieny.

Dôrazom je pozitívne ovplyvňovanie psychických funkcií počas života, či už v rodinnom alebo spoločenskom živote, pri práci a zmysluplnom využívaní voľného času. Je dôležité pripraviť sa na zmenu spoločenskej roly a životného štýlu pri odchode do dôchodku. Sociálna príprava na starnutie znamená plynulý prechod z pracovného života do života odpočinku na dôchodku. Príprava by mala byť postupná, v závislosti od veku, vzdelania a zdravotného stavu.

Zmeny spôsobené odchodom do dôchodku (Křivohlavý, 2011)

PRED ODCHODOM DO DÔCHODKU	PO DOCHODE DO DÔCHODKU
Nedostatok voľného času	Prebytok voľného času
Deficit času pre seba	Dostatok času pre seba
Umenie fungovať	Umenie žiť
Neustále ponáhľanie sa	Uvoľnenie
Neprijemné vnútorné napätie	Príjemné vnútorné napätie
Prípútanie sa k zamestnaniu	Odpútanie sa od zamestnania
Ponorenie sa do práce	Ponorenie sa do seba
Realizovanie seba samého	Poznanie seba samého
Vonkajšie bohatstvo	Vnútorné bohatstvo
Duševné strádanie	Duševné napĺňanie
Rýchle plynutie času	Pomalšie plynutie času
Vnútorný nepokoj	Vnútorný pokoj
Strach „ako to dopadne“	Pokojné očakávanie

Služby sociálnej starostlivosti

V oblasti starostlivosti o seniorov sú poskytované zdravotné a sociálne služby na podporu zdravia a pohodu seniora, na prevenciu ochorení, posilňovanie sebestačnosti, na zabezpečenie základných životných potrieb. Primárnu zodpovednosť za dostupnosť služieb pre seniora má štát, kde služby sú poskytované na miestnej alebo regionálnej úrovni. Sociálne zdravotná starostlivosť je v našich podmienkach poskytovaná starším občanom republiky prostredníctvom dvoch rezortov: Ministerstvom zdravotníctva a Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny.

Zákon o sociálnych službách.

Zákon o sociálnych službách 448/2008 Z.z. upravuje právne vzťahy pri poskytovaní sociálnych služieb, financovanie sociálnych služieb a dohľad nad poskytovaním sociálnych služieb.

- Sociálna služba je odborná činnosť, obslužná činnosť alebo ďalšia činnosť alebo súbor týchto činností. Zameranie je na prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, riešenie nepriaznivej sociálnej situácie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, rodiny alebo komunity, zachovanie, obnova alebo rozvoj

schopnosti fyzickej osoby viesť samostatný život a podpora jej začlenenia do spoločnosti, zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby, riešenie krízovej sociálnej situácie fyzickej osoby a rodiny, prevencia sociálneho vylúčenia fyzickej osoby a rodiny.

- Zákon vymedzuje pojem nepriaznivá sociálna situácia ako ohrozenie fyzickej osoby sociálnym vylúčením alebo obmedzenie jej schopnosti sa spoločensky začleniť a samostatne riešiť svoju ťažkú životnú situáciu vzhľadom.

Sociálne služby a zariadenia sociálnej inštitucionálnej starostlivosti

Zariadenia inštitucionálnej starostlivosti ponúkajú služby, ktoré majú rôzne poslanie a ciele. Svojim klientom poskytujú pomoc, ochranu, liečbu. Takéto zariadenia majú pomáhajúci charakter. Delíme ich podľa toho, aké klientele sa venujú, podľa funkcie a právnej normy. Zariadenia, kde sú poskytované služby typológii klientov sociálnej práce, sú špecializované na určitú oblasť, zabezpečujú starostlivosť pre rovnocennú skupinu klientov. V minulosti bolo skôr podstatné rozlišovať osobitne sociálnu a zdravotnícku starostlivosť, ale v súčasnosti je nevyhnutné pre potreby seniorov tieto dve starostlivosti spolu prepojiť.

Zákon č. 448/2008 o sociálnych službách vymedzuje výlučne zariadenia zamerané a určené pre starostlivosť o seniorov.

Týmito zariadeniami sú:

zariadenie pre seniorov,
zariadenie opatrovateľskej služby,
denný stacionár,
špecializované zariadenie.

Opatrovateľská služba v meste Michalovce

Opatrovateľská služba je poskytovaná osobe, ktorá

- a) je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a jej stupeň odkázanosti je najmenej II podľa prílohy č. 3 zákona 448/2008 Z.z. o sociálnych službách,
- b) je odkázaná na pomoc pri úkonoch sebaobsluhy, úkonoch starostlivosti o svoju domácnosť a základných sociálnych aktivitách podľa prílohy č. 4 zákona 448/2008 Z.z. o sociálnych službách. Zariadenie pre seniorov v Michalovciach poskytuje tieto služby. Nachádza sa na ulici J. Hollého 9, Michalovce.

Sociálna služba sa poskytuje fyzickej osobe:

- a) ktorá dovŕšila dôchodkový vek a je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a jej stupeň odkázanosti je najmenej IV. podľa prílohy č. 3 zákona 448/2008 Z.z. o sociálnych službách,
- b) ktorá dovŕšila dôchodkový vek a poskytovanie sociálnej služby v tomto zariadení potrebuje z iných vážnych dôvodov.

Súčasťou sociálnej služby je:

- pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby
- sociálne poradenstvo
- sociálna rehabilitácia
- ošetrovateľská starostlivosť
- ubytovanie

- stravovanie
- upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva
- osobné vybavenie
- utvárajú podmienky na úschovu cenných vecí
- zabezpečuje záujmová činnosť.

Denné centrá v Michalovciach

Mesto Michalovce je zriaďovateľom 8 denných centier (DC):

DC 1:

Adresa: Ulica obrancov mieru 4, Michalovce

DC 2:

Adresa: Ulica Nad Laborcom 18, Michalovce

DC 3:

Adresa: Ulica obrancov mieru 4, Michalovce

DC 4:

Adresa: Ulica Zakarpatská 9, Michalovce

DC 5:

Adresa: Ulica Komenského 34, Michalovce

DC 6:

Adresa: Ulica J.Hollého 9, Michalovce

DC 7:

Adresa: Ulica okružná 3567, Michalovce

DC 8:

Adresa: Ulica A.Šándora 1 (bývalá MŠ Močarany), Michalovce

V dennom centre sa poskytuje sociálna služba počas dňa fyzickej osobe, ktorá dovŕšila dôchodkový vek, fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím alebo nepriaznivým zdravotným stavom a poskytuje sa:

- a) sociálne poradenstvo,
- b) zabezpečuje záujmová činnosť.

Odľahčovacia služba

Adresa: Mestský úrad Michalovce, Námestie osloboditeľov 30, Michalovce, 071 01.

Odľahčovacia služba je sociálna služba poskytovaná fyzickej osobe, ktorá opatruje fyzickú osobu s ťažkým zdravotným postihnutím podľa zákona 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia, a táto osoba nemôže vykonávať opatrovanie (nevyhnutný odpočinok na udržanie jej fyzického a duševného zdravia a prevencie jeho zhoršenia) a je poskytovaná

- a) v zariadení opatrovateľskej služby, Masarykova 21, Michalovce,
 - b) terénnou formou, prostredníctvom domácej opatrovateľskej služby.
- Čas poskytovania je najviac 30 kalendárnych dní v roku.

Záver

*„Keď je vaša púť až veľmi náročná pamätajte, že nie ste sami.“
sv. Ján Pavol II.*

Radostne prežívať jeseň života, dôstojne a múdro zostarnúť je do určitej miery v rukách samotných seniorov. V starobe dochádza k viacerým dôležitým zmenám, ku ktorým nepochybne patrí aj zmena životnej situácie. Starší človek si prehodnocuje svoj život, situácie, v ktorých sa ocitol a otázky života a jeho zmyslu sa dostávajú do popredia myslenia. Dať svojmu životu zmysel a vytrvať v hodnotových cieľoch je základným predpokladom na vyrovnanie sa so starobou. Na kvalitu života seniorov má veľký vplyv ich celkový prístup k starobe a čo najmenšie obmedzenie a zabránenie nástupu výrazných obmedzení. Naša spoločnosť, ktorá je v súčasnosti veľmi konzumná, preferuje najmä hodnoty ako sú úspech, výkon, efektívnosť, ktoré sú ale u starších ľudí už iné a je prirodzené, že im ubúdajú fyzické ale i psychické sily. Seniori sa dostávajú na perifériu užších záujmov spoločnosti a niekedy, žiaľ, aj vlastnej rodiny.

Zoznam použitej literatúry

ADAMUS, M. et al. 2010. Základy anesteziologie, intenzívni medicíny a léčby bolesti. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2010. 343 s. ISBN 978-80-244-2425-5.

FARKAŠOVÁ, D. et al. 2005. Ošetrovateľstvo - teória. Martin: Osveta, 2005. 215s. ISBN 80-8063-182-4.

POLEDNÍKOVÁ, Ľ. et al. 2006. Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo. Martin: Osveta, 2009. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.

Opatrovateľská služba v meste Michalovce, domáci servis 2017. Dostupné na: <http://www.michalovce.sk/article.html?p=2ae88502556c9689b5e8be6aa01bd670&m=a5838db708572f47f3ab952dfdd20896> [cit. 25.11.2017].

Denné centrá v meste Michalovce. Dostupné na: <http://www.michalovce.sk/list.html?s=&p=&m=d476652536c3baec14985bb15225ffd9&sm=d476652536c3baec14985bb15225ffd9> [cit. 28.11.2017].

Zákon č. 448/2008 Z. z. Zákon o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov. Novelizovaný 1.3.2017.

Kontaktná adresa:

Mgr. Mariana Hudáková- externý doktorand

email: marianahudakova@gmail.com

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave Palackého č. 1,
P.O. Box 104,810 00 Bratislava, doktorandské štúdium.

PERCEPCIA ZDRAVIA U SENIOROV V RÁMCI SOCIÁLNEHO ZARIADENIA

Hudáková A., Magurová D., Obročníková A., Majerníková L.

Abstrakt

Úvod: Seniori sú špecifickou skupinou z hľadiska percepcie zdravia a detekcie kvality života. Špecifiká seniorského veku, demografické ukazovatele spoločnosti a potreba špecifickej starostlivosti v ošetrovatelstve sú indikátory pre realizáciu uvedenej štúdie.

Cieľ: Cieľom nášho prieskumu bolo komparovať percepciu zdravia v súvislosti s kvalitou života u vybranej skupiny seniorov vo veku nad 65 rokov, žijúcich v sociálnych zariadeniach.

Metódy: V rámci metodiky bol použitý štandardizovaný dotazník WHOQOL-BREF od Dragomireckej, Bartoňovej (2006). Štatistickú významnosť rozdielov v percepcii kvality života a spokojnosti so zdravím sme sledovali pomocou t-testu pre dva nezávislé výbery. Vzťahy boli zisťované pomocou Pearsonovho korelačného koeficientu.

Výsledky: Štatistická významnosť sa potvrdila pri doméne fyzické zdravie ($p=0,027$). Fyzické zdravie výrazným spôsobom ovplyvňuje spokojnosť so zdravím. Zaujímavé sú diferenciácie vo vnímaní sociálneho prostredia vo vzťahu k percepcii svojho zdravia ($STD=1,40$). Dosiahnuté výsledky potvrdzujú štatistickú významnosť vo vzťahu kvality života a sociálneho prostredia ($p=0,026$) v sociálnych zariadeniach.

Záver: Zistenia možno uplatniť pri indikovaní špecifických foriem starostlivosti o seniorov žijúcich v sociálnych zariadeniach.

Kľúčová slová: Seniori. Domény WHOQOL-BREF. Kvalita života. Spokojnosť so zdravím.

Abstract

Introduction: Seniors are a specific group in terms of perception of health and detection of quality of life. Specifics of senior age, demographic indicators of the company and the need of specific care in nursing are indicators for the implementation of the study.

Aim: The purpose of our survey was to analyzing and comparing results of quality of life and rate satisfaction with health of seniors living in both social facility

Methods: Within the methodology was applying standardized questionnaire WHOQOL-BREF from Dragomirecká, Bartoňová (2006) for a selected group of seniors over the age of 65. The results were obtained in the form of a semi-structured interview. The statistical significance of differences in the perception of quality of life and health satisfaction was monitored in both groups by t-test for two independent selections

Results: Statistical significance has been confirmed in the domain of physical health ($p=0,027$). Physical health greatly affects health satisfaction.

Interesting differences are the perception of the social environment in relation to the perception of their health ($STD=1,40$). The results obtained confirm the statistical significance in terms of the quality of life and the social environment in social facilities

Conclusion: We can use the findings to indicate specific forms of care for seniors living in social facilities.

Key words: Seniors. Domains WHOQOL-BREF, Quality of life. Satisfaction with health

Úvod

Staroba a starnutie sú významnou etapou ontogenetického vývinu jednotlivca a predstavujú prirodzenú súčasť životného cyklu človeka, zároveň sú javom individuálnym a spoločenským (Balogová, 2009).

Demografický vývoj v súčasnosti je charakterizovaný starnutím populácie, čo vyžaduje nové stratégie a intervencie v ekonomickej sfére (starnúca pracovná sila, úbytok populácie v produktívnom veku, riziko neudržateľnosti verejných systémov, najmä systémov dôchodkového zabezpečenia a zdravotnej starostlivosti a iné). V rámci sociálnej oblasti sa vynárajú nové aspekty formovania štruktúry rodiny, nové nároky v oblasti sociálnej ochrany a dlhodobej starostlivosti, aktívne starnutie a kvalita života, nový prístup k migrácii (Németh a kol., 2011).

V oblasti ošetrovateľstva demografický vývoj upozorňuje na koncepciu dlhodobej starostlivosti, ktorá sa v rámci programového zamerania stáva prioritou verejného zdravotníctva, pregraduálneho aj postgraduálneho vzdelávania a komunitného plánovania obcí. Podmienkou nie je len dešektorializácia – zjednotenie sociálneho a zdravotného prístupu k zdravotne sociálnym klientom, ale aj vytvorenie uceleného a rozsiahleho súboru dostupných podporných aktivít a služieb zameraných na zlepšenie funkčných možností a kvality života vysoko nad rámec bazálneho zdravotne sociálneho zabezpečenia (Hudáková a kol., 2016). Dlhodobá starostlivosť má v podmienkach Slovenska prevažne kuratívny charakter. Absentuje systematická primárna prevencia v súvislosti s predchádzaním odkázanosti na pomoc inej osoby. Rovnako je badateľný nesúlad v kontinuite sociálnej a zdravotnej starostlivosti (Repková a kol., 2010).

Samozrejmosťou sa stáva, že na kvalitu života v seniorskej populácii vplyva veľké množstvo faktorov, medzi ktoré patria základné potreby, životné podmienky, sociálne prostredie, hodnotové orientácie, dostupnosť zdravotnej starostlivosti, záujmové činnosti a aktivity (Balogová, 2005). Sociálne indikátory, ktoré sa preferujú o osobných pocitoch, postojoch, názoroch, úsudkoch sú definované ako subjektívne indikátory (napríklad spokojnosť so zdravím) (Hrozenská, Dvořáčková, 2013). Kvalita života ovplyvňuje sociálne, zdravotnícke, ekonomické a environmentálne podmienky, týkajúce sa ľudského a spoločenského rozvoja. Subjektívne hodnotenie vlastného zdravia ovplyvňuje prítomnosť zdravotných problémov a ich intenzitu, ale aj faktory, akými sú psychická výbava jednotlivca, jeho skúsenosti, socio-kultúrne vplyvy prostredia a pod. Kalvach a kol. (2012) uvádza, že subjektívne hodnotenie a vnímanie vlastného zdravia významne ovplyvňuje spokojnosť a kvalitné prežívanie starnutia. V súvislosti so seniorskou populáciou Pokorná (2010) poukazuje na fakt, že zdravotný stav ovplyvňuje všetky oblasti života vo vyššom veku.

V seniorskom veku každý jedinec „podlieha“ involučným zmenám, ale aj osobitostiam seniorského veku, kde je percepcia ochorenia a jeho priebeh veľmi špecifické. Pridružené chronické ochorenia môžu rapídne urýchliť proces starnutia, znásobiť prejavy starnutia, zvýrazniť celkový úbytok fyzických síl a zvýšiť problémy pri vykonávaní každodenných činností. Zdravotný stav seniorov výrazne ovplyvňujú aj sociálne faktory.

Svetová zdravotnícka organizácia vytipovala niekoľko rizikových starých ľudí, medzi ktoré patria *veľmi staré osoby*, závislé na pomoci iných. Subjektívne hodnotenie ovplyvňuje prítomnosť zdravotných problémov a ich intenzitu, ale aj faktory ako je psychika jednotlivca, skúsenosti, socio-kultúrne vplyvy prostredia a pod. Subjektívne hodnotenie a vnímanie

vlastného zdravia významne ovplyvňuje spokojnosť a kvalitné prežívanie starnutia (Žumárová, 2012).

Zdravotný stav ovplyvňuje všetky hľadiská života vo vyššom veku. V starobe je človek vnímavejší k vzniku ochorení, ktoré následne ovplyvňujú jeho zdravotný stav podstatnejšie ako v mladom veku. Špecifikácie seniorského veku môžu výrazným spôsobom znásobiť prejavy starnutia, zvýrazniť celkový úbytok fyzických síl a zvýšiť problémy pri vykonávaní každodenných činností. (Pokorná, 2010).

Cieľ práce

Cieľom našej štúdie bolo analyzovať a porovnať výsledky kvality života a mieru spokojnosti so zdravím seniorov vo veku nad 65 rokov, žijúcich v sociálnom zariadení. Prostredníctvom štatistických metód sme skúmali, aký je vzťah medzi spokojnosťou so zdravím a kvalitou života u vybranej vzorky seniorov.

Súbor a metodika práce

Cieľovú skupinu tvorilo 60 respondentov, pričom dotazník sme distribuovali 30 seniorom v sociálnom zariadení Harmónia (Prešov, Cemjata) a 30 seniorom, žijúcim v sociálnom zariadení Náruč (Prešov). Vekové zloženie našich respondentov bolo v rozsahu od 65 rokov do 91 rokov, z hľadiska pohlavia dominovali ženy. Vzhľadom na špecifiká súboru sme administrovali dotazník prostredníctvom osobnej prítomnosti pri jeho vyplňaní, pričom sme rešpektovali osobitosti geriatrického veku.

V rámci metodiky sme použili štandardizovaný dotazník *WHOQOL-BREF* (jeho skrátenú verziu). Položky dotazníka sa zameriavajú na spokojnosť so svojim životom (fyzickým zdravím), na spokojnosť so svojou vlastnou osobou, na spokojnosť s prostredím, v ktorom jedinec žije a ktoré ho ovplyvňuje a na spokojnosť so sociálnymi vzťahmi (Dragomirecká, Bartoňová, 2006). Jednotlivé položky boli kódované podľa kategórií dotazníka – fyzické zdravie, psychické zdravie, sociálne zdravie, tiež podľa sledovaných oblastí – kvalita života a spokojnosť so zdravím. Pre účely vyhodnotenia údajov dotazníka sme použili štatistický program v rámci programu Microsoft Office Excel 2010. Údaje sme získali pomocou t-testu, Pearsonovho korelačného koeficientu.

Výsledky

V našej štúdii sme skúmali výsledky spokojnosti so zdravím ako indikátora kvality života u respondentov v sociálnom zariadení. Najčastejšie zdôrazňovaný aspekt kvality života je dobré zdravie. Zaujímavé je celkové hodnotenie štatistickej významnosti kvality života a spokojnosti so zdravím medzi seniormi v sociálnom zariadení. V rámci hodnotenia oboch skupín bola podstatnejším spôsobom hodnotená samotná kvalita života (priemer = 3,92) v porovnaní s hodnotením nami vybranej domény - spokojnosť so zdravím (tab. 1).

Tabuľka 1 Celkové hodnotenie sociálneho prostredia

	Kvalita života	Spokojnosť so zdravím
priemer	3,92	3,02
STD	0,89	0,85
Minimum	2,00	2,00
Maximum	5,00	4,00

Štatistickú významnosť rozdielov v kvalite života, spokojnosti so zdravím medzi skupinami v sociálnom zariadení sme sledovali t-testom pre dva nezávislé výbery. Ako je možné vidieť v tabuľke 2, v oboch monitorovaných oblastiach sme zistili štatisticky významné rozdiely v priemeroch odpovedí respondentov z oboch typov sociálneho zariadenia.

Tabuľka 2 Vzťah Pearsonovho korelačného koeficientu.

	priemer	SD	t	p
Kvalita života	3,60	1,00	-2,933	0,005
	4,23	0,63		
Spokojnosť so zdravím	3,33	0,84	3,072	0,003
	2,70	0,75		
Fyzické zdravie	17,60	2,39	-7,816	0,000
	22,13	2,10		
Psychické zdravie	18,20	2,14	-5,342	0,000
	21,27	2,30		
Sociálne podmienky	9,43	1,22	-2,195	0,032
	10,20	1,47		

V práci sme sledovali okrem iného vzťahy medzi uvádzanou kvalitou života, spokojnosťou so zdravím a štyrmi doménami: fyzické zdravie, psychické zdravie, sociálne podmienky, kde sa potvrdila pozitívna korelácia všetkých sledovaných oblastí a kvality života. Pozitívnu koreláciu domén sme jednoznačne zaznamenali v položkách: fyzické zdravie ($p=0,000$) a psychické zdravie ($p=0,000$). Vzťahy boli zisťované tiež pomocou Pearsonovho korelačného koeficientu. Pearsonov (korelačný) koeficient je miera intenzity lineárnej korelácie medzi dvoma náhodnými veličinami, ak sú merané na intervalovej škále.

V tabuľke 3 je uvedený korelačný koeficient (bol použitý Pearsonov korelačný koeficient, označený skratkou „r“). Všetky vzťahy medzi kvalitou života a štyrmi uvedenými doménami boli pozitívne, teda pri vyšších udávaných hodnotách v kvalite života boli uvádzané aj vyššie hodnoty v doménach. Vo všeobecnosti platí, že čím vyšší korelačný koeficient, tým silnejší vzťah. Ako však vyplýva z nízkych hodnôt korelačných koeficientov, tieto vzťahy sú veľmi slabé.

Tabuľka 3 Vyhodnotenie vzťahu kvality života, spokojnosti so zdravím a štyroch sledovaných doménach.

		Fyzické zdravie	Psychické zdravie	Sociálne podmienky
Kvalita života	r	0,241	0,302	0,288
	p	0,064	0,019	0,026
	N	60	60	60
Spokojnosť so zdravím	r	-0,285	-0,028	-0,111
	p	0,027	0,835	0,398
	N	60	60	60

To naopak neplatí pri vzťahoch spokojnosti so zdravím, ktorá štatisticky signifikantne súvisí len s fyzickým zdravím. Je to negatívny vzťah, teda pri vyšších uvádzaných hodnotách spokojnosti so zdravím boli zaznamenané nižšie hodnoty v doméne „fyzické zdravie“. Štatistická významnosť sa potvrdila pri fyzickom zdraví ($p = 0,027$), teda uvedená doména výrazne vplýva na spokojnosť so zdravím.

Dosiahnuté výsledky poukazujú na štatistickú významnosť ($p = 0,026$) vo vzťahu kvality života so sociálnymi podmienkami v oboch sociálnych zariadeniach, ale v závislosti od spokojnosti so zdravím sociálne zdravie nie je vnímané ako štatisticky významné ($p = 0,398$). Prieskumné výsledky potvrdzujú, že spokojnosť so zdravím nemá vplyv na sociálne podmienky u skúmanej vzorky. Vzťahy spokojnosti so zdravím s ostatnými doménami boli štatisticky málo významné.

Diskusia

Seniori, ktorí žijú v sociálnom zariadení, mali celkovo nižšiu kvalitu života (priemer = 3,6). Naše výsledky sme porovnávali s výsledkami Virgulovej, Schedovej (2013), ktoré dotazníkom WHOQOL-BREF zisťovali kvalitu života u seniorov, žijúcich v zariadení pre seniorov. Súbor tvorilo 183 seniorov s priemerným vekom 76,6 rokov. Zistili, že vekom klesá kvalita života a najsilnejším korelátom kvality života je subjektívne hodnotenie vlastného zdravia. Z ich výsledkov vyplýva, že spokojných so svojim zdravím bolo 38 % seniorov a nespokojných 22 % seniorov. Len 1 % zo skupiny seniorov odpovedalo možnosťou veľmi spokojný. Farský a Solárová (2010) tiež skúmali kvalitu života seniorov žijúcich v zariadení sociálnej starostlivosti s využitím štandardizovaného dotazníka WHOQOL-BREF na vzorke 40 seniorov v Topoľčanoch. Z toho bolo 20 žien (priemerný vek $75,7 \pm 4,9$) a 20 mužov ($74,7 \pm 5,6$ roka). Ak porovnáme naše výsledky s výsledkami výskumu Farského, Solárovej (2010), kde oblasť fyzického zdravia kvality života bola hodnotená u všetkých skúmaných seniorov (u mužov aj u žien na úrovni 11,7). Populačná norma pre danú vekovú skupinu je 12,1. Dosiahnutý priemer zaraďuje seniorov v ich súbore medzi 5 - 10% populácie s najnižšou kvalitou života vo fyzickej oblasti. Z výsledkov štúdie vyplýva, že najväčší problém predstavuje oblasť fyzického zdravia. V porovnaní s našimi výsledkami prieskumu môžeme konštatovať, že fyzické zdravie výrazne vplýva na spokojnosť so zdravím aj u našich respondentov ($p = 0,027$).

Sociálnym postavením, ekonomickým zabezpečením a zdravotným stavom seniorov je podmienená aj kvalita života, ktorá je vždy subjektívnym prežívaním svojho stavu. Pociť samostatnosti, schopnosti a možnosti rozhodovať o svojom osude je veľmi dôležitý pre psychickú rovnováhu a schopnosť adaptácie. Úspešnosť adaptácie je závislá od individuálnej a osobnej výbavy jedinca, ale taktiež aj od miery pomoci a podpory spoločnosti (Dirgová, 2009). Podľa Baškovej (2009) je v rámci prevencie v geriatrickej dôležitá optimalizácia funkčného stavu, kvality života seniora a jeho sociálnej reintegrácie. Komačeková (2010) upozorňuje na nevyhnutnosť aktivizácie a mobilizácie v starobe. Olišárová a kol. (2013) potvrdila vplyv veku na subjektívne hodnotenie kvality života, pričom tento vzťah môže byť do značnej miery ovplyvnený výskytom chronických ochorení a ich komplikácií, ktoré sa vo vyšších vekových kategóriách vyskytujú častejšie. Machalová (2011) tvrdí, že senior, ktorý je integrovaný v spoločnosti, sa prejavuje ako harmonická osobnosť.

Záver

V oblasti pohlavia a rozdielnosti well-beingu sa stretávame s výskumami, ktoré nezistili žiadny signifikantný rozdiel ani medzi pohlavím a mierou well-beingu (Hnilica, 2005; Kačmárová, 2007). Ide o ucelený koncept, ktorý pomáha charakterizovať oblasť somatickej a psychickej pohody, sociálnych vzťahov, somatických aspektov, spojených s ochorením a liečbou a v neposlednom rade aj so spiritualitou (Gurková, 2011). Babinčák, Kačmárová (2012) uvádzajú, že spokojnosť so životom sa používa odlišne i zameniteľne so subjektívnou pohodou. Je potrebné odlíšiť subjektívnu pohodu, ktorá obsahuje emocionálnu zložku, a taktiež rozlíšiť globálnu spokojnosť so životom ako celkom a spokojnosťou so špecifickými oblasťami života.

Zistené výsledky možno uplatniť pri indikovaní špecifických foriem v rámci starostlivosti o seniorov žijúcich v komunitných zdravotníckych a sociálnych zariadeniach.

Zoznam použitej literatúry

- BABINČÁK, P., KAČMÁROVÁ, M. 2012. *Sebahodnotenie ako prediktor subjektívnej kvality života*. In Jeleňová, I., Moravčíková, A., Herausová, H. (Eds.). Zborník z konferencie: Ľudský kapitál a spoločnosť. Fakulta verejnej správy UPJŠ: Košice, 2012, s. 6-11.
- BALOGOVÁ, B., 2005. *Seniori*. Martin. Akcent Print. 158 s. ISBN: 80-969-274-93.
- BALOGOVÁ, B.: 2009, *Seniori*, 3. Doplnené vydanie, Akcent print, Prešov, 2009, s. 47-48, ISBN 978-80-89295-18-0, EAN 9788089295180.
- BAŠKOVÁ, M. a kol. 2009. *Výchova k zdraviu*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2009. 226 s. ISBN 978-80-8063-320-2.
- DIRGOVÁ, E. 2009. *Nezamestnanosť – atribút kvality života*. In Kvalita života a zdravia. CDROM. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2009. 445 s. ISBN 978-80-89271-65-8.
- DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100. World Health Organization Quality of Life Assessment.. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- FARSKÝ, I., SOLÁROVÁ, M. 2010. Kvalita života seniorov v komunitnom zariadení. In *Profese on-line* [online], 2010, roč. 3, č.1, s. 30-41. [cit. 2013-01-20]. Dostupné na internete: <http://www.pouz.cz/data/File/Casopis-online-pdf/cislo1-10/farsky_tisk.pdf>.

- GURKOVÁ, E. 2011. Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada, 2011. 244 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- HNILICA, K. 2005. *Věk, pohlaví a kvalita života*. In Payne, J. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
- HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. 2013. Sociální péče o seniory. Praha: Grada, 2013. 192 s. ISBN: 978-80-247-4139-0.
- HUDÁKOVÁ, A. a kol., 2016. *Geriatrické syndrómy ako prediktory ošetrovateľstva v geriatrici*. Prešov: prešovská univerzita v Prešove, 192 s. ISBN 978-80-555-1749-0.
- KAČMÁROVÁ, M. 2007. Osobnost, manželský stav a subjektivní pohoda seniorů. *Československá psychologie*, 2007. roč. 51, č. 5, s. 530-541. ISSN 0009-062X.
- KALVACH, Z. a kol. 2012. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2012. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KOMAČEKOVÁ, D. 2010. Vliv sestry na proces stárnutí. In *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 6, s. 67-68. ISSN 1210-0404.
- MACHALOVÁ, M. 2011. *Psychosociálny tranzit v seniorskom veku a sociálna komunikácia (úlohy pre edukáciu)*. Międzynarodowa konferencja naukowa „SPOŁECZNY WYMIAR CHRZEŚCIJAŃSTWA WE WSPÓŁCZESNYM KONSUMPCYJNYM SPOŁECZEŃSTWIE“ 24 listopada 2011 w Wysowej. Gorlice. 2011. Dostupné [online]. [cit. 2017/05/03] <www.okpelpis.pl/download,attachment,1766,1768,book.html>.
- NÉMETH, F. a kol. 2011. *Komplexné geriatrické hodnotenie a ošetrovanie seniorov*. Prešov. PU FZO, 2011. 216 s. ISBN 978-80-555-0381-3.
- OLIŠAROVÁ, V., DOLÁK, F., TÓTHOVÁ, V. 2013. Kvalita života jako součást ošetrovatelství. *Kontakt*: roč. XV, č. 1, s. 14–21. ISSN 1212-4117 (Print).
- POKORNÁ, A. 2010. *Komunikace se seniory*, Praha: Grada, 2010, 158 s. ISBN 978-80-2473-271-8.
- REPKOVÁ, K., BEDNÁRIK, R., BRICHTOVÁ, I., SEDLÁKOVÁ, D. 2010. *Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí na Slovensku a v Európe (I)*. Neformálna starostlivosť. Kvalita. Bratislava: IVPR (Inštitút pre výskum práce a rodiny). 2010. 324 s. ISBN: 978-80-7138-130-3
- VIRGULOVÁ, J., SCHEDOVÁ, D. 2011. Kvalita života seniorov z pohľadu miery nezávislosti. *Profese on-line* [online], 2013, roč. 6, č. 1, s.35-39. [cit. 2017-06-22]. Dostupné na internete: <<https://profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2013/01/07.pdf>>.
- ŽUMÁROVÁ, M: *Subjektivní pohoda a kvalita života senioru*. 1. vyd. Akcent print, Prešov, 2012, s. 40-41, ISBN 978-80-89295-43-2, EAN 9788089295432.

Kontakt na autora

PhDr. Anna Hudáková, PhD.

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov.

Partizánska, 1

080 01 Prešov

email: anna.hudakova@unipo.sk

KILT – MODEL KOMUNITNEJ STAROSTLIVOSTI S PREPÁJANÍM SOCIÁLNYCH SLUŽIEB A ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

KILT - of community statistics with social services and health care

Hunyadiová S.

Abstrakt

Úvod: Lingvistické a kultúrne nástroje pre iné začatie sprevádzania v zdravotnej a sociálnej práci. Východiskový rámec projektu KILT

- profesionáli zo zdravotno – sociálneho sektora zažívajú ťažkosti z pohľadu osobného vzťahu, ktorý musia založiť, etablovať a prežívať s osobami tvoriacimi objekt ich sprevádzania,
- tento vzťah by mal byť čo najefektívnejší ale zároveň ľudský, rešpektujúci vnútorné sociokultúrne charaktery ľudí, s ktorými sa profesionál stretáva a ktorých sprevádza,
- sprevádzané osoby často, respektíve vo väčšine prípadov zažívajú určitú traumatickú situáciu s ohľadom na ich fyziologický, psychologický a sociálny stav.

Jadro práce: Model KILT je výsledkom spolupráce pre vzdelávanie pomáhajúcich profesionálov vzájomného pôsobenia sociálnych, zdravotných, ekonomických a environmentálnych podmienok, týkajúcich sa ľudského a spoločenského rozvoja v prospech sociálnych služieb a zdravotníckej starostlivosti. Predstavuje objektívne podmienky na dobrý život a na strane druhej subjektívne prežívanie dobrého života. Obsahom vzdelávacieho modulu KILT, ktorý má sedem modulov, v každom sú minimálne dve sekvencie. Cieľ je zameraný na kľúčové faktory antropologického a sociologického pochopenia, vedomia, že každý kraj má svoje miesto v živote človeka, je dôležité aby pomáhajúci profesionál v komunite mal jasný postoj ako subjekt vstupujúci do sociálnych a zdravotníckych vzťahov. Jednotlivé sekvencie vychádzajú z metódy pozorovania, ktorá je kvalitatívnou metódou prameniaca z tradičného etnografického výskumu. Pozorovanie je dôležité z hľadiska začlenenia sa do komunity, aby sa dosiahlo dôkladné poznanie skutočností, ktoré nemožno dosiahnuť prostredníctvom literatúry alebo inej metódy, pomocou ktorej je informácia získaná z tzv. druhej ruky. Komunikácia s inou osobou a psychológia vzťahu. Predsudky, sebaúcta a pocit nadradenosti. Zohľadnenie osobnej trajektórie, pretože teórie o predsudkoch naznačujú, že jednotlivci si musia uvedomiť svoje presvedčenie a postoje, aby mohli rozvíjať rovnostárske správanie a povedomie o vlastných predsudkoch a diskriminačných správaniach. Modely sú vzájomne prepájané a nadväzujúce, s možnosťou aj samostatného využitia.

Záver: Vzdelávanie KILT charakterizuje dynamika zmeny osoby, ktorá predovšetkým prechádza súborom sekvencií osobno profesnej experimentácie; teoretické vstupy sú považované skôr ako doplnkové elementy, ktoré slúžia ako podpora pre experimentáciu (a nie naopak). Ide o vzdelávanie ktoré mieri k zmene, adaptácii a neustálej pozornosti k vlastnej identite a k identite sprevádzanej osoby (alebo komunity).

Kľúčové slová: KILT. Nástroje. Moduly. Sekvencia. Motivácia.

Abstract

Introduction: Linguistic and cultural tools for starting a new approach to health and social work. The baseline of the KILT project

- Professionals from the health and social sector are experiencing difficulties in terms of personal relationships, which they must establish, establish and live with the persons who form the object of their accompanying,
- this relationship should be as effective as possible but at the same time human, respecting the inner socio-cultural characteristics of people with whom the professional meets and accompanies,
- The accompanying person frequently or, in most cases, experiences a certain traumatic situation with regard to their physiological, psychological and social condition.

Core of work: The KILT model is the result of collaborating to educate assisting professionals to interact social, health, economic and environmental conditions relating to human and social development for the benefit of social services and health care. It represents objective conditions for a good life and, on the other, a subjective survival of good life. The KILT learning module, which has seven modules, has at least two sequences in each. The goal is focused on the key factors of anthropological and sociological understanding, knowing that each region has its place in human life, it is important that a helping professional in the community has a clear attitude as a subject enrolling in social and health relationships. The individual sequences are based on the observation method, which is a qualitative method stemming from traditional ethnographic research. Observation is important for inclusion in the community in order to obtain a thorough knowledge of facts that can not be achieved through literature or other methods by which information is obtained from the so- second hand. Communication with another person and relationship psychology. Prejudice, self-esteem and superiority. Taking into account the personal trajectory, because the theory of prejudices suggests that individuals need to be aware of their convictions and attitudes so that they can develop egalitarian behavior and awareness of their own prejudices and discriminatory behaviors. The models are interconnected and invasive, with the possibility of separate use.

Conclusion: KILT education characterizes the dynamics of change of the person who, in particular, passes through a set of personal professional experiments; the theoretical inputs are considered as complementary elements that serve as support for experimentation (and not vice versa). It is education that seeks to change, adapt and constantly focus on one's own identity and the identity of the accompanying person (or community).

Keywords: KILT. Tools. Modules. Sequence. Motivation.

Úvod

Lingvistické a kultúrne nástroje pre iné začatie sprevádzania v zdravotnej a sociálnej práci. Proces zdravotno-sociálnej starostlivosti je zameraný na individuálny prístup k pacientovi/klientovi a jeho rodine:

- prispieva ku skráteniu doby hospitalizácie a znižuje riziko rehospitalizácie,
- motivuje klientov/pacientov k riešeniu vlastných problémov,

- napomáha k zabezpečovaniu jeho biologických, psychologických, sociálnych a spirituálnych potrieb,
- napomáha účelnému využitiu materiálnych a finančných prostriedkov sociálnych služieb a prispieva k prevencii patologických sociálnych javov.

Sociálna práca v zdravotníctve je medicínsky orientovaná sociálna práca. Zaoberá sa všetkými aspektmi pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientom v nemocnici alebo v domácom prostredí klienta. Je najstaršou súčasťou sociálnej práce a zameriava sa na prácu s chorými a členmi ich rodín. Taktiež sa upriamuje na problémy, ktoré sa spájajú: - so zhoršujúcim sa životným prostredím, - na vplyv stresu v oblasti psychického zdravia, - na neprimerané zaťaženie spojené s niektorými rizikovými povolaniami alebo - prácu, ktorá sa realizuje v život ohrozujúcom prostredí.

Systém zdravotnej starostlivosti:

- riadiace organizácie (MZ SR),
- poskytovatelia zdravotnej starostlivosti,
- výrobcovia a zásobovacie organizácie ZS,
- organizácie zabezpečujúce financovanie ZS.

Úlohy MZ SR:

- oblasť štátnej zdravotnej politiky,
- oblasť obrany štátu integrovaného záchranného systému,
- oblasť medzinárodnej spolupráce a integrácie do EU,
- koordinácia poskytovania zdravotnej starostlivosti,
- oblasť zdravotnej starostlivosti,
- oblasť kontroly a posudzovania kvality,
- oblasť ochrany a podpory zdravia,
- oblasť vzdelávania, vedy a výskumu,
- oblasť monitorovania zdravotného stavu obyvateľstva.

Systém sociálnej starostlivosti

- Riadiace orgány ministerstva a ústredia
- Verejní a neverejní poskytovatelia sociálnych služieb
- Organizácie zabezpečujúce financovanie a riadenie – samospráva, občianske združenia, neziskové organizácie, cirkev.

Úlohy MPSVaR SR

- modernizovať legislatívu v oblasti práce s cieľom zvyšovať zamestnanosť . V rámci snahy vytvoriť vyvážený pracovný trh pritom rovnako dbá na ochranu zamestnancov a na požiadavky zamestnávateľov.
- zabezpečuje systém sociálnej podpory tak, aby bol spravodlivý a ekonomicky udržateľný. Jeho úlohou je účinne bojovať proti chudobe a obmedziť závislosť na sociálnych dávkach .
- zaistiť pokojnú budúcnosť pre všetkých. Rezort tvorí legislatívu v oblasti sociálneho poistenia a dôchodkov tak, aby ochránilo veľkú časť obyvateľstva pred rizikami v živote a zároveň zabezpečilo spravodlivé prerozdelenie dôchodkov v národnom hospodárstve.

Výkon miestnej štátnej správy a samosprávy na úseku zdravotníctva - Lekár a sestra

samosprávneho kraja: - zabezpečujú úlohy MZ, - spolupracujú s orgánmi štátnej správy, - spolupracujú s príslušnými stavovskými organizáciami (komorami), - organizujú lekársku službu I. pomoci. Posudkový lekár posudzuje odkázanosť na sociálnu službu.

Čím je človek zdravší a vzdelanejší, tým väčšie má predpoklady na dosiahnutie vyššej kvality svojho života, ale súčasne rast kvality života spôsobený rastom ekonomiky a vzdelanosti je spojený so zlepšovaním zdravotného stavu jedinca a zároveň i spoločnosti.

Úlohy spoločnosti (štátu) - zabezpečiť odstraňovanie všetkých rizík poškodenia zdravia; - vytvárať základné podmienky a predpoklady pre zdravý spôsob života; 9 - zvyšovanie úrovne zdravotnej starostlivosti; - prijíma ďalšie úlohy: sociálne, ekonomické, politické
Životný štýl a osobné správanie sa jednotlivca ovplyvňuje zdravotný stav jednotlivca v 50 %, úroveň zdravotníctva (systém zdravotnej starostlivosti a poskytovatelia zdravotníckych služieb) 10 %, genetické danosti 20 %, a prostredie 20 %.

Reforma zdravotníctva

1. Zlepšovať zdravotný stav obyvateľstva za primerané náklady, zvyšovanie kvality zdravotného stavu a znižovanie zdravotných rozdielov medzi jednotlivými porovnateľnými vekovými skupinami.
2. Zvyšovať spokojnosť pacientov so zdravotnými službami pri rešpektovaní požiadavky na zachovanie jeho dôstojnosti.
3. Zaručiť finančnú ochranu občanov, aby občania v prípade vyhľadávania zdravotnej starostlivosti nemuseli čeliť katastrofickým finančným nákladom.

Sociálna práca vykonávaná prostredníctvom sociálnej služby je „Činnosť, ktorá je poskytovaná ľuďom v nepriaznivej sociálnej situácii, podpora pri sociálnom začleňovaní a ochrane pred sociálnym vylúčením s cieľom umožniť im zapojenie do bežného života spoločnosti a využívať obvyklým spôsobom iných systémov (napr. bývanie, školstvo, zdravotníctvo, služby zamestnanosti atď.)“.

Sociálna služba je verejná služba zameraná na

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

Cieľom sociálno zdravotníckej práce je schopnosť nastoliť silný, zdravý a vyrovnaný profesionálny vzťah so sprevádzanou osobou, ktorý zohľadňuje kultúrne, lingvistické identity, vyhodnocuje komplexné situácie riešenia a poskytovania potrebnej starostlivosti nevyhnutnej pre ľudskú dôstojnosť a kvalitu života človeka so spracovaním metodológií sprevádzania v sociálnej intervencii.

Východiskový rámec projektu KILT

Profesionáli zo zdravotno – sociálneho sektora zažívajú ťažkosti z pohľadu osobného vzťahu, ktorý musia založiť, etablovať a prežívať s osobami tvoriacimi objekt ich sprevádzania. Tento vzťah by mal byť čo najefektívnejší ale zároveň ľudský, rešpektujúci vnútorné sociokultúrne charaktery ľudí, s ktorými sa profesionál stretáva a ktorých sprevádza. Sprevádzané osoby často, respektíve vo väčšine prípadov zažívajú určitú traumatickú situáciu s ohľadom na ich fyziologický, psychologický a sociálny stav.

Schopnosť nastoliť silný, zdravý a vyrovnaný vzťah so sprevádzanou osobou je prvou základnou zručnosťou, ktorú musí profesionál implementovať. Ide o posilnenie zohľadnenia kultúrnych a lingvistických identít ako aj komplexných situácií, pri spracovaní metodológií sprevádzania v sociálnej intervencii.

Metóda pozorovania, ktorú KILT využíva je kvalitatívnou metódou prameniaca z tradičného etnografického výskumu. Pozorovanie je dôležité z hľadiska začlenenia sa do komunity, aby sa dosiahlo dôkladné poznanie skutočností, ktoré nemožno dosiahnuť prostredníctvom literatúry alebo inej metódy, pomocou ktorej je informácia získaná z tzv. druhej ruky. Pozorovaním človek získava taký pohľad do ľudských životov a tradícií, ktorý by nebolo možné dosiahnuť, ak by sa človek iných len pýtal. Pozorovaním sa nám odhalí určitý kontext, načrtnú interpersonálne vzťahy a samotná účasť pozorovaného na dianí v komunite. Rola pozorovateľa je tiež dôležitá na to, aby sa rozpoznal rozdiel medzi tým, čo ľudia skutočne robia a čo tvrdia, že robia.

Dôraz je kladený na formatívne prvky, orientuje sa na subjekt i objekt, na praktické využitie v bežnom živote a pri práci pomáhajúceho profesionála. Reflektuje osobnosť jednotlivca, jeho individuálne potreby a zvláštnosti. Zmyslom je utváranie vlastných predstáv a názorov získaných na základe praktických životných spôsobilostí/zručností, 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 pracovníkom a klientom.

Špecifikom osobnostného a sociálneho rozvoja 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.

Zameranie

Rozvíjať emocionálnu (personálnu) inteligenciu a sociálno-emocionálne kompetencie sociálnych pracovníkov, špecializovaných poradcov a naučiť uplatňovať ich v rodinnom, partnerskom, manželskom a pracovnom živote.

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)(<http://kilt-project.eu/sk>).

Eminentný dôraz sa v KILT kladie 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.

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. Sociálno-psychologický pohľad na verbálnu a neverbálnu komunikáciu pomáha pri príprave dobrého vedenia rozhovoru využitím techník aktívneho počúvania, aktívnou účasťou a štrukturovanému rozhovoru(Herzberg, 1957).

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

Rozvíjaním tolerance v interpersonálnych vzťahoch v skupine počas KILT 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 myliť 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 na úrovni komunitnej starostlivosti s prepájaním sociálnej a zdravotnej stránky.

Odhadnúť emocionálny stav a spôsoby reagovania druhého človeka (jeho pocity, city, temperamentálne črty, spôsoby riešenia krízových situácií a i.) napomáhajú v komunikácii a predchádzaniu konfliktov. Vcítiť sa do położenia 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. „ Tým, že poznáme skupinu a v nej jednotlivcov, rešpektujeme ich problémy a vyťaženosť, pomáhame nielen sebe, ale aj účastníkom vzdelávacej akcie zhostovať sa úloh a nových poznatkov.“ (Semeš, M.: 2012 s. 32).

V supervízii je snaha o uvedenie 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 čŕt) a rozpoznať únikové, agresívne a asertívne prejavy správania a reagovania u iných osôb a sám byť schopný reagovať neagresívne aj v situácii záťaže, stresu, kríze pri práci s klientmi (Herzberg, 1957).

Snažiť sa 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.

KILT využíva osobné, aj odborné zdroje účastníkov, aktivitu a reakcie, ktoré môžu byť prínosom pre zvyšovanie kvality práce pracovníka.

Používané modely a sekvencie nachádzajú svoje uplatnenie aj v rozvoji ľudských zdrojov a pri reflexii pracovných postupov a vzťahov medzi pracovníkmi aj v oblastiach, kde sa doposiaľ neuplatňovali.

Edukačný proces vzdelávania projektom KILT

1. Učebný plán vzdelávania v osobnostnom rozvoji prostredníctvom supervízie

Bio – psycho – sociálne – spirituálne a lingvistické východiská

/Prezenčne 8 hod./

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. Čínom nazývame v supervízii aj tie činnosti, ktoré človek vykonáva ako vedomý a slobodný subjekt, tvorca hodnoty. Iba v číne 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 najlepší záujem
Investovať v dlhodobom horizonte do sebarozvoja

Názov čiastkovej témy	Počet hodín	Teória	Prax
Úvod do problematiky, pravidiel 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

Učebné 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 nadväzujú 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. „ Vzdelávanie je zároveň aj prostriedkom sociálneho ovplyvňovania jedincov, ich sociálneho učenia – socializácie.“ (Semeš, M.: 2012, s. 30) 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 postojov 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 1 hodina/

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 sebaapresadenia 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.

Záver

Hlavný zámer projektu KILT vychádza z potrieb ako doplnenie aktuálneho obsahu rôznych, v európskych krajinách už zavedených, vzdelávacích kurzoch a programoch zameraných na zdravotnú a sociálnu prácu o špecifické vzdelávacie moduly a adaptované pedagogické nástroje zamerané na rozvíjanie a posilňovanie spôsobilostí a schopností zdravotných a sociálnych povolání, pre skonštruovanie VZŤAHU S DRUHÝM, integrujúceho kultúrne a lingvistické špecifiká používateľa alebo príjemcu.

Účely projektu KILT

POSILNIŤ schopnosť brať do úvahy kultúrnu identitu a komplexnú situáciu sprevádzanej osoby/pacienta pri vypracovaní metodológií sprevádzania v sociálnej intervencii, opierajúc sa predovšetkým o „integrováný prístup sociálnej akcie“

PODPORIŤ spojenie a výstavbu sociálnych a profesných väzieb medzi zraniteľnou osobou a interventom sociálnej akcie povereným jej každodenným sprevádzaním.

UĽAHČIŤ, trvalo udržateľným spôsobom, vykonávanie povolania profesionálov zo zdravotného a sociálneho sektora v rámci špecifických lokálnych území a/alebo v prostrediach s multikultúrnym kontextom.

INFORMOVAŤ A VYBAVIŤ NÁSTROJMI školy, centrá vzdelávania a univerzity, ktoré operujú v tejto oblasti tak, aby integrovali tieto nové koncepty a pedagogické metódy v ich vzdelávacích kurzoch

ROZVÍJAŤ KOMUNIKÁCIU smerom ku skupine aktérov a inštitúcií pôsobiacich v danej oblasti

INICIOVAŤ ŠTRUKTURÁCIU EURÓPSKEJ SIETE PROFESNÝCH AKTÉROV s cieľom podpory plného osvojenia nových schopností a zručností.

Zoznam použitej literatúry

HERZBERG, F., MAUSNER, B., PETERSON, R., CAPWELL, D. 1957. Job Attitudes: Review of Research and Opinion. Pittsburgh: Psychological Service of Pittsburgh. Human Development Report[online], [cit. 3.4.2007]. Dostupné z:< <http://hdr.undp.org/>> Instrumenty pro měření kvality života [online], [cit. 3.4.2007]. Dostupné z:< <http://www.proqolid.org/>>

SCHERPNER M. a kol. 1999. Sprevádzanie a praxi (Vedenie), poradenstvo a učenie: Princípy sociálnej práce. Dolný Kubín, ISBN 80-88803-28-4

SEMEŠ, M.: Prevencia z pohľadu pedagóga. In: Zbrane a prevencia psychosociálneho zlyhania z pohľadu pomáhajúcich profesií. Zborník príspevkov. Spišská nová Ves 2012. S. 30 - 35

<http://kilt-project.eu/sk>

Kontakt na autorku

doc. PhDr. Stanislava Hunyadiová, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., v Bratislave, detašované
pracovisko Michalovce

email: hunyadiova@gmail.com

HODNOTENIE SPOKOJNOSTI SENIOROV S POSKYTOVANOU ZDRAVOTNOU STAROSTLIVOSŤOU A MOŽNOSTI JEJ ZLEPŠENIA CESTOU KOMPLEMENTÁRNOSTI ZDRAVOTNÝCH A SOCIÁLNYCH ASPEKTOV

Evaluation of the satisfaction of seniors with provided health care and possibility to improve by the complementarity of health and social aspects

Horanská V., Lizáková E., Arvaiová T.

Abstrakt

Cieľom príspevku je vyhodnotenie spokojnosti seniorov so zdravotnou starostlivosťou a hľadanie možností implementácie sociálnych služieb na zlepšenie kvality života seniorov v ústavnej, prípadne domácej starostlivosti. Prieskum bol realizovaný pomocou štandardizovaného dotazníka na geriatrických oddeleniach a v domovoch pre seniorov v Košiciach, v čase od januára 2016 do marca 2016, typom dotazníka PSQ -18, ktorý bol doplnený o demografické a interpersonálne položky. Analyzovali sme spokojnosť seniorov s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou z pohľadu všeobecnej spokojnosti, technickej kvality, interpersonálneho prístupu, komunikácie, finančného aspektu, času stráveného s lekárom, prístupnosťou a pohodlím. Výsledky analýzy prieskum poukazujú na potrebu zlepšovania poskytovaných zdravotných služieb a žiaducu implementáciu sociálnej podpory. Komplementárnosť zdravotných a sociálnych aspektov môže prispieť k zvýšeniu kvality života seniorov, čo je nepochybne celospoločenskou prioritou.

KLúčové slová: Senior. Dotazník PSQ – 18. Spokojnosť. Zdravotná starostlivosť. Sociálna podpora

Abstract

The aim of the paper is to evaluate the satisfaction of seniors with health care and to look for ways to implement social services to improve the quality of life of seniors in institutional or home care. The survey was conducted by using a standardized questionnaire for geriatric department and seniors' homes in Kosice between January 2016 and March 2016, with the PSQ-18 questionnaire, supplemented by demographic and interpersonal items. We analyzed the satisfaction of seniors with health care provided from the point of view of general satisfaction, technical quality, interpersonal approach, communication, financial aspect, time spent with a doctor, accessibility and convenience. The results of the analysis of the survey point to the need for improvement of the provided health services and the desirable implementation of social support. The complementarity of health and social aspects can contribute to improving the quality of life of seniors, which is undoubtedly an all-society priority.

Key words: Senior. PSQ - 18 questionnaire. Satisfaction. Health care. Social support.

Úvod

Reformy zdravotnej starostlivosti prebiehajúce vo väčšine štátov Európskej únie hľadajú efektívnosť a kvalitu, ktoré sú veľkým problémom zdravotnej starostlivosti hlavne v krajinách Strednej a Východnej Európy. Spokojnosť alebo nespokojnosť pacienta nám pomáha identifikovať, prečo sa v niektorých situáciách pacient správa tak, ako sa správa. Uspokojovanie či neuspokojovanie potrieb sa odráža vo vedomí pacienta ako subjektívna spokojnosť alebo nespokojnosť s danou starostlivosťou. Dôležitú úlohu hrá prístup, správanie sa, komunikácia a dodržiavanie určitých zásad zo strany zdravotníckeho personálu (Tóthová, 2011). Je sporné, čo má na mysli pacient, keď je spokojný s lekárskou starostlivosťou a naopak, čo pod pojmom spokojný pacient rozumie lekár. Chorí ľudia pociťujú obavy spojené so zdravotným stavom, preto sú emócie omnoho intenzívnejšie ako za normálnych okolností (Lávičková, 2006). Faktory, ktoré vedú k spokojnosti či nespokojnosti pacientov s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou vyplývajú z faktorov, ktoré možno rozdeliť do šiestich skupín: lekár, sestra, pacient, poskytovaná starostlivosť, prostredie, zdravotníctvo (Mareš, 2009). Prostredie, v ktorom sa poskytujú zdravotnícke služby môžeme rozdeliť na oblasť fyzickú a psychicko-duchovnú oblasť. Fyzická oblasť liečebného prostredia je dôležitý aspekt, ktorý vníma nielen pacient, ale aj jeho rodina. Patrí sem vstupný priestor zariadenia zdravotníckych služieb, jeho estetická úprava, recepcia a pracovník recepcie, aktivity na rozptýlenie pacienta počas čakania na liečebný a diagnostický výkon. Medzi aspekty psychicko-duchovného liečebného prostredia patria dve dimenzie - vnútorné a vonkajšie. Medzi faktory vonkajšej dimenzie patrí, ako pacient vníma atmosféru personálu na oddelení, ich správanie, verbálnu a neverbálnu komunikáciu, či z personálu vyžaruje pokoj, ochota a aké sú vzájomné vzťahy medzi lekármi, sestrami a inými zamestnancami. Do vnútornej dimenzie liečebného prostredia zaraďujeme pocit dôležitosti pacienta pre personál zariadenia, obavy z diagnostického alebo terapeutického výkonu. Veľmi dôležitým aspektom vnútornej dimenzie liečebného prostredia je možnosť spolurozhodovania pacienta na jeho liečbe (Škrla, 2003). Informácie získané meraním spokojnosti zákazníkov a ich dynamické vyhodnocovanie umožňuje vrcholovému vedeniu organizácie poznať a sledovať niektoré ďalšie ukazovatele výkonnosti, vrátane ekonomických výsledkov, ale aj vývoj miery spokojnosti zákazníkov by mal byť jedným z dôležitých impulzov pre procesy neustáleho zlepšovania (Gejdoš, Šatanová, 2010). Nevyhnutnou podmienkou pre zvyšovanie kvality poskytovaných služieb je poznať, či je klient spokojný s poskytovanými službami a čo by sa dalo zlepšiť. Pre seniora ale aj pre spoločnosť je dôležité pripraviť sa na dôsledky, ktoré sebou starnutie a staroba prináša. Najčastejšie ide podľa Balogovej (2004) o ekonomické, sociálno-zdravotné a psycho-sociálne dôsledky. Orientácia našej štúdie na seniora bola preto zámerná a súvisí s postavením tejto skupiny obyvateľov v súčasnej spoločnosti.

Výsledky prieskumu

Cieľom prieskumu bolo zistiť mieru spokojnosti seniorov s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou.

Metódy a postup prieskumu

Prieskum sme realizovali v mesiacoch január a marec 2016 vo Vysokošpecializovanom odbornom ústave geriatrickom sv. Lukáša v Košiciach n. o (GC) a domove dôchodcov Arcus v Košiciach (DD). Tieto pracoviska súhlasili s realizáciou prieskumu na ich pôde, za čo im úprimne ďakujeme. Výber respondentov bol zámerný. Tvorili ho výlučne seniori. Oslovených bolo 300 respondentov, návratnosť dotazníkov bola 87%. Vzorku tvorilo 261 respondentov. Z toho 117 respondentov GC a 143 respondentov bolo z DD. Zber informácií sme realizovali formou štandardizovaného dotazníka „*Dotazník spokojnosti pacienta – skrátená verzia*“ (The patients satisfaction questionnaire – shortform, PSQ-18) autorov Ware et al. (1976). Dotazník zahŕňa celkovo 18 položiek, ku ktorým sa respondent vyjadruje s použitím 5-zložkovej Likertovej škály (1 – rozhodne súhlasím, 5 – rozhodne nesúhlasím). Možné rozmedzie priemernej hodnoty sa pohybuje od 1 do 5, pričom vyššia hodnota priemeru poukazuje na väčšiu nespokojnosť respondenta. Merací nástroj integruje 7 subskál (Marshall et al., 1994):

1. všeobecná spokojnosť („general satisfaction“) – tvorená položkami 3 a 17,
2. technická kvalita („technical quality“) – tvorená položkami 2, 4, 6 a 14,
3. interpersonálny prístup („interpersonal manner“) – tvorená položkami 10 a 11,
4. komunikácia („communication“) – tvorená položkami 1 a 13,
5. finančné aspekty („financial aspects“) – tvorená položkami 5 a 7,
6. čas strávený s lekárom („time spent with doctor“) – tvorená položkami 12 a 15,
7. prístupnosť a pohodlie („accessibility and convenience“) – tvorená položkami 8, 9, 16 a 18.

V rámci demografických údajov sme sledovali aj sociálne zázemie respondentov. Pre spracovanie dát sme použili funkcie programu Microsoft Office Excel 2007. V rámci deskriptívnej štatistiky boli použité základné informácie o mierach centrality (početnosť – n, percentuálne zastúpenie – %, priemer / priemerné hodnoty – Mean, štandardná odchýlka – SD). Pre overenie normality rozloženia dát sme použili Histogram a pri štatistickej komparácii dát a vyhodnotení hypotéz bol použitý Studentov t- test a Pearsov koleračný koeficient (P value).

Charakteristika súboru respondentov

Súbor bol tvorený 261 respondentmi. Z toho 116 respondentov GC – 35 mužov a 81 žien. V DD vzorku tvorilo 145 respondentov – 35 mužov a 110 žien. Priemerný vek žien bol 79, priemerný vek mužov 78 rokov. Ženy v GC boli v priemere o 3 roky staršie ako muži. Respondenti sú v 60% vdovci/vdovy, a len v 21% ženatí/vydaté.

Analýza a interpretácia výsledkov

Predkladáme výsledky prieskumu súvisiace s hlavným cieľom: Zistiť mieru spokojnosti seniorov s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou pomocou deskriptívnej štatistiky.

Tabuľka 1 Deskriptívna štatistika položiek meracieho nástroja
„Thepatientsatisfactionquestionnaire – shortform“

Subškály	Mean	SD	Minimálna hodno	Maximálna hodno
Všeobecná spokojnosť	2,5	0,64	1	4
Technická kvalita	2,64	0,53	1	4
Interdisciplinárny prístup	2,86	0,57	1	4
Komunikácia	2,82	0,59	1	4,5
Finančné aspekty	2,74	0,8	1	5
Čas strávený s lekárom	2,93	0,85	1	5
Prístupnosť a pohodlie	2,57	0,56	1	3,75
Celkové skóre spokojnosti	2,71	0,28	1,83	3,2

Pozn. Možné rozmedzie: 1 – 5

Prieskumom sme zisťovali, či sú respondenti, ktorí bývajú v meste viac spokojní s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou ako respondenti, ktorí majú bydlisko na dedine (tab.2). Analýzou získaných výsledkov pomocou t-testusme zistili, že neexistuje súvislosť medzi mierou spokojnosti s poskytovanou starostlivosťou u seniorov a ich bydliskom. Hodnota P value bola v tomto prípade 0,60.

Tabuľka 2 Štatistické výsledky zisťovania signifikantných rozdielov v spokojnosti respondentov vo vzťahu k miestu bydliska

Bydlisko	Celkové skóre spokojnosti		P value
	Mean	SD	
Mesto	2,69	0,32	0,60
Dedina	2,7	0,22	

Zamerali sme sa aj na to, či sa signifikantne líši spokojnosť s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou z pohľadu pohlavia. Na základe T-testu, kde P value je 0,88 sme zistili, že neexistuje súvislosť medzi spokojnosťou s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou a príslušnosťou k ženskému alebo mužskému pohlaviu (tab.3). Predpokladali sme, že ženy budú mať vyššie očakávania, ktoré sa týkajú poskytovanej zdravotnej starostlivosti, čo sa nepotvrdilo.

Tabuľka 3 Štatistické výsledky zisťovania signifikantnej štatistickej významnosti v rozdieloch spokojnosti respondentov vo vzťahu k pohlaviu

Pohlavie	„Všeobecná spokojnosť“		P value
	Mean	SD	
Mužské	2,72	0,32	0,88
Ženské	2,71	0,28	
Pohlavie	„Technická kvalita“		P value
	Mean	SD	
Mužské	2,60	0,62	0,67
Ženské	2,66	0,51	
Pohlavie	„Interpersonálny prístup“		P value
	Mean	SD	
Mužské	2,88	0,61	0,91
Ženské	2,89	0,57	
Pohlavie	„Komunikácia“		P value
	Mean	SD	
Mužské	2,75	0,61	0,46
Ženské	2,89	0,60	
Pohlavie	„Finančné aspekty“		P value
	Mean	SD	
Mužské	3,08	1,02	0,05*
Ženské	2,62	0,67	
Pohlavie	„Čas strávený s lekárom“		P value
	Mean	SD	
Mužské	2,90	0,86	0,77
Ženské	2,95	0,86	
Pohlavie	„Prístupnosť a pohodlie“		P value
	Mean	SD	
Mužské	2,61	0,71	0,78
Ženské	2,57	0,51	
Pohlavie	Celkové skóre spokojnosti		P value
	Mean	SD	
Mužské	2,72	0,32	0,88
Ženské	2,71	0,28	

* 0,05 je hodnota na hranici signifikantnej štatistickej významnosti

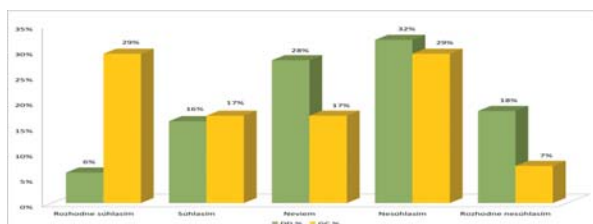
Sledovali sme aj vzťah medzi mierou spokojnosti respondentov s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou a vekom respondentov. Súvislosť tohto vzťahu sa nám nepotvrdila. Hodnota P value v tomto prípade bola 0,61 (tab.4). Pričom sme respondentov rozdelili do dvoch skupín. Prvú skupinu tvorili respondenti vo veku od 60 do 74 rokov. Druhú skupinu tvorili respondenti vo veku 75 a viac rokov. Predpokladali sme, že prvá skupina tvorená respondentmi rannej staroby, by mohla byť viac kritická a k poskytovanej zdravotnej

starostlivosti ako skupina respondentov starších ako 75 rokov. Náš predpoklad sa však nepotvrdil.

Tabuľka 4 Štatistické výsledky zisťovania signifikantnej štatistickej významnosti v rozdieloch spokojnosti respondentov vo vzťahu k ich dosiahnutému veku

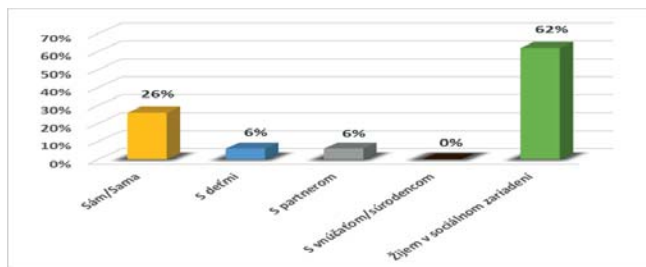
Vek	Celkové skóre spokojnosti		P value
	Mean	SD	
60 – 74 rokov	2,68	0,33	0,61
75 a viac	2,72	0,27	

Pri analýze výsledkov sme zistili aj niektoré zaujímavé fakty. Jedným zo zistení bolo, že až 46% hospitalizovaných respondentov si myslí, že platí za zdravotnú starostlivosť viac ako si môže dovoliť. Výsledky sú prezentované v grafe1.



Graf 1 Hodnotenie: Za lekársku starostlivosť o moju osobu platím viac ako si môžem dovoliť

Pri analýze sociálneho zázemia sme zistili nasledujúce fakty. Až 82% respondentov má v priemere dve deti. Vo vzorke respondentov umiestnených v domove dôchodcov je ale toto percento nižšie (76%). Kontakt s najbližšími príbuznými v dennej frekvencii uvádza len 46% respondentov. Pričom v GC je v dennom kontakte 68% respondentov, ale v DD je v každodennom kontakte len 30% respondentov. Z celkovej vzorky respondentov samých žije 26% respondentov, s deťmi 6%, s partnerom 6% a v sociálnom zariadení žije až 62% respondentov (graf 2).



Graf 2 Hodnotenie: S kým žijete v domácnosti

Diskusia

Monitorovanie spokojnosti pacientov/klientov poskytuje cenné informácie poskytovateľovi zdravotníckych služieb o kvalite svojich služieb a z tohto dôvodu umožňuje organizácii napredovať v procese neustáleho zlepšovania kvality. Stále existuje veľa organizácií, ktoré si neuvedomujú možnosť využívania spätnej väzby prostredníctvom efektívne fungujúceho systému merania spokojnosti klientov. Na základe tohto monitoringu je možné dosiahnutie lepšej výkonnosti a zlepšenie kľúčových výsledkov organizácie (Gejdoš, Šatanová, 2010).

Pri hodnotení výsledkov sme zistili, že až 89% respondentov sa nevie vyjadriť k všeobecnej spokojnosti s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou. Predpokladáme, že tento údaj je ovplyvnený výberom vzorky, ktorú tvorili výlučne seniori, ktorí nie sú vo svojich očakávaniach takí nároční ako napríklad dospelí ľudia vo veku 30-40 rokov. Pri hodnotení miery spokojnosti respondentov v súvislosti ich bydlisko (život v meste/ na dedine) sme dospeli k záveru, že neexistuje súvislosť medzi týmito ukazovateľmi P value je 0,28. K rovnakým výsledkom dospeli aj kolegovia vo výskume realizovanom v Pittsburgu, ktorí rovnako ako my nepotvrdili štatisticky významné rozdiely v miere spokojnosti s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou v súvislosti s bydliskom v meste alebo na dedine (William, 2004). Analýzou dát sme hodnotili aj súvislosť medzi mierou spokojnosti s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou a pohlavím a dospeli sme k záveru, že neexistuje signifikantná súvislosť medzi týmito premennými ($p = 0,88$). K rovnakým výsledkom dospel Samohýl (2014) vo svojej práci, ktorý uvádza: „štatistický signifikantný rozdiel v odpovediach medzi mužmi a ženami sa nám nepotvrdil ($p > 0,05$)“. Sledovali sme aj vzťah medzi mierou spokojnosti respondentov s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou a vekom respondentov. Súvislosť tohto vzťahu sa nám nepotvrdila. Hodnota P value v tomto prípade bola 0,61. Za účelom posúdenia rozdielov v miere spokojnosti respondentov s ohľadom na ich vek sme respondentov rozdelili do dvoch skupín. Našu výskumnú vzorku tvorili respondenti vo veku 60 – 74 rokov a druhú skupinu respondenti vo veku 75 a viac rokov.

Vo výskume realizovanom v Kuala Lumpur, Malajzii na vzorke 340 pacientov vo veku 13 až 80 rokov rovnakým dotazníkom (Short-Form Patient Satisfaction Questionnaire – PSQ -18). V tomto výskume sa potvrdilo, že najviac nespokojní sú pacienti vo vekovej skupine od 31 do 40 rokov v porovnaní so skupinou pacientov vo vyššom veku (Ganasegeran, 2015). Spokojnosť s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou bola v našom prípade hodnotená pozitívne. Zistili sme však aj niektoré zaujímavé fakty, kde napríklad až 46% hospitalizovaných respondentov uvádza, že platí za zdravotnú starostlivosť viac ako si môže dovoliť. Tento údaj sa javí ako alarmujúci. Súčasné postavenie seniorov a ich finančné zabezpečenie si vyžaduje zvýšenú pozornosť. V prípade absencie podpory zo strany rodiny, môžu byť finančné náklady na zdravotnú starostlivosť pre starších ľudí likvidačné.

Podľa Haškovcovej (1990) v minulosti medzi generáciami fungovala výmenná služba. Deti splácali svojim rodičom dlh za svoju výchovu a podporu. Ekonomická vláda a efektívnosť bola predávaná z jednej generácie na druhú. Pretože starší človek ne strácal svoju rolu v rodine, starnutie nebolo traumatizujúce. Ako uvádza Repková a kol. (2011) vo svojej práci, vysoké ceny liekov a zdravotných služieb sú hlavným faktorom zhoršenej ekonomickej situácie u osôb so zhoršením zdravotným stavom. Z nášho prieskumu vyplýva, že až 82% respondentov má v priemere dve deti. Pričom vo vzorke respondentov umiestnených v domove dôchodcov je ale toto percento nižšie (76%). Existuje preto predpoklad, že viac respondentov

v DD je osamelých, bezdetných a preto sú umiestnení v sociálnom zariadení, lebo sa o nich nemá kto postarať. Kontakt s najbližšími príbuznými v dennej frekvencii uvádza len 46% respondentov. Pričom v GC je v dennom kontakte 68% respondentov, ale v DD je v každodennom kontakte len 30% respondentov. Pocit, že sa niekto stará za nich, vedie veľmi rýchlo rodinných príslušníkov k poklesu, či dokonca k strate záujmu o svojho príbuzného, k obmedzeniu kontaktov. Bolo zistené, že s dĺžkou pobytu starých ľudí v inštitúcii klesá i počet návštev (Matoušek, 2005).

Tieto výsledky naznačujú potrebu zapojenia rodinných príslušníkov a integráciu sociálnych služieb v oblasti zdravotníctva už počas ústavnej starostlivosti. Tá by sa mala zamerať na špecifikáciu najvhodnejšej domácej alebo ústavnej, sociálnej, prípadne zdravotnej starostlivosti. Účelná môže byť aj podpora dobrovoľníckej činnosti v zdravotníckych a sociálnych zariadeniach, ktorá môže byť orientovaná na sociálne, kultúrne alebo spirituálne potreby človeka, na uspokojovanie ktorých zdravotníckemu personálu nezostáva dostatok času.

Záver

Poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa v poslednom období venuje zvýšená pozornosť nie len na Slovensku, ale v celej Európskej únii. Pacient/klient si môže poskytovateľa vyberať na základe rôznych kritérií, medzi ktoré nesporne patrí spokojnosť s poskytovanými službami. Seniori sú veľmi špecifickou skupinou, ktorej sa momentálne začína venovať zvýšená pozornosť, spôsobená predovšetkým starnutím populácie a zmenou v štruktúre rodiny. Aktuálne sa pripravuje zákon o dlhodobej starostlivosti, ktorý sa bude venovať aj starostlivosti o seniorov. Náš prieskum je jedným z pohľadov na zdravotnú starostlivosť o seniorov, žiaľ nemožno ho aplikovať na celkovú kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, pre lokálny výber respondentov v štúdií. Preto navrhujeme zadávať projekty plošne, kde by sa dal využiť ich potenciál na národnej úrovni, pričom lokálne prieskumy pomôžu nie len v mieste získavania údajov, ale prispievajú k celkovému zlepšeniu poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Nadmerné finančné zaťaženie seniorov si vyžaduje komplexné zapojenie štátnych, samosprávnych, obecných orgánov, ale nevynechajúc aj podporu rodiny.

Na základe analýzy výsledkov štúdie sa seniori javia ako nenároční klienti, ktorým v mnohých prípadoch uspokojí ľudský prístup, empatia a čas, ktorý sme ochotní im venovať. Práve toto sú atribúty, ktoré nás nestoja žiadne finančné náklady. Preto sa snažme ovplyvniť malé veci, správajme sa profesionálne a tímovo, pretože veľké veci mnohokrát ovplyvniť nevieme. Prepojenie zdravotnej a sociálnej starostlivosti je nevyhnutné nie len v ústavnej, ale aj domácej starostlivosti o seniora.

Zoznam použitej literatúry

- BALOGOVÁ, B. 2005. Seniori. Prešov: AKCENT PRINT, 2005, 158 s. ISBN 80-969274-1-8
- GANASEGERAN, K. 2015. Patient Satisfaction in Malaysia's Busiest Outpatient Medical Care. 2015. In The Scientific World Journal. [online]. VI. Roč. č.4/2015. [cit. 2017-09.08]. s.15-19. Dostupné na internete: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/714754>.
- GEJDOŠ, P., ŠATANOVÁ, A. 2010. Ekonomika kvality. TU Zvolen, Zvolen 2010, 97s. ISBN 978-80-228-2123-0.

- HAŠKOVCOVÁ, H. 1990. Fenomén stáří. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, 450 s. ISBN 80-7038-158-2
- LÁVIČKOVÁ, J. 2006. Kvalita ošetrovateľskej péče očima pacientu. In Sestra. ISSN 1210-0404, 2006, roč. 16, č. 4, s. 30-31.
- MAREŠ, J. 2009. Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí: teoretické přístupy a modely. In Praktický lékař. ISSN 0032-6739, 2009, roč. 89, č. 2, s. 59-64.
- MARSHALL, N., G., HAYS, R., D. 1994. The patient satisfaction questionnaire short form. 1994. [online]. [cit. 2015-11-12]. Dostupné na internete: <<http://www.prgs.edu/content/dam/rand/pubs/papers/2006/P7865.pdf>>.
- MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. 2005. Sociální práce v praxi. 1. vyd. Praha: Portál 2005, 352 s. ISBN 80-7367-002-X
- REPKOVÁ, K a kol. 2011. Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí na Slovensku a v Európe (3). IVPR, Bratislava, 2011. 229s. ISBN: 978-80-7138-133-4
- SAMOHÝL, M. 2014. Kvalita zdravotnej starostlivosti. In: Postgraduálna medicína [online]. [cit. 2017-10-12.]. Dostupné na internete: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/kvalita-zdravotnej-starostlivosti-47710>
- ŠKRLA, P. - ŠKRLOVÁ M. 2003. Kreativní ošetrovateľský management. 1. vyd. Praha: Advent – Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
- TÓTHOVÁ, V. a kol. 2011. Viac odhodlania do sebareflexie. In Zdravotnícke noviny. ISSN 1335- 4477, 2011, roč. 18, s. 5
- WILLIAM S. et al. 2004. Patient Satisfaction in Resident and Attending Ambulatory Care Clinics. In Journal of General Internal Medicine. [online]. IV. roč. č. 11/2004. [cit. 2017-10-12]. s. 755–759. Dostupné na internete: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1525-1497.2001.91005.x/pdf>>.

Kontakt na autorov

PhDr. Valéria Horanská, PhD.

SZŠ sv. Alžbety, Košice

email: valeria.horanska@gmail.com

PhDr. Ľubomíra Lizáková, PhD.

Fakulta zdravotníckych odborov PU, Prešov

email: lizakova.lubomira@unipo.sk

PhDr. Tatiana Arvaiová

Centrum zdravotnej starostlivosti s.r.o. Košice

email: tatiana.arvaiova@gmail.com

SOCIÁLNE PORADENSTVO PRI INTEGRÁCII CUDZINCOV

Social counseling on the integration of foreigners

Jurašek M., Levická S.

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá definíciou cudzinca, integráciou cudzincov do spoločnosti a sociálnou integráciou. Ďalej sa venuje subjektom, ktoré sa zaoberajú integráciou cudzincov na území Slovenskej republiky, ako aj verejným a neverejným poskytovateľom sociálneho poradenstva pre cudzincov pri ich integrácii do majoritnej spoločnosti. Taktiež prostredníctvom rozhovoru s cudzincom priblížime jeho postrehy týkajúce sa sociálneho poradenstva pri integrácii a v závere navrhujeme odporúčania pre výkon sociálneho poradenstva pri integrácii cudzincov do našej spoločnosti.

Kľúčové slová: Sociálne poradenstvo. Integrácia. Cudzinci. Sociálna integrácia. Poskytovatelia sociálneho poradenstva.

Abstract

The contribution deals with the definition of alien, the integration of aliens with society and social integration. It also focuses on subjects dealing with the integration of foreigners on the territory of the Slovak Republic as well as public and non-public providers of social counseling for foreigners in their integration into the majority society. Also, through an interview with an alien, we will approach his views on social integration counseling and, in the end, propose recommendations for the performance of social counseling on the integration of aliens into our society.

Key words: Social counseling. Integration. Foreigners. Social integration. Providers of social counseling.

Úvod

Vzhľadom na udalosti, ktoré v poslednej dobe trápia celú Európsku úniu, sa začalo vo väčšej miere diskutovať o témach ako sú cudzinci, migrácia, integrácia a ďalšie príbuzné témy. Záujem o tieto témy vyvolali udalosti posledných mesiacov spojené s migráciou, či už legálnou alebo nelegálnou. Je potrebné si ale uvedomiť, že cudzinec je „človek ako my“, odchádza zo svojho domovského štátu za lepším životom, lepšími podmienkami aj sociálnymi istotami. Aj cudzincom je potrebné poskytovať sociálne poradenstvo, aby sa mohli úspešnejšie integrovať do našej spoločnosti a stať sa tak jej plnohodnotnými členmi.

Pri integrácii cudzincov do majoritnej spoločnosti nerozlišujeme, či na naše územie vstúpili legálne alebo nelegálne, podstatné je, aby mali povolený niektorý z druhov pobytov podľa zákona č. 404/2011 Z.z. o pobyte cudzincov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov alebo sú žiadateľmi o medzinárodnú ochranu a ich pobyt na našom území sa riadi zákonom č. 480/2002 Z.z. o azyle a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Pri integrácii cudzincov neberieme do úvahy len žiadateľov o medzinárodnú ochranu, ale všetkých cudzincov, ktorí na naše územie pricestovali za prácou, vzdelaním, podnikaním alebo len nasledovali svojho rodinného príslušníka. Integrácia je potrebná nielen pre žiadateľa

o medzinárodnú ochranu, ale aj pre cudzinca, ktorý na naše územie vstúpil legálne s úmyslom zostať tu žiť.

Integrácia cudzincov do spoločnosti

Integrácia cudzincov do majoritnej spoločnosti je veľmi zdĺhavý a komplikovaný proces a jej definícia nie je jednoznačná. Uvedieme si niektoré definície integrácie cudzincov.

„Integrácia je proces začleňovania jednotlivcov do skupiny“ (Slovník spoločenských vied, 1997, s. 103).

Podľa Integračnej politiky Slovenskej republiky je *„integrácia obojstranným procesom. vzájomného uznania a rešpektovania majoritnej spoločnosti a cudzincov“* (Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky, 2017).

Zákon č. 480/2002 Z.z. o azyle a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov v ustanovení § 2 písm. u) uvádza, že *„integráciou je proces začleňovania azylantov do spoločnosti“*.

„Integrácia cudzincov je proces, ktorým sú imigranti postupne začleňovaní do štruktúr a väzieb spoločnosti prijímajúcej krajiny. Na tomto procese sa podieľajú migranti aj domáce obyvateľstvo. Integrácia je komplexný fenomén, súvisiaci s politickými, právnymi, ekonomickými, sociálnymi, kultúrnymi, psychologickými a náboženskými otázkami“ (Dohnalová, 2012, s. 7).

„Integrácia je dynamický obojstranný proces, ktorý si vyžaduje prispôsobovanie zo strany cudzincov na jednej strane a vytvorenie podmienok pre integráciu cudzincov na strane druhej“ (MPSVR SR, 2017).

Paulička et al. (2005, s. 372) uvádza, že *„integrácia je stav alebo proces začleňovania jednotlivcov alebo skupín do rovnakého sociálneho celku. Jedinci alebo začleňované kolektívy si osvojujú pravidlá a zvyky kolektívu, asimilujú sa a súčasne s tým ich kolektív prijíma ako plnoprávných členov“*.

Kuric (1997) zase uvádza, že integrácia predstavuje dlhodobý a náročný proces, ktorý je ovplyvnený celým radom rôznych faktorov (znalosť jazyka majoritnej spoločnosti, situáciu na trhu práce, migračnú sieť a iné).

„Počas integrácie cudzinci musia rešpektovať normy a hodnoty hostiteľskej krajiny a aktívne sa podieľať na integračnom procese. Na druhej strane aj hostiteľská krajina má zodpovednosť za dodržiavanie ľudských práv utečencov. Môžeme teda konštatovať, že úspešný proces integrácie si vyžaduje spoluprácu nielen utečenca, ale aj hostiteľskej krajiny“ (Bargerová, Divinsky, 2008, s. 14).

Pod pojmom integrácia *„rozumieme obojstranný proces, ktorý by mal vyústiť do inkluzívnej rôznorodej spoločnosti rešpektujúcej rovnosť a práva všetkých. Na dosiahnutie takéhoto výsledku musí dôjsť ku zmenám tak na strane prijímajúcej spoločnosti, ako aj migrantov“* (Hlinčíková a kol., 2014, s. 118-119).

Brezák (2009) uvádza, že cieľ integrácie spočíva v úspešnom začlenení cudzincov do spoločnosti a mali by sme im vytvoriť také podmienky, aby si vedeli prostriedky na svoje živobytie zabezpečiť sami a neboli odkázaní na pomoc sociálneho systému.

Z hľadiska integrácie nie je dôležité, ako cudzinec na územie Európskej únie alebo Slovenskej republiky vstúpil, pretože aj cudzinec, ktorý vstúpil nelegálne, môže získať legálny pobyt (napr. požiadať o medzinárodnú ochranu). Dôležité je, či našu krajinu považuje

len za tranzitnú krajinu, alebo sa na našom území chce usadiť natrvalo. Pokiaľ prejaví záujem žiť na území Slovenskej republiky ako v hostiteľskej krajine, nastupuje proces integrácie do majoritnej spoločnosti.

Integrácia cudzincov prebieha v nasledujúcich úrovniach:

- pobyt a bývanie,
- trh práce a ekonomická integrácia,
- vzdelanie a jazyková integrácia,
- sociálna a zdravotná integrácia,
- kultúrna a religiózna integrácia.

Okrem toho cudzinci musia spoznať, ako funguje naša spoločnosť, jej základné zásady, činnosť štátnych organizácií, svoje povinnosti a iné dôležité veci, ktoré prispievajú k integrácii.

Trbola a Rákoczyová (2010) rozdeľujú integráciu do spoločnosti na nasledovné druhy:

- Sociálna integrácia – pri nej je potrebné zabezpečiť ubytovanie a zdravotnú starostlivosť pre cudzinca.
- Ekonomická integrácia – pre tento druh je charakteristický vstup na trh práce.
- Kultúrna integrácia – integrácia v oblasti vzdelania, jazykových schopností či náboženstva.
- Politická integrácia – priznanie volebného práva – cudzinci sa zúčastňujú na fungovaní štátu.

Podľa Novosada (2000, s. 18) je „sociálna integrácia je proces rovnoprávného spoločenského začleňovania špecifických minoritných skupín do vzdelávacieho a pracovného procesu a do života spoločnosti“.

Horáková (2001) zahŕňa do sociálnej integrácie oblasť bývania, vzdelávania a pracovného výcviku. Integrácia nie je možná, ak nie sú zabezpečené základné potreby cudzincov a vtedy môžu nastať situácie, kedy sa cudzinci začnú vyčleňovať z majoritnej spoločnosti, vytvárať na okrajoch miest segregované skupiny a to môže viesť k prejavom diskriminácie, rasizmu a xenofóbie. Ak je sociálna integrácia cudzinca neúspešná, môže nastať sociálne vylúčenie – sociálna exklúzia.

Aby bola sociálna integrácia cudzincov úspešná, musí byť na ňu pripravená aj majoritná spoločnosť. Ak majoritná spoločnosť odmieta minoritnú spoločnosť, tá následne sa zvykne uzatvárať pred majoritnou spoločnosťou a stráca záujem o integráciu.

Subjekty zaoberajúce sa integráciou cudzincov

Integráciu cudzincov do spoločnosti zabezpečuje Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky, Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky v súčinnosti s ďalšími ústrednými orgánmi štátnej správy a taktiež aj mimovládne organizácie ako UNHCR, Medzinárodná organizácie pre migráciu, Liga za ľudské práva, Spoločnosť ľudí dobrej vôle a iné. Tieto organizácie sa snažia zabezpečiť cudzincom ubytovanie, vzdelanie, rekvalifikačné kurzy, jazykovú prípravu a iné.

Podľa Žákovej (2006) integrácia zahŕňa výučbu slovenského jazyka, rekvalifikáciu, vyhľadávanie vhodných pracovných príležitostí, pomoc pri zabezpečovaní ubytovania, poskytovanie zdravotnej starostlivosti a vytváranie podmienok na prijatie azylantov do obcí.

Zvýšená pozornosť je pri integrácii venovaná špecifickým skupinám migrantov ako seniori, mladé ženy, deti, osamelé matky a maloletí bez sprievodu.

Štátne subjekty

Medzi štátne subjekty, ktoré sa zaoberajú integráciou cudzincov patrí hlavne Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky prostredníctvom Migračného úradu, ktorý plní funkciu ústredného orgánu štátnej správy v oblasti azylovej problematiky. Zodpovedá za tvorbu a realizáciu migračnej politiky Slovenskej republiky v oblasti azylu a dopadov medzinárodnej migrácie súvisiacej s poskytnutím azylu. Migračný úrad Ministerstva vnútra SR bol zriadený na základe uznesenia vlády SR č. 501 z 13. júla 1993.

Migračný úrad Ministerstva vnútra Slovenskej republiky rozhoduje o žiadostiach o udelenie azylu na území Slovenskej republiky v rámci svojej kompetencie danej zákonom č. 480/2002 Z.z. o azyle a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Migračný úrad Ministerstva vnútra Slovenskej republiky ako svoje azylové zariadenie pre cudzincov, ktorým bol udelený azyl na území Slovenskej republiky (azyľanti) alebo poskytnutá doplnková ochrana má k dispozícii Integračné stredisko v meste Zvolen, ktoré môže využiť azyľant po dobu šiestich mesiacov, kde mu je poskytnutá pomocou sociálnych pracovníkov pomoc v oblasti štúdia slovenského jazyka, vytýčenia ďalšieho vzdelávania, registrácie na úrade práce, sociálnych vecí a rodiny, hľadania vhodného zamestnania a ubytovania.

Migračný úrad Ministerstva vnútra Slovenskej republiky v rámci realizácie migračnej politiky úzko spolupracuje aj s mimovládnyimi organizáciami. V rámci členstva SR v Rade Európy má migračný úrad stále zastúpenie na zasadnutiach Európskeho výboru pre migráciu (CDMG) - medzivládneho orgánu zodpovedného za migračné aktivity v Rade Európy a ad hoc Výboru expertov pre právne aspekty teritoriálneho azylu, utečencov a bezdomovcov (CAHAR) (Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky, 2017).

Úrad hraničnej a cudzineckej polície Prezídia Policajného zboru ako organizačná zložka Ministerstva vnútra Slovenskej republiky povoľuje pobyty cudzincom v zmysle zákona č. 404/2011 Z.z. o pobyte cudzincov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Taktiež v rámci uvedeného zákona pôsobí ako represívna zložka pri riešení neoprávneného pobytu cudzincov na území Slovenskej republiky, kde využíva administratívne vyhostenie so zákazom vstupu na územie Slovenskej republiky alebo Schengenského priestoru a zaistenie cudzinca. V odôvodnených prípadoch môže Úrad hraničnej a cudzineckej polície Prezídia Policajného zboru zaistiť aj žiadateľa o udelenie azylu na území Slovenskej republiky.

Ďalším ústredným orgánom štátnej správy, ktorý sa podieľa na integrácii cudzincov do majoritnej spoločnosti je Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky prostredníctvom Ústredia práce, sociálnych vecí a rodiny. Stanovuje kritériá vstupu jednotlivých kategórií cudzích štátnych príslušníkov na pracovný trh, zodpovedá za právnu úpravu zamestnávania cudzincov a v neposlednom rade udeľuje individuálne povolenia na zamestnanie. Prostredníctvom inšpektorátu práce sa taktiež podieľa na boji proti nelegálnemu zamestnávaniu cudzincov.

Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky cestou Ústredia práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky sa zaoberá aj sociálnou starostlivosťou o

cudzcincov. Tí, ktorí sa nachádzajú v zlej sociálnej situácii alebo sú nezamestnaní, môžu požiadať odbor sociálnych vecí o priznanie dávky sociálnej pomoci. Tieto dávky sú im priznávané rovnako ako občanom Slovenskej republiky na základe platných právnych predpisov. Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky prostredníctvom svojich orgánov okrem toho oprávneným kategóriám cudzcincov napomáha pri sprostredkovaní zamestnania v Slovenskej republike.

V súčasnej dobe je možnosť vstúpiť na trh práce už aj pre žiadateľa o udelenie azylu, ak od začiatku jeho azylového konania ubehlo deväť mesiacov a zatiaľ nebolo o jeho žiadosti rozhodnuté. Týmto krokom novela zákona č. 480/2002 Z.z. o azyle a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov umožnila žiadateľom o udelenie azylu na území Slovenskej republiky zapojiť sa do pracovného procesu a tak si zabezpečiť finančné prostriedky na zabezpečenie svojich základných životných potrieb.

Od roku 2004 Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky prebralo starostlivosť o špecifickú skupinu cudzcincov – maloletých bez sprievodu. Ide o maloletých migrantov, ktorí sa na našom území zdržiavajú bez sprievodu rodičov alebo zákonného zástupcu a boli následne zadržaní. V súčasnej dobe je na území Slovenskej republiky jeden detský domov, ktorý zabezpečuje starostlivosť o maloletých bez sprievodu a to Detský domov pre maloletých bez sprievodu a detský domov Dlaň v Medzilaborciach.

Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky prostredníctvom svojej organizačnej zložky – Oddelenia migrácie a integrácie cudzcincov plní funkciu koordinačného pracoviska pre záležitosti integrácie cudzcincov, ich zamestnanosti, sociálneho zabezpečenia a zdravotnej starostlivosti. Taktiež zodpovedá za Integračnú politiku Slovenskej republiky.

Ďalšie ústredné orgány podieľajúce sa na integrácii cudzcincov sú Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky a Ministerstvo zahraničných vecí a európskych záležitostí Slovenskej republiky. Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky v rámci svojich kompetencií riadi školstvo, kde zabezpečuje vzdelávanie pre maloleté deti – cudzcincov – žijúcich na území Slovenskej republiky. Ministerstvo zahraničných vecí a európskych záležitostí Slovenskej republiky povoľuje vstup a pobyt cudzcincov na území Slovenskej republiky na základe vízovej agendy. Ministerstvo zahraničných vecí Slovenskej republiky v koordinácii s Ministerstvom vnútra Slovenskej republiky je tak praktickým realizátorom vízovej politiky Slovenskej republiky a hlavným subjektom v procese harmonizácie právnych noriem v tejto oblasti so zákonmi krajín Európskej únie.

S problematikou migrácie na území Slovenskej republiky prichádzajú čiastočne do styku aj niektoré ďalšie ústredné orgány štátnej správy ako Ministerstvo spravodlivosti Slovenskej republiky, Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky, Ministerstvo kultúry Slovenskej republiky, Generálna prokuratúra Slovenskej republiky, Štatistický úrad Slovenskej republiky a iné.

Mimovládne subjekty

„Mimovládne organizácie sa zvyčajne zakladajú pre konkrétny prípad alebo záujem, napríklad tam, kde sa pociťuje nedostatok vládnej politiky alebo poskytovania služieb. Často poskytujú ciele služby osobitným skupinám prisťahovalcov alebo utečencov. Takéto služby sú zavše posudzované ako krátkodobé „riešenia na pozastavenie nedostatkov“, pretože sa

zvyčajne zakladajú na projektoch a závisia od časovo limitovaného financovania od darcov“ (Príručka o integrácii pre tvorcov politiky a odborníkov, 2007, s. 25).

Medzi mimovládne organizácie zaoberajúce sa integráciou cudzincov do spoločnosti na území Slovenskej republiky môžeme zaradiť Slovenskú humanitnú radu, Spoločnosť ľudí dobrej vôle, Ligu za ľudské práva, Nadáciu Milana Šimečku. Medzinárodnú organizáciu pre migráciu, Marginal, Migračné informačné centrum, Slovenskú katolícku charitu a iné.

Slovenská humanitná rada pôsobí na území Slovenskej republiky od roku 1990 a združuje viac ako 170 dobrovoľníckych neziskových organizácií. Jednou z jej zložiek je Sekcia utečeneckých projektov, ktorá sa už viac ako 15 rokov podieľa na realizácii projektov zameraných na cudzincov, tak na utečencov ako aj štátnych príslušníkov tretích krajín, ktorí sú Úradom hraničnej a cudzineckej polície Prezídia Policajného zboru umiestnení v útvaroch policajného zaistenia pre cudzincov (v Medveďove a v Sečovciach). Sekcia utečeneckých projektov realizuje aj Projekt ASAP 3, ktorý je zameraný na integráciu utečencov v rámci celej Slovenskej republiky. UNHCR a Slovenská humanitná rada spoločne organizujú pri príležitosti Svetového dňa utečencov podujatia na zvýšenie povedomia verejnosti o utečeneckej téme. Spoločnosť ľudí dobrej vôle vznikla v roku 1990 a jej sídlom sú Košice. Je členskou organizáciou Slovenskej humanitnej rady a spolupracuje s Vysokým komisárom OSN pre utečencov.

Liga za ľudské práva vznikla v roku 2005 a pôsobí ako mimovládna nezisková organizácia okrem iného aj v oblasti presadzovania a uplatňovania migračnej, azylovej a integračnej politiky Slovenskej republiky. Spolupracuje s Ligou za ľudské práva a UNHCR na projekte AMAS, Nadácia Milana Šimečku realizuje množstvo vzdelávacích a iných projektov v oblasti ľudských práv, multikulturalizmu a boja proti rôznym formám diskriminácie. Taktiež každoročne organizuje multikultúrny festival Týždeň nových menšín.

Medzinárodná organizácia pre migráciu (IOM) pôsobí od roku 1996 na Slovensku a realizuje rôzne projekty týkajúce sa integrácie cudzincov, asistovaných dobrovoľných návratov, presídľovania utečencov a iné. Občianske združenie Marginal vzniklo v roku 2009 a jeho hlavným cieľom je ochrana, rešpektovanie a podpora ľudských práv, základných slobôd a záujmov predovšetkým tých osôb, ktoré majú obmedzený prístup ku sociálnym, ekonomickým a kultúrnym zdrojom bežne dostupným väčšine občanov. Medzi hlavné cieľové skupiny, na ktoré sa občianske združenie Marginal zameriava sú migranti, najmä skupina utečencov a v danej oblasti realizuje niekoľko projektov.

Migračné informačné centrum IOM poskytuje bezplatné poradenstvo a služby pre cudzincov. V rámci integrácie cudzincov poskytuje hlavne služby v oblasti vzdelávania, právneho poradenstva, pracovného poradenstva, kurzov a iné.

Slovenská katolícka charita v rámci pomoci migrantom realizuje Projekt Rafael III, kde hlavným cieľom projektu je integrácia cudzincov s udeleným azylom alebo poskytnutou doplnkovou ochranou na území SR. Zameriava sa na poskytovanie komplexných služieb, ktoré zahŕňajú najmä sociálne poradenstvo, právne poradenstvo, pomoc pri hľadaní vhodného ubytovania, výučbu slovenského jazyka a mnohé iné, ktoré majú prispieť k lepšej informovanosti a orientácii cieľovej skupiny na našom území.

Sociálne poradenstvo

Existuje niekoľko definícií poradenstva. Gabura (1995) uvádza, že sociálne poradenstvo je založené na princípe pomoci, aby sa klient lepšie vyrovnal so svojim životom.

Podľa Schavela a Oláha (2010, s. 17) „*poradenstvo je cielené a kontrolované, namierené na odstránenie bezradnosti, problémov a konfliktov. Poradenstvo sa zameriava taktiež na ľudí, ktorí sú ešte schopní zvládnuť svoju životnú situáciu samostatne a dokážu prevziať zodpovednosť za svoje konanie*“... „*Sociálne poradenstvo je odborná činnosť zameraná na pomoc fyzickej osobe v nepriaznivej sociálnej situácii. Sociálne poradenstvo sa vykonáva na úrovni základného sociálneho poradenstva a špecializovaného poradenstva*“ (§ 19 zákona č. 448/2008 Z.z.).

Strieženec (1999) chápe sociálne poradenstvo ako profesionálnu odbornú činnosť, ktorá slúži na odstránenie alebo zmiernenie negatívnych návykov a spôsobov správania klienta.

Podľa Schavela a Oláha (2010) cieľom sociálneho poradenstva má byť konkrétna pomoc klientovi a to konkrétnymi činnosťami alebo poskytnutím základných informácií na preklenutie nepriaznivej životnej situácie. Dôležité však je aktivizovať klienta, aby situáciu riešil vlastným pričinením.

Zo sociálnych služieb podľa zákona. č. 448/2008 Z.z. sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov pri integrácii cudzincov je najviac využívané sociálne poradenstvo. Citovaný zákon sociálne poradenstvo definuje ako odbornú činnosť zameranú na pomoc v nepriaznivej sociálnej situácii. Podľa citovaného zákona **tak ako štátny príslušník Slovenskej republiky aj cudzinec má rovnaký prístup k sociálnym službám.**

Prijímateľ sociálnej služby podľa ustanovenia § 3 ods. 2 zákona č. 448/2008 Z.z. sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov je „*fyzická osoba, ktorej sa za podmienok ustanovených týmto zákonom poskytuje sociálna služba, a ktorou je:*

- a) *občan Slovenskej republiky, ktorý má na území Slovenskej republiky trvalý pobyt alebo prechodný pobyt hlásený podľa osobitného predpisu,*
- b) *cudzinec, ktorý je občan členského štátu Európskej únie, štátu, ktorý je zmluvnou stranou dohody o Európskom hospodárskom priestore a Švajčiarskej konfederácie (ďalej len „Európsky hospodársky priestor“), má registrovaný trvalý pobyt na území Slovenskej republiky podľa osobitného predpisu a je zamestnaný alebo študuje na štátom uznannej škole na území Slovenskej republiky,*
- c) *cudzinec, ktorý je občanom štátu Európskeho hospodárskeho priestoru a má registrovaný trvalý pobyt na neobmedzený čas na území Slovenskej republiky podľa osobitného predpisu,*
- d) *rodinný príslušník cudzinca uvedeného v písmene b), ktorý má povolenie na trvalý pobyt na území Slovenskej republiky podľa osobitného predpisu,*
- e) *cudzinec, ktorý je rodinný príslušník občana Slovenskej republiky s trvalým pobytom na území Slovenskej republiky a ktorý má povolenie na trvalý pobyt na území Slovenskej republiky podľa osobitného predpisu,*
- f) *cudzinec, ktorý nie je občanom štátu Európskeho hospodárskeho priestoru a ktorého práva vyplývajúce podľa tohto zákona zaručuje medzinárodná zmluva, ktorou je Slovenská republika viazaná a ktorá bola uverejnená v Zbierke zákonov,*

- g) cudzinec, ktorému bol udelený azyl podľa osobitného predpisu,
- h) cudzinec, ktorý je občanom štátu Európskeho hospodárskeho priestoru a ktorý má registrovaný trvalý pobyt na území Slovenskej republiky podľa osobitného predpisu,
- i) cudzinec, ktorý nie je občanom štátu Európskeho hospodárskeho priestoru, má povolenie na prechodný pobyt alebo trvalý pobyt na území Slovenskej republiky podľa osobitného predpisu a ktorého práva podľa tohto zákona nie sú upravené medzinárodnou zmluvou,
- j) cudzinec, ktorému sa poskytla doplnková ochrana podľa osobitného predpisu,
- k) cudzinec, ktorému sa poskytlo dočasné útočisko podľa osobitného predpisu,
- l) Slovák žijúci v zahraničí, ktorý sa zdržiava na území Slovenskej republiky v priebehu jedného kalendárneho roka nepretržite aspoň 180 dní; splnenie tejto podmienky je Slovák žijúci v zahraničí povinný preukázať na účely trvania nárokov získaných podľa tohto zákona každý kalendárny rok.“

Poradenstvo na odboroch služieb zamestnanosti

Hlavnou úlohou poradenstva na odboroch služieb zamestnanosti je zabezpečovať právo na vhodné zamestnanie. Toto právo sa zabezpečuje podľa Schavela a Oláha (2010) hlavne nasledovnými formami:

- sprostredkovaním zamestnania,
- poskytovaním poradenstva pre voľbu povolania, výber zamestnania, výber zamestnanca a adaptácia zamestnanca v novom zamestnaní,
- vzdelávaním a prípravou pre trh práce nezamestnaných a zamestnancov,
- podporou zamestnanosti znevýhodnených nezamestnaných prostredníctvom vytvárania nových pracovných príležitostí,
- udržiavaním existujúcich pracovných miest,
- zmierňovaním negatívnych dôsledkov štrukturálnych zmien,
- zvýšenou starostlivosťou o pracovné uplatnenie občanov starších ako 50 rokov,
- sprostredkovaním zamestnania za úhradu právnickými alebo fyzickými osobami,
- poskytovaním informácií o možnostiach a nárokoch na vznik dávky v nezamestnanosti.

Poradenstvo v oblasti služieb zamestnanosti sa riadi zákonom č. 5/2004 Z.z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky prostredníctvom fondov podporuje tvorbu projektov zameraných na zamedzenie sociálneho vylúčenia migrantov a na ich zapojenie do pracovného procesu, a to obzvlášť prostredníctvom Sektorového operačného programu Ľudské zdroje, ktorý je určený na posilnenie sociálnej inklúzie a rovnosti príležitostí na trhu práce, ale aj na boj proti rasizmu a xenofóbii vo vzťahu k trhu práce, predovšetkým vo vzťahu k žiadateľom o azyl. Uplatnenie migrantov, cudzincov na našom trhu práce je zložitá problematika, nakoľko existujú určité bariéry, ktoré zabraňujú cudzincom vo vstupe na trh práce. Predovšetkým je to jazyková bariéra nakoľko cudzinci len v málo prípadoch ovládajú slovenský jazyk alebo niektorý zo slovanských jazykov. Hlavne na pracovných pozíciách, kde zamestnanec prichádza do kontaktu so zákazníkmi, klientmi,

odberateľmi je ovládanie slovenského jazyka jednou zo základných podmienok prijatia na pracovnú pozíciu.

Zákon č. 5/2004 Z.z. o službách, zamestnanosti, a. o. zmene, a. doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov stanovuje pre zamestnávateľov podmienky na zamestnanie cudzincov. Zamestnávateľ, ktorý má sídlo na území Slovenskej republiky, môže prijať do zamestnania len štátneho príslušníka tretej krajiny, ktorý spĺňa uvedené podmienky:

- bolo mu udelené povolenie na zamestnanie a povolenie na prechodný pobyt na účel zamestnania podľa príslušných ustanovení zákona č. 404/2011 Z.z. o pobyte cudzincov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- je držiteľom modrej karty Európskej únie podľa príslušných ustanovení zákona č. 404/2011 Z.z. o pobyte cudzincov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- je žiadateľ o azyl, ktorému vstup na trh práce umožňuje zákon č. 480/2002 o azyle a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (MPSVaR SR, 2017).

Zaradenie cudzinca na trh práce pri jeho integrácii do majoritnej spoločnosti má význam nielen pre jeho ekonomickú nezávislosť, ale hlavne aj pre pocit potrebnosti a ďalšej perspektívy života v majoritnej spoločnosti. Cudziniec nie je odkázaný na systém sociálneho zabezpečenia, získava pracovné návyky a v neposlednom rade aj nadväzuje nové sociálne väzby, ktoré sú nevyhnutné pri integrácii do spoločnosti.

Poradenstvo poskytované na odboroch sociálnych vecí

Poradenstvo poskytované na úradoch práce, sociálnych vecí a rodiny je poskytované podľa organizačnej štruktúry na jednotlivých oddeleniach:

- oddelenie pomoci v hmotnej núdzi,
- oddelenie štátnych sociálnych dávok,
- oddelenie sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately,
- oddelenie peňažných príspevkov,
- oddelenie posudkovej činnosti.

Nárok na pomoc v hmotnej núdzi okrem štátneho príslušníka Slovenskej republiky má aj cudziniec, ktorý má pobyt na území Slovenskej republiky a ak sa mu pomoc neposkytuje podľa medzinárodných zmlúv alebo osobitných predpisov.

Štátne sociálne dávky sú najrozšírenejšou skupinou dávok, ktoré cudzinci využívajú, nakoľko sú určené rodinám s deťmi bez ohľadu na to, či sú štátnymi príslušníkmi Slovenskej republiky alebo cudzincami s pobytom na území Slovenskej republiky. Nárok na štátne sociálne dávky majú teda aj cudzinci s udeleným trvalým alebo prechodným pobytom na území Slovenskej republiky a cudzinci, ktorým bol na území Slovenskej republiky udelený azyl alebo poskytnutá doplnková ochrana.

Oddelenie sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately v rámci svojich zákonných oprávnení sa zaoberá aj sociálnou starostlivosťou o špecifickú skupinu migrantov – maloletých bez sprievodu zadržaných na území Slovenskej republiky. V súčasnej dobe, ako sme už uviedli, sú títo maloletí cudzinci umiestňovaní v Detskom domove pre maloletých bez sprievodu a detskom domove Dľaň v Medzilaborciach.

Oddelenie peňažných príspevkov na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia sa riadi zákonom č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Ťažké zdravotné postihnutie sa kompenzuje jednorazovými finančnými príspevkami a opakovanými finančnými príspevkami.

Poradenstvo poskytované v uvedených oblastiach má veľký význam pri integrácii cudzincov do spoločnosti, nakoľko im integráciu uľahčuje, dáva im pocit spolupatričnosti a určitej istoty pre nich ako aj pre ich deti.

Poradenstvo v oblasti sociálneho poistenia

Sociálne poistenie podľa zákona č. 461/2003 Z.z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov spravuje Sociálna poisťovňa ako verejnoprávna inštitúcia. Spravuje nasledovné poistenia: nemocenské, dôchodkové, úrazové, garančné a poistenie v nezamestnanosti. Sociálne poistenie slúži na ochranu v rôznych situáciách, ktoré sú súčasťou bežného života. Cudzinci môžu požiadať o výplatu dávok z jednotlivých druhov sociálneho poistenia pri vzniku ich nároku. Cudzinci, ktorí sa integrujú do majoritnej spoločnosti majú istotu, že pri vzniku určitých udalostí (napr. tehotenstvo, úraz, práceneschopnosť, dovŕšenie dôchodkového veku) môžu požiadať o výplatu dávok.

Kazuistika a rozhovor s cudzincom

V rámci nášho príspevku si uvedieme skúsenosti cudzinca, ktorý prešiel integráciou na našom území a svoje postrehy nám poskytol v rozhovore. Súčasťou je aj kazuistika, ktorá poskytuje základné údaje o cudzincovi.

Kazuistika

Meno: Jamal

Štátna príslušnosť a vek: Somálska federatívna republika, 30 rokov

Dĺžka pobytu na území Slovenskej republiky: 3 roky

Rodinná anamnéza: Pochádza z neúplnej rodiny, matka zomrela, keď bol ešte malý. Otec sa znova neoženil, má ešte dve sestry. Otec a sestry žijú naďalej v Somálsku. Na Slovensku má priateľku, s ktorou si chce založiť rodinu. So svojou rodinou v Somálsku je v občasnom telefonickom kontakte.

Osobná anamnéza: Jamal je moslimského vierovyznania, náboženstvo však nepraktikuje odkedy pricestoval na Slovensko. V Somálsku ukončil šesť rokov základnej školskej dochádzky, po jej skončení nebol zamestnaný, pomáhal pri prácach okolo domu a v záhrade. S priateľkou si plánujú založiť rodinu. Zaujíma sa o šport a veľmi sa mu páčia výlety po slovenských hradoch a zámkoch. Venuje sa aj štúdiu slovenského jazyka, komunikácia je pre neho stále obtiažna.

Zdravotná anamnéza: Na otázku, aké choroby prekonal v detstve nevie odpovedať, vážnejšie chorý nebol, v detstve mal zlomenú ruku. V súčasnej dobe nemá žiadne zdravotné problémy.

Profesijná anamnéza: Nakoľko má len základné vzdelanie a doma nikde nepracoval, nemá žiadne pracovné skúsenosti. V súčasnej dobe pracuje len ako pomocný robotník v sklade, čo by ale do budúcnosti chcel zmeniť, nakoľko zo svojho príjmu by nedokázal užiť rodinu.

Sociálna anamnéza: Jamal pracuje ako pomocný robotník, jeho príjem je dosť nízky a sotva stačí na to, aby pokryl svoje základné životné potreby. Zatiaľ je ubytovaný na ubytovni s ostatnými cudzincami, ale do budúcnosti by chcel žiť so svojou priateľkou. Jamal pricestoval na územie Slovenskej republiky koncom roka 2012. Cestoval autobusom zo Somálska do Etiópie a potom letecky z mesta Addis-Abbeba do Moskvy v Rusku. Cestoval na svoj vlastný cestovný pas, v ktorom mal turistické víza do Ruska. V Moskve na letisku ho oslovil muž menom David a ten ho odviezol do domu, kde okrem neho bolo veľa cudzincov. Zobrali mu cestovný pas a on im zaplatil 1700,- USD za ďalšiu cestu do Európy. Jeho cieľovou krajinou malo byť Nemecko a s tým vedomím nasadol do nákladného auta spolu s ostatnými Somáľčanmi. Po ceste museli presadnúť do iných vozidiel a takto cestovali asi šesť dní. Prišli k nejakej hranici a bolo im povedané, že tam už je Nemecko. Bol zadržaný v dedine blízko slovensko-ukrajinskej štátnej hranice a po zadržení požiadal o udelenie azylu na území Slovenskej republiky. Bol umiestnený v Záchytnom tábore Migračného úradu Ministerstva vnútra Slovenskej republiky v Humennom a následne presunutý do Pobytového tábora Migračného úradu Ministerstva vnútra Slovenskej republiky v Rohovciach, kde čakal až do rozhodnutia o jeho žiadosti o udelenie azylu. Azyl mu nebol udelený, ale bola mu poskytnutá doplnková ochrana na území Slovenskej republiky. Už v Rohovciach si zistil, aké sú jeho možnosti na Slovensku a tak po poskytnutí doplnkovej ochrany šiel rovno do Košíc, kde si prostredníctvom mimovládnej organizácie zabezpečil ubytovanie a následne aj zamestnanie. Zamestnal sa ako pomocný robotník v sklade v jednom obchodnom reťazci. V zamestnaní sa spoznal s terajšou priateľkou, ktorá pracuje ako pokladnička. Pozná sa s rodinou aj známymi jeho priateľky, akceptovali ho aj napriek jeho odlišnej farbe pleti, len ho veľmi trápi, že si nedokáže kvôli svojej obmedzenej znalosti slovenského jazyka nájsť lepšie platenú prácu.

Sociálny problém: Za sociálny problém uvedeného účastníka môžeme označiť jeho príchod na Slovensko a obmedzenú znalosť slovenského jazyka, ktorá mu sťažuje život po všetkých stránkach.

Status praesens: Vzhľadom na krátky čas pobytu na Slovensku sa snaží naučiť jazyk, životné podmienky prijal celkom rýchlo. S priateľkou plánujú spoločný život a chcú si založiť rodinu.

Prognóza: Jamal sa snaží čo najskôr naučiť slovenský jazyk, aby si mohol nájsť lepšie platené zamestnanie a v súčasnej dobe čaká na otvorenie kurzu na vysokoškolský vozík. Lepšie platené miesto by mu pomohlo zabezpečiť budúcu rodinu a zlepšiť jeho pocit spoločnosti k majoritnej spoločnosti.

Katamnéza: Pre krátkosť času nebola katamnéza realizovaná.

Rozhovor:

Využili ste po príchode na Slovensko niektoré sociálne služby alebo poradenstvo?

Keď som bol v Humennom a v Rohovciach využil som poradenstvo pracovníkov migračného úradu aj mimovládnej organizácie, vysvetlili mi celý azylový proces, čo sa bude so mnou diať. V Košiciach mi pomohli nájsť prácu aj ubytovanie, teraz prostredníctvom mimovládnej organizácie riešim rekvalifikačný kurz, aby som mohol zlepšiť svoju pozíciu v zamestnaní.

Podľa Vášho názoru, pomohli poskytnuté sociálne služby a poradenstvo pri Vašej integrácii do spoločnosti?

Určite mi pomohli, lebo bez nich by som si nenašiel prácu a nebol tak finančne nezávislý. Nechcem, aby som musel niekoho žiadať o peniaze, som hrdý, že si viem zarobiť sám na seba.

Využili ste po príchode na Slovensko poradenstvo niektorých štátnych alebo mimovládnych organizácií? V akej oblasti? Kto Vám ho poskytol? Ako by ste ho zhodnotili?

Po príchode mi poradili pracovníci migračného úradu aj mimovládnych organizácií, ale keď by som to mal všetko zhodnotiť, viac mi poradili a pomohli ľudia z mimovládnej organizácie. Dali mi informácie k azylovému konaniu, potom k možnostiam ubytovania, zamestnania, jazykového kurzu.

Boli ste spokojní s poradenstvom, ktoré Vám bolo poskytnuté?

Bol som veľmi spokojný, nakoľko som sa s niečím takým ešte nestretol, u nás doma nič také neexistuje.

Zlepšilo poskytnuté poradenstvo Vašu situáciu?

Určite zlepšilo, pretože som si mohol zarobiť peniaze na svoje živobytie a nebyť tak odkázaný na akúkoľvek pomoc.

Využili ste po príchode na Slovensko poradenstvo v oblasti služieb zamestnanosti, sociálnych vecí alebo sociálneho poistenia?

Len v oblasti zamestnanosti, keď som si hľadal prácu, ostatné som nevyužil, ani neviem, o čom to je.

Čo konkrétne Vám bolo odporúčané?

Poradili mi, aby som zatiaľ začal pracovať aj ako pomocný robotník, lebo neviem dobre rozprávať po slovensky a intenzívne sa učil jazyk. Ak budem vedieť dobre komunikovať, môžem si nájsť lepšie platenú prácu. Ďalej mi poradili, aby som si spravil rekvalifikačný kurz na vysokozdvížný vozík a aj týmto spôsobom si môžem zlepšiť svoju pozíciu v práci.

Podľa Vášho názoru, zlepšilo toto poradenstvo Vašu integráciu do majoritnej spoločnosti?

Určite zlepšilo, pretože v práci mám kolegov s ktorými sa rozprávam, tým pádom sa učim lepšie komunikovať v slovenskom jazyku. Našiel som si tam aj priateľku, ktorá mi tiež veľmi pomáha.

Využívanie sociálneho poradenstva cudzincami

Sociálne poradenstvo po príchode na územie Slovenskej republiky vyžívajú hlavne cudzinci, ktorí boli žiadateľmi o udelenie azylu a boli umiestnení v azylových zariadeniach Migračného úradu Ministerstva vnútra Slovenskej republiky. Žiadatelia o udelenie azylu prichádzajú na naše územie väčšinou bez finančných prostriedkov a nemajú tu žiadnych príbuzných alebo známych, ktorí by im pomohli s integráciou do spoločnosti. Svoje základné životné potreby si musia zabezpečiť sami z prostriedkov, ktoré si zarobia vlastnou prácou. Je pre nich veľmi podstatné, aby si hneď od začiatku zabezpečili hlavne ubytovanie a zamestnanie. Cudzinci, ktorí na naše územie prichádzajú k svojim príbuzným, majú u nich zabezpečené svoje základné životné potreby. Následne sa môžu zaevidovať na príslušnom úrade práce, sociálnych vecí alebo rodiny ako uchádzači o zamestnanie či hľadať si vhodné zamestnanie prostredníctvom mimovládnych organizácií. Sociálne poradenstvo pomáha cudzincom pri ich integrácii do majoritnej spoločnosti.

Cudzinci pri integrácii do majoritnej spoločnosti viac využívajú poradenstvo mimovládnych organizácií, ale využívajú aj poradenstvo štátnych organizácií, hoci v menšej

miere. Vo všeobecnosti sú veľmi spokojní s poradenstvom, nakoľko sa s niečím takým, ako sociálne služby či poradenstvo vo svojich domovských štátoch nestretli, nevedeli, že niečo také vôbec existuje. Cudzinci využívajú väčšinou len sociálne poradenstvo v oblasti služieb zamestnanosti. Poradenstvo v oblasti sociálnych vecí a sociálneho poistenia využívajú len v minimálnej miere, snažia sa byť odkázaní na akúkoľvek pomoc v rámci sociálneho zabezpečenia.

Cudzinci pri integrácii do majoritnej spoločnosti z ponúkaných sociálnych služieb využívajú väčšinou len poradenstvo a to v oblasti zamestnanosti a ubytovania. V rôznych azylových zariadeniach Migračného úradu Ministerstva vnútra Slovenskej republiky využívajú okrem uvedených oblastí poradenstva aj poradenstvo v azylovom konaní. Toto poradenstvo sa týka postupu v azylovom konaní, rôznym možnostiam ukončenia azylového konania, pretože nie každé azylové konanie sa končí udelením azylu alebo poskytnutím doplnkovej ochrany.

Z poradenstva je cudzincami najviac využívané poradenstvo v oblasti služieb zamestnanosti. Ako sme už uviedli, prvoradou úlohou cudzinca je nájsť si zamestnanie a tak mať finančné prostriedky na svoj ďalší život. Cudzinci sú spokojní s riešením ich problémov v oblasti zamestnanosti, podľa nich dostávajú komplexné a odborné poradenstvo, ktoré im pomôže nájsť si vhodnú prácu. Ďalej im je odporúčané, aby sa neustále zdokonaľovali v slovenskom jazyku, ktorý im pomôže nielen v hľadaní vhodného zamestnania, ale aj pri celkovej integrácii do majoritnej spoločnosti.

Nájsť si vhodné zamestnanie je pre cudzincov základnou podmienkou zabezpečenia si základných životných potrieb, zo svojich domovských štátov nie sú zvyknutí na to, že pokiaľ si nenájdu vhodnú prácu, môžu im byť poskytnuté rôzne dávky a príspevky v rámci sociálneho zabezpečenia. Preto cudzinci pokladajú za svoju prvoradú povinnosť nájsť si zamestnanie a ubytovanie.

Cudzinci sú veľmi spokojní s poskytovaním poradenstva tak štátnymi, ako aj mimovládnymi organizáciami a hodnotia ich veľmi kladne. Taktiež im pripisujú veľký podiel na ich integrácii do majoritnej spoločnosti, pretože sami a bez akejkoľvek pomoci by si nevedeli v cudzej krajine tak rýchlo zabezpečiť zamestnanie ani ubytovanie. Poradenstvo označili ako veľkú pomoc pre cudzincov, ktorí sa chcú stať plnohodnotnými členmi majoritnej spoločnosti.

V rámci poradenstva je viac využívané poradenstvo poskytované mimovládnymi organizáciami, ale cudzinci sú vo všeobecnosti spokojní aj s poradenstvom poskytovaným štátnymi organizáciami. Poskytovanie sociálnych služieb je pre mnoho cudzincov niečím novým, s čím sa ešte nikdy nestretli a v ich domovských štátoch sociálne služby či sociálna práca neexistujú.

Cudzinci pri svojej integrácii nevyužívajú sociálne služby v plnej miere, dávajú prednosť len poradenstvu, ostatné sociálne služby využívajú až keď nastane pre nich neriešiteľná situácia. Zo svojich domovských krajín si priniesli akúsi nedôveru v akékoľvek štátne organizácie a preto je veľmi problematické získať si ich dôveru alebo vôbec komunikovať s nimi o ich problémoch.

Na základe vyššie uvedeného odporúčame:

- zvýšiť informovanosť cudzincov o ich možnostiach využívať pri integrácii do majoritnej spoločnosti všetky dostupné sociálne služby,

- informovať širokú verejnosť o tom, že cudzinci neprichádzajú na naše územie s cieľom zneužívať náš sociálny systém, snažia sa zamestnať a zabezpečiť si základné prostriedky na živobytie vlastnou prácou,
- aby sme uľahčili integráciu cudzincov do spoločnosti, bolo by potrebné vypracovať účinnejšie koncepcie vyučovania slovenského jazyka nielen pre žiadateľov o medzinárodnú ochranu v azylových zariadeniach, ale aj pre cudzincov, ktorým bol na našom území povolený pobyt,
- v rámci ďalšieho vzdelávania sociálnych pracovníkov zamerať sa aj na sociálne poradenstvo poskytované cudzincom a tak im uľahčiť integráciu do našej spoločnosti.

Záver

V poslednom období je téma migrácie, integrácie, medzinárodnej ochrany veľmi diskutovanou nielen na úrovni odborníkov a politikov, ale aj u širokej verejnosti, ktorá získava informácie o tejto problematike hlavne z masmédií. Masmédiá prinášajú dennodenne nové informácie o príchode migrantov do krajín Európskej únie, taktiež prinášajú správy z rokovania politikov, ktorí sa snažia vzniknutú situáciu riešiť v rámci svojich kompetencií, ale aj „obyčajné ľudské príbehy migrantov“. Môžeme povedať, že téma migrácie a integrácie je v poslednom období jednou z najskloňovanejších tém.

Záverom chcem len podotknúť, aby sme nezabudli, že aj cudzinci sú „ľudia ako my“ len s inou farbou pleti, iným náboženstvom, inými postojmi k životu ako takému, a preto si zaslúžia rovnakú šancu žiť svoj život v slobodnej krajine tak ako my.

Zoznam použitej literatúry

- BARGEROVÁ, Z. - DIVÍNSKY, B. 2008. *Integrácia migrantov v Slovenskej republike. Výzvy a odporúčania od tvorcov politik*. Bratislava: IOM.
- BREZÁK, J. 2009. *Azylanti a iní migranti*. 1. vyd. Bratislava. : Birke. 2009. 145 s. ISBN 978 80-970236-8-3
- DOHNALOVÁ, E. 2012. *Úvod do sociálnej práce s migranty: Problematika migrace a integrace v ES/EU a České republikce*. Olomouc: CARITAS – Vyšší odborná škola sociální Olomouc. 2012. 124 s. ISBN 978-80-87623-02-2
- GABURA, J. – PRUŽINSKÁ, J. 1995. *Poradenský proces*. Praha: Sociologické nakladatelství. 1995. 147 s. ISBN: 978-80-85850-1-9
- HLINČIKOVÁ, M. a kol. 2014. *Migranti v meste prítomní a (ne)viditeľní*. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky a Centrum pre výskum etnicity a kultúry. 2014. 121 s. ISBN 978-80 89345-47-2
- HORÁKOVÁ, M. 2001. *Zaměstnávání cizinců v České republice, část I. integrace cizinců na trh práce*. [online]. Praha: VÚPSV, 2001. Dostupné na internete: <<http://praha.vupsv.cz/Fulltext/int1.pdf>>
- KURIC, A. 1997. *Uprchlíci a sociální práce*. 1. vyd. Brno: Vzdělávací nadace Jana Husa. 1997. 38 s. ISBN 80-7178-429-X
- MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNÝCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY, 2017 [online], 2017. [citované 2017-10-20]. Dostupné na internete: <<http://www.employment.gov.sk>>
- MINISTERSTVO VNÚTRA SR, 2017[online], 2017. [citované 2017-10-20]. Dostupné na

internet: <<http://www.minv.sk>>

NOVOŠAD, L. 2000. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním postižením nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portal. 2000. 160 s. ISBN 80-7178197-5

PAULÍČKA, I. et. al. 2005. *Všeobecný encyklopedický slovník*. Praha: Ottovo nakladatelství, s.r.o. 2005. 943 s. ISBN 80-7181-649-0

PRÍRUČKA O INTEGRÁCIÍ PRE TVORCOV POLITIKY A ODBORNÍKOV. 2007. EUR-OP. 2007. 97 s. ISBN: 978-917903-340-7

SCHAVEL, M. - OLÁH, M. 2010. *Sociálne poradenstvo a komunikácia*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. 2010. 218 s. ISBN: 80-8068-487-1

SLOVNÍK SPOLOČENSKÝCH VIED, 1997. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo – Mladé letá. 1997. 303 s. ISBN: 80-0801-040-1

STRIEŽENEC, Š. 1996. *Slovník sociálního pracovníka*. Trnava: AD. 1996. 255 s. ISBN: 80 967589-0-X

zákon č. 480/2002 Z.z. o azyle a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov

zákon č. 5/2004 Z.z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov

zákon č. 404/2011 Z.z. o pobyte cudzincov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

zákon č. 417/2013 Z.z. o pomoci v hmotnej núdzi a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

TRBOLA, R., RÁKOCZIOVÁ, M. 2010. *Výbrané aspekty života cizinců v České republice*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 2010. 128 s. ISBN 978-80-7416-0677

ŽÁKOVÁ, M. 2006. *Azylová problematika na Slovensku z pohľadu sociálnej práce*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave. 2006. 79 s.

Kontakt na autorov

Martin Jurašek, doc. ThDr. PaedDr. PhD.

e-mail: jurasek888@gmail.com

Slávka Levická, JUDr. PhDr. MBA

e-mail: s.levicka@centrum.sk

SOCIÁLNE SLUŽBY V PREŠOVSKOM SAMOSPRÁVNOM KRAJI

Social services in Prešov self-governing region

Jurčová Z., Mikulová L'

Abstrakt

Sociálne služby v rámci sociálnej podpory prešli zásadnými zmenami počas transformácie sociálnej sféry, ktorá so sebou priniesla nové princípy, zákonitosti, i možnosti pomoci občanom, ktorí sa ocitli v nepriaznivej sociálnej situácii. Cieľom príspevku je poskytnúť stručný prehľad o sociálnych a podporných službách na území Prešovského samosprávneho kraja, poukázať na systém inštitucionálnej starostlivosti o občanov so zdravotným postihnutím a v neposlednom rade aj na potrebu informovanosti o dostupnosti týchto služieb.

KLúčové slová: Občan. Sociálne služby. Nepriaznivá sociálna situácia. Spoločnosť.

Komplexná starostlivosť.

Abstract

During the transformation of welfare system social services have gone through significant changes. The transformation has brought new principles and possibilities of how to help people in need who find themselves in unfavourable situation. The aim of the article is to provide a brief overview of social and supportive services in the area of Prešov self-governing region and to point at the system of institutional care of disabled citizens and the need of their availability.

Key words: Citizen. Social service. Unfavorable social situation. Society. Comprehensive care.

Úvod

Poskytovanie sociálnych služieb sa začleňuje k základným otázkam života obyvateľov. Prostredníctvom sociálnych služieb sa realizujú sociálne práva občanov, ako právo na dôstojný život v starobe, chorobe, pri strete sebestačnosti a pod. Slúžia taktiež ako formy riešenia nepriaznivej sociálnej situácie vzhľadom k tomu, že sú zamerané na „*prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, riešenie nepriaznivej sociálnej situácie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, rodiny alebo komunity, zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti fyzickej osoby viesť samostatný život a na podporu jej začlenenia do spoločnosti, zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby, riešenie krízovej sociálnej situácie fyzickej osoby a rodiny, prevenciu sociálneho vylúčenia fyzickej osoby a rodiny*“ (zákon o sociálnych službách).

Rozvoj sociálnych služieb v zariadeniach v zriaďovateľskej pôsobnosti samosprávneho kraja je orientovaný na transformačný proces so zameraním na zvyšovanie kvality sociálnych služieb a otvaraním sa zariadení na poskytovanie sociálnych služieb aj pre okolité obyvateľstvo.

Sociálne služby sú integrálnou súčasťou verejných služieb (popri školstve a zdravotníctve) a zohrávajú aj na našom území dvojakú úlohu: 1. zdroj pracovných miest – teda ako

produktívny faktor a 2. umožňujú podporiť občana v sociálnej núdzi smerom jeho integrácie do spoločnosti, čím eliminujú sociálnu exklúziu.

Obidva faktory zohrávajú dôležitú úlohu práve v regióne Prešovského samosprávneho kraja (PSK), ktorý je považovaný za región s najvyššou mierou nezamestnanosti a vzhľadom na štruktúru obyvateľstva aj región chudoby. Sociálne služby na našom území sú tým prvkom, kde stále prevláda dopyt nad ponukou služieb všetkého druhu, najmä nových foriem, pri ktorých väčšia zodpovednosť zostáva na rodine.

Sociálne služby

Dôležitou súčasťou sociálnych politík každej spoločenskej formácie je aj poskytovanie sociálnych služieb tým, ktorí sú v určitej oblasti a určitou mierou odkázaní v každodennom živote na pomoc iných osôb. Praktické poskytovanie sociálnych služieb chápeme ako profesionálnu aktivitu, ktorá umožňuje jednotlivcovi alebo skupinám eliminovať osobné alebo skupinové sociálne problémy. Podobne ako ostatné súčasti sociálnej politiky aj sociálne služby prešli svojim vývojom, v závislosti od toho, ako sa vyvíjala celá spoločnosť. Aj v Slovenskej republike v rôznych vývojových etapách hovoríme o sociálnom zabezpečení, sociálnej starostlivosti a napokon sociálnej pomoci.

Charakteristika sociálnych služieb

Sociálne služby možno definovať z viacerých pohľadov. V zahraničnej literatúre sa stretávame s označením sociálnych služieb ako služieb verejných, humanitných, ale i takých, ktoré poskytujú výhody tým, ktorí majú problém. Ďalej možno definovať, že sú to činnosti vykonávané v prospech iného (nie formou dávok a regulácie). Samotné definovanie sociálnych služieb v skutočnosti presahuje samotné vymedzenie oblasti pôsobenia sociálnych služieb, čo sa v konečnom dôsledku odrazi v oblasti zastrešenia, koordinovania a riadenia sociálnych služieb.

Sociálne služby možno stručne charakterizovať ako služby rozličných subjektov zamerané na sociálne potreby ľudí, ktorí sa ocitli v stave sociálnej núdze, resp. minimálne v jeho riziku. Podľa niektorých autorov sa pojem sociálne služby čiastočne prekrýva so širšou kategóriou verejných služieb. Verejné služby sú služby poskytované v záujme verejnosti a na rozdiel od komerčných služieb sú financované z verejných rozpočtov, a preto sú podrobnejšie definované legislatívou ako iné služby a sú viac závislé na politickom rozhodovaní štátu, samosprávneho kraja a obce. Samozrejme, že sociálna služba môže byť poskytovaná aj ako služba komerčná na základe obchodnej zmluvy medzi poskytovateľom a užívateľom tak isto v rámci platnej legislatívy. (Repková, 2007).

V najvšeobecnejšom poňatí možno služby chápať ako nástroj (spôsob, metódu) sociálnej politiky a praktického presadzovania záujmov spoločnosti vo vzťahu k ľuďom odkázaným na pomoc. Aj v tejto oblasti však existuje pojmová variabilita a medzipojmová hierarchia. Najvšeobecnejšie vymedzenie služieb nachádzame v článku 50 Zmluvy o založení Európskeho spoločenstva (V Amsterdamskom znení, 1997), podľa ktorého sa za službu považuje úkon, ktorý sa bežne poskytuje za odplatu. Ide o činnosti priemyselnej, obchodnej a remeselnej povahy či o činnosti v oblasti slobodných povolání.

Viacerí odborníci a odborníčky (napr. Abeele, 2001, Pillinger, 2001, Huber, 2006) zdôrazňujú osobitnú podstatu služieb zameraných na uspokojovanie sociálnych potrieb ľudí,

kedy procesy a záujmy voľnej trhovej liberalizácie v službách musia byť sprevádzané (dopĺňané) rozličnými podpornými opatreniami a mechanizmami, nakoľko samotná „neviditeľná ruka trhu“ nemôže nahrádzať garanciu štátu v ochrane všeobecných spoločenských záujmov. Preto bola vyvinutá a právne na európskej úrovni upravená kategória tzv. služieb vo verejnom záujme (services of general economic interest). Ich koncept je založený na spoločných hodnotách a cieľoch, akými sú (Huber, 2006): univerzálny prístup pre všetkých (sociálny, priestorový a finančný), garancia kontinuity služby, kvalita služieb, možnosť dovoliť si službu a jej udržateľnosť, súladnosť s potrebami užívateľov, ochrana konzumenta.

Právo prístupu k týmto službám zaručuje všetkým občanom článok 36 Charty základných práv EÚ s cieľom podporovať sociálnu a teritoriálnu (regionálnu) kohéziu v EÚ. Podľa E. van den Abeeleho (2001, s. 90) sú služby všeobecného záujmu „...*jadrom európskeho sociálneho modelu ... a ochraňujú kolektívne záujmy Európanov*“. H. van Ewijk (2005) považuje riešenie problému financovania sociálnych služieb a opatrovania (či má ísť o uplatnenie verejných, neziskových alebo trhových stratégií) za jednu zo základných otázok rozvoja systému služieb a opatrovania v EÚ.

J. Pillinger (2001, s. 3) nazýva vyššie uvedený typ služieb verejné sociálne služby (public social services) a definuje ich ako „*služby, ktoré občanom poskytujú platení pracovníci (v niektorých prípadoch aj neplatení dobrovoľníci a rodinní príslušníci) s cieľom uspokojovať ich všeobecné sociálne potreby, regulujú ich, financujú a poskytujú orgány na úrovni miestnej samosprávy, regionálnej i štátnej správy a týkajú sa oblasti zdravotníctva, vzdelávania, sociálnych služieb, bývania, zamestnávania a sociálneho zabezpečenia*“. Autorka pripomína, že koncept verejných sociálnych služieb sa používa na odlišenie od tých služieb, ktoré v zmysle Zmluvy o EÚ spadajú pod povinné verejné služby (public service obligation) poskytované na základe liberalizácie a konkurencie (napr. všeobecné verejné prepravné služby, telekomunikačné služby).

Sociálne služby (social services) sú primárne zamerané na uspokojovanie sociálnych potrieb ľudí v núdzi a ľudí ohrozených núdzou (rizikom). Sú koncentrovaným výrazom v presadzovaní záujmov sociálneho štátu. Napriek ich jasnej zameranosti nachádzame v odbornej literatúre (zdrojoch) rozličné vymedzenia sociálnych služieb, od vymedzení najširších (napr. Svetová banka) po vymedzenia pomerne úzke, špecifikované (napr. v našom systéme sociálnej pomoci). Svetová banka vymedzuje sociálne služby ako „*služby všeobecne poskytované vládou za účelom zlepšenia životného štandardu ľudí; príkladom sú verejné nemocnice a kliniky, kvalitné komunikácie, zásobovanie čistou vodou, zabezpečenie zberu odpadu, elektrina a komunikácie*“. Takéto široké vymedzenie korešponduje s predtým uvedeným vymedzením povinných verejných služieb. Častejšie sa sociálne služby vymedzujú užšie, ako osobitná súčasť v rámci kategórie verejných sociálnych služieb podľa koncepcie J. Pillinger (2001).

Podľa B. Mundaya je v európskom kontexte veľmi problematické súhlasiť s nejakým jednotným vymedzením sociálnej služby, najmä ak zoberieme do úvahy fakt, že v rozličných európskych krajinách sa na označenie tej istej veci používajú alternatívne rozličné pomenovania (napr. sociálne služby, sociálny blahobyť/starostlivosť, sociálna ochrana, sociálna starostlivosť, sociálna práca). Preto autor pre situácie, kedy je potrebné zdôrazniť individualizovanú charakteristiku služby, jej zameranie na individuálne potreby konkrétneho

užívateľa a užívateľky, navrhuje komplexnejší pojem osobné sociálne služby (personal social services). Prívlastok „osobné“, t. j. dôsledne dizajnované podľa potrieb konkrétneho človeka, ich pomáha odlíšiť od plnení pre širšie skupiny ľudí vymedzené nejakým spoločným kritériom, napr. od priamych platieb pre osoby so zdravotným postihnutím či pre nezamestnané osoby.

L. Brichtová (2011) namieta stotožňovanie sociálnych služieb a sociálnej práce, aj keď k nim pristupuje ako k významne spojeným spoločenským systémom. Poukazuje na to, že sociálne služby sa síce vykonávajú prostredníctvom sociálnej práce, že nadväzujú na jej poznatky a dosiahnutý stupeň poznania. Angažujú sa v nich však aj odborníci a odborníčky z iných disciplín (napr. z oblasti pedagogiky, andragogiky, psychológie, liečebnej pedagogiky, posudkovej medicíny, práva, ošetrovateľstva); a naopak, sociálna práca sa nerealizuje len v rámci systému sociálnych služieb (v zmysle platnej legislatívy a určeného miesta v systéme sociálneho zabezpečenia/ochrany), ale aj v rámci iných subsystémov sociálnej ochrany (napr. v oblasti dávkových schém, riešenia hmotnej núdze osôb, služieb zamestnanosti, sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, penitenciárnej a postpenitenciárnej sociálnej práce, podnikovej či školskej sociálnej práce).

Aj podľa M. Hubera (2006) možno v najširšom poňatí do sociálnych služieb zahrnúť sociálne poistenie a programy sociálnej ochrany, teda všetky tie intervencie, ktoré zvykneme nazývať „sociálne zabezpečenie“. Autor z nich podobne ako B. Munday vyčleňuje osobné sociálne služby, ktoré delí do piatich sektorov: dlhodobá starostlivosť, starostlivosť o starších ľudí a starostlivosť o ľudí so zdravotným postihnutím, služby sociálnej integrácie a reintegrácie (s dôrazom na migrantov), služby trhu práce zamerané na znevýhodnené skupiny a osoby so zdravotným postihnutím, starostlivosť o deti (služby poskytované rodinám pred nástupom detí do škôlky a poobedné služby pre deti školského veku), sociálne bývanie. Komplexné a diverzifikované ponímanie sociálnych služieb podľa jednotlivých vecných a osobných domén podľa B. Mundaya či M. Hubera korešponduje s vyššie uvedeným ponímaním verejných sociálnych služieb. J. Pillinger je ponímanie širšie ako vymedzenie v slovenskej legislatíve i praxi. Na rozdiel od širšieho európskeho vymedzenia sa medzi „tradičné“ sociálne služby na Slovensku nezahŕňajú služby trhu práce, ktoré sú predmetom osobitnej právnej úpravy (zákona o službách zamestnanosti).

Podľa predchádzajúcej legislatívy (zákon o sociálnej pomoci), podobne aj v rámci súčasnej úpravy (zákon o sociálnych službách), sa pri definičnom vymedzení sociálnej služby v národných podmienkach kladie primárny dôraz na špecializovanosť/odbornosť činnosti, ktorou sa pri poskytovaní sociálnych služieb pomáha prekonávať situácia sociálnej núdze jednotlivca, rodiny, skupiny či komunity.

V podmienkach Slovenska je vymedzenie sociálnych služieb ešte užšie. Sú špecifikované v rámci osobitnej právnej úpravy bez explicitnejšieho prepojenia na iné typy verejných služieb (napr. v oblasti zamestnanosti, zdravotníctva, bývania/nie v zmysle „bývania“ v zariadeniach sociálnych služieb).

Zákon o sociálnych službách definuje sociálnu službu ako odbornú činnosť, obslužnú činnosť alebo ďalšiu činnosť alebo súbor týchto činností, ktoré sú zamerané na: prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, riešenie nepriaznivej sociálnej situácie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, rodiny alebo komunity, zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopností fyzickej osoby viesť samostatný život a na podporu jej

začlenenia do spoločnosti, zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby, riešenie krízovej sociálnej situácie fyzickej osoby a rodiny, prevenciu sociálneho vylúčenia fyzickej osoby a rodiny.

V súčasnosti nesie zodpovednosť za stav sociálnych služieb na Slovensku samospráva, pričom koncepčné otázky rieša vyššie územné celky (VÚC). Okrem výkonnej funkcie majú úlohu aj zabezpečovať tvorbu koncepcie a koordinácie sociálnych služieb v regiónoch. Prenos kompetencií od roku 2002 sprevádza snaha zlepšiť dostupnosť a kvalitu sociálnych služieb, čo však v konkrétnych situáciách miestnych a regionálnych pomerov nie je ľahké zvládnuť.

Ako pomôcka pre regionálne orgány sa ukázalo vypracovanie samostatných koncepcií rozvoja sociálnych služieb, čo bol stimul pre začlenenie sociálnych služieb do celkových úvah o stratégii rozvoja regiónu a zároveň bol odrazovým mostíkom na prípravu podrobných plánov postupného dokompletizovania a zabezpečenia fungovania sociálnych služieb podľa možnosti a potrieb obyvateľov regiónu. Zastupiteľské orgány vo VÚC začali s prípravou takýchto koncepcií hneď v nadväznosti na legislatívou určený prenos kompetencií. Neskôr zastupiteľstvá pripravili novšie koncepcie, zohľadňujúce zmenený stav.

Ako sme vyššie spomínali, sociálne služby predstavujú mimoriadne dôležitú oblasť spoločnosti, ktorá silno ovplyvňuje kvalitu života každého človeka, predovšetkým v nepriaznivých, ťažkých životných etapách. Ide predovšetkým o obdobie životného cyklu človeka, kedy je priamo on alebo niektorý z jeho blízkych odkázaný na pomoc systému sociálnych služieb. Rozsah a kvalita sociálnych služieb preukazuje mieru vyspelosti spoločnosti. Vyspelý štát sa prostredníctvom legislatívnych požiadaviek na poskytovateľov sociálnych služieb usiluje stanoviť a zabezpečiť minimálnu úroveň kvality sociálnych služieb.

Rôznorodosť činností sociálnych služieb

Potreba rôznorodosti sociálnych služieb z hľadiska ich druhov a foriem vychádza z rôznorodosti nepriaznivých sociálnych situácií, ktoré sociálne služby pokrývajú a cieľových skupín, ktorým sa poskytujú. Cez rôznorodosť druhov a foriem sa bezprostredne realizuje princíp individualizácie v sociálnych službách charakterizujúci celý pilier sociálnej pomoci, ktorého sú sociálne služby systémovou súčasťou. V sociálnych službách sa angažujú odborníci a odborníčky rozličných disciplín a stupňov kvalifikovanosti, čo objektívne vychádza z rôznorodosti činností, ktoré sa v rámci nich vykonávajú. Ide o odborné činnosti, obsluhné činnosti, ďalšie činnosti. Zákon o sociálnych službách presne vymedzuje, ktoré odborné, obsluhné a ďalšie činnosti je poskytovateľ povinný poskytovať, ktoré zabezpečovať a pre ktoré je povinný vytvárať podmienky pre ich vykonávanie v závislosti od druhu sociálnej služby, ktorú poskytuje.

Druhy sociálnych služieb

Nepriaznivé sociálne situácie, na ktoré sú zamerané sociálne služby, sú v rámci slovenskej legislatívy rozdelené do oblastí, v rámci ktorých sa poskytujú špecifické druhy sociálnych služieb špecifickým cieľovým skupinám.

V zmysle ustanovení zákona o sociálnych službách sa sociálne služby delia na :

- a) sociálne služby na zabezpečenie nevyhnutných životných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb v zariadeniach, ktorými sú: nocľaháreň,

útulok, domov na pol ceste, nízkoprahové denné centrum, zariadenie núdzového bývania.

- b) sociálne služby na podporu rodiny s deťmi, ktorými sú: pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa a podpora zosúladovania rodinného života a pracovného života, poskytovanie sociálnej služby v zariadení dočasnej starostlivosti, poskytovanie sociálnej služby v nízkoprahovom dennom centre pre deti a rodinu.
- c) sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku, ktorými sú: poskytovanie sociálnej služby v zariadení pre fyzické osoby, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre fyzické osoby, ktoré dovŕšili dôchodkový vek, opatrovateľská služba, prepravná služba, sprievodcovská služba a predčitateľská služba, tlmočnická služba, sprostredkovanie tlmočnickej služby, sprostredkovanie osobnej asistencie, požičiavanie pomôcok.
- d) sociálne služby s použitím telekomunikačných technológií, ktorými sú: monitorovanie a signalizácia potreby pomoci, krízová pomoc poskytovaná prostredníctvom telekomunikačných technológií.
- e) podporné služby, ktorými sú: odľahčovacia služba, pomoc pri zabezpečení opatrovníckych práv a povinností, poskytovanie sociálnej služby v dennom centre, poskytovanie sociálnej služby v integračnom centre, poskytovanie sociálnej služby v jedálni, poskytovanie sociálnej služby v práci, poskytovanie sociálnej služby v stredisku osobnej hygieny.

Sociálne služby možno účelne a vhodne spájať. Sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku, podľa zákona o sociálnych službách sú poskytované v zariadení pre fyzické osoby, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre fyzické osoby, ktoré dovŕšili dôchodkový vek.

Na poskytovanie sociálnej služby pre fyzické osoby odkázané na pomoc inej fyzickej osoby, vyšší územný celok a príslušný orgán zriaďuje: zariadenie podporovaného bývania, zariadenie pre seniorov, zariadenie opatrovateľskej služby, rehabilitačné stredisko, domov sociálnych služieb, špecializované zariadenie, denný stacionár.

Zákon o sociálnych službách umožňuje účelné a vhodné zlučovanie vyššie uvedených sociálnych služieb, príp. ich vhodnú kombináciu. Sociálne služby predstavujú špeciálny súbor činností zameraných na uspokojovanie individuálnych alebo aj kolektívnych potrieb občanov. Cieľom konkrétnej sociálnej služby je zabezpečenie a ochrana určitej úrovne kvality života prijímateľov sociálnych služieb, ktorá je vyjadrená v oficiálnej sociálnej politike štátu. Dôležitým aspektom zmien je aj zapájanie sa dobrovoľníkov do činností jednotlivých zariadení sociálnych služieb. (Lachytová, 2014)

Z hľadiska zabezpečenia sociálnej služby pre občanov, ktorí sú na sociálnu službu odkázaní, je významným prínosom zadefinovanie povinnosti poskytnúť sociálnu službu. Táto povinnosť je uložená obci alebo vyššiemu územnému celku podľa druhu požadovanej sociálnej služby. Príslušná obec alebo vyšší územný celok poskytne sociálnu službu v rámci svojej pôsobnosti alebo vo svojom zariadení, ak disponuje voľnými kapacitami.

V prípade, že to tak nie je, zabezpečí službu u iného verejného poskytovateľa, t. j. u inej obce alebo iného vyššieho územného celku, ak s tým súhlasí žiadateľ, pričom zabezpečí

úhradu nákladov na sociálnu službu tomuto poskytovateľovi. Ak ani táto varianta nie je možná, zabezpečiť službu u neverejného poskytovateľa, ktorého si vyberie žiadateľ, takisto za úhradu nákladov za sociálnu službu.

Sociálne služby v intenciách tohto zákona môže poskytovať len zariadenie, ktoré je zapísané v registri poskytovateľov sociálnych služieb, ktorý vedie vyšší územný celok. Podmienkou poskytovania sociálnej služby je uzatvorenie písomnej zmluvy, ktorej zmluvnými stranami sú poskytovateľ sociálnej služby a prijímateľ sociálnej služby. Kontrola kvality poskytovaných sociálnych služieb jednotlivými poskytovateľmi sociálnych služieb je vykonávaná Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny SR formou dohľadu. Sociálne služby sa nelíšia len zaradením do vyššie uvedených oblastí a druhov, ale aj formou, akou sa poskytujú. Platná legislatíva sa pri vymedzovaní foriem sociálnych služieb opiera o teoretické poznatky pomáhajúcich disciplín. V súlade s tým je sociálne služby možné poskytovať: ambulantnou formou, terénnou formou, pobytovou formou, inou formou. Následne platí všeobecná zásada prednosti terénnej alebo ambulantnej formy služby pred pobytovou, a v rámci pobytovej formy prednosť týždennej pobytovej sociálnej služby pred takou, ktorá sa poskytuje celoročne.

Individualizácia pomoci môže byť niekedy komplikovaná procedúrami uplatňovanými v konaní o poskytnutie sociálnej služby. Konanie sa v zmysle zákona začína žiadosťou odkázanej osoby o posúdenie odkázanosti na tú sociálnu službu, ktorú si vybrala. Rozhodnutie o odkázanosti je následne základom rozhodovania o samotnom poskytovaní sociálnej služby u poskytovateľa, ktorého si žiadateľ vyberie. Proces je bezproblémový v prípade, že je dobre informovaný o možnostiach a na základe informácií sa obracia na ten orgán, ktorý je príslušný pre rozhodovanie o tej sociálnej službe, o ktorú má záujem (v takýchto prípadoch robí žiadateľ tzv. informovaný výber). Často sa však stáva, že odkázaná osoba nemá dostatok potrebných informácií, žiadosť o posúdenie odkázanosti môže zamerať na službu, ktorá nezodpovedá jej skutočným potrebám a celkový proces sa tak môže komplikovať.

Pre minimalizáciu komplikácií tohto druhu je rozhodujúca informačno-poradenská práca samosprávnych orgánov, osobitne miest a obcí, ktorá by mala predchádzať podávaniu samotnej žiadosti o posúdenie a výberu poskytovateľa sociálnej služby. Preto zákon ustanovuje, že súčasťou každej sociálnej služby je základné sociálne poradenstvo.

Pôsobnosť Prešovského samosprávneho kraja

V predchádzajúcej časti príspevku sme spomenuli, že decentralizáciou sociálnych služieb sa preniesli kompetencie zo štátu na samosprávy. Decentralizácia sociálnych služieb a prenos kompetencií bol riešený zákonom NR SR č. 416/2001 Z. z. o prechode niektorých pôsobností z orgánov miestnej štátnej správy na obce a vyššie územné celky a následne zákonom o sociálnych službách.

Vyššie územné celky sa riadia platnou legislatívou SR. Ich postavenie a pôsobnosť určuje § 21 zákona NR SR č. 302/2001 Z. z. o samospráve vyšších územných celkov (zákon o samosprávnych krajoch) v znení neskorších predpisov. Samosprávny kraj sa pri výkone samosprávy stará o všestranný rozvoj svojho územia a o potreby svojich obyvateľov. Pritom najmä: zabezpečuje tvorbu a plnenie programu sociálneho, ekonomického a kultúrneho rozvoja územia samosprávneho kraja, vykonáva plánovacie činnosti týkajúce sa územia samosprávneho kraja, obstaráva, prerokúva a schvaľuje územnoplánovacie podklady

samosprávneho kraja a územné plány regiónov, účelne využíva miestne ľudské, prírodné a iné zdroje, vykonáva vlastnú investičnú činnosť a podnikateľskú činnosť v záujme zabezpečenia potrieb obyvateľov samosprávneho kraja a rozvoja samosprávneho kraja, zakladá, zriaďuje, zrušuje a kontroluje svoje rozpočtové a príspevkové organizácie a iné právnické osoby podľa osobitných predpisov, podieľa sa na tvorbe a ochrane životného prostredia, utvára predpoklady na optimálne usporiadanie vzájomných vzťahov sídelných útvarov a ostatných prvkov svojho územia, obstaráva a schvaľuje program rozvoja v oblasti poskytovania sociálnych služieb a spolupracuje s obcami a inými právnickými osobami a fyzickými osobami pri výstavbe zariadení a bytov určených na poskytovanie sociálnych služieb, utvára podmienky na rozvoj zdravotníctva, utvára podmienky na rozvoj výchovy a vzdelávania, najmä v stredných školách, a na rozvoj ďalšieho vzdelávania, utvára podmienky na tvorbu, prezentáciu a rozvoj kultúrnych hodnôt a kultúrnych aktivít a stará sa o ochranu pamiatkového fondu, utvára podmienky na rozvoj cestovného ruchu a koordinuje tento rozvoj, koordinuje rozvoj telesnej kultúry a športu a starostlivosť o deti a mládež, spolupracuje s obcami pri tvorbe programov sociálneho a ekonomického rozvoja obcí, podieľa sa na riešení problémov, ktoré sa týkajú viacerých obcí na území samosprávneho kraja, rozvíja spoluprácu s územnými celkami a s orgánmi iných štátov, vykonáva ďalšie pôsobnosti ustanovené osobitnými zákonmi.

Výkon kompetencií v oblasti sociálnych služieb realizuje Úrad PSK prostredníctvom Odboru sociálneho, ktorý vypracúva, schvaľuje koncepciu rozvoja sociálnych služieb vo svojom územnom obvode, zriaďuje, zakladá a kontroluje útulok, domov na polceste, zariadenie núdzového bývania, zariadenie dočasnej starostlivosti o deti, zariadenie podporovaného bývania, rehabilitačné stredisko, domov sociálnych služieb, špecializované zariadenie, integračné centrum, zabezpečuje poskytovanie sociálnej služby v útulku, v domove na polceste, v zariadení núdzového bývania, v zariadení dočasnej starostlivosti o deti, v zariadení podporovaného bývania, v rehabilitačnom stredisku, v domove sociálnych služieb, v špecializovanom zariadení, v integračnom centre, zabezpečuje poskytovanie podpory samostatného bývania, tlmočnicke služby, sociálne poradenstvo a služby včasnej intervencie, poskytuje základné sociálne poradenstvo, vyhotovuje posudok o odkázanosti na sociálnu službu, vykonáva zápis do registra poskytovateľov sociálnych služieb (oprávnenie poskytovať sociálnu službu vzniká odo dňa zápisu do registra), vydáva výpis z registra, vykonáva výmaz z registra, uzatvára zmluvu o poskytovaní finančného príspevku pri odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby pri úkonoch sebaobsluhy a finančného príspevku na prevádzku poskytovanej sociálnej služby neverejnému poskytovateľovi sociálnej služby, o uhradení ekonomicky oprávnených nákladov verejnému poskytovateľovi, kontroluje úroveň poskytovania sociálnych služieb a hospodárenie s finančným príspevkom samosprávneho kraja.

PSK v oblasti sociálnej pomoci má v svojej zriaďovateľskej pôsobnosti 25 zariadení sociálnych služieb s právnou subjektivitou, v ktorých poskytuje rôzne druhy sociálnych služieb v zmysle zákona o sociálnych službách. Ide o tieto druhy: domovy sociálnych služieb, zariadenie pre seniorov, špecializované zariadenie, zariadenie podporovaného bývania, rehabilitačné stredisko, zariadenie núdzového bývania, útulok, domov na polceste. V oblasti sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately poskytuje sociálne služby v krízovom stredisku (zákon NR SR č. 305/2005 Z. z. v znení neskorších predpisov). PSK taktiež

poskytuje finančné príspevky neverejným poskytovateľom sociálnych služieb, ktorými sú právnické a fyzické osoby poskytujúce sociálne služby v zmysle zákona o sociálnych službách.

Samosprávny kraj prijímal zmeny, ktoré často prichádzali rýchlo a nečakane. Úlohou a hlavným cieľom bolo zvládnuť všetko, čo bolo samosprávnemu kraju odstúpené – technicky, organizačne i finančne. Zabezpečoval nielen chod organizácií, ale aj modernizáciu, rozvojové projekty, jednotlivé rezorty racionalizoval, hľadal možnosti financovania. Napríklad do ciest investoval viac ako 100 miliónov €, cestárom zabezpečil novú techniku, prevzal a transformoval zdravotnícke zariadenia. V jednotlivých okresoch racionalizoval systém stredných škôl, ktoré prešli tiež obrovskou modernizáciou. Stále znižuje pasívny dlh v ďalších kultúrnych i sociálnych zariadeniach. Úspešne zrealizoval zámer efektívne využiť štrukturálne fondy na rozvoj kraja a iné grantové schémy. Maximálne využíva Regionálny operačný program a rôzne ďalšie, hlavne cezhraničné programy.

Samosprávny kraj sa vo svojej existencii stal neoddeliteľnou súčasťou spoločenského diania i každodenného života v jednotlivých regiónoch, mikroregiónoch, okresoch, mestách i obciach. Preto považujeme za dôležité aj pre budúcnosť zachovať minimálne súčasnú mieru decentralizácie. Kraj ukázal svoju životaschopnosť a efektívnosť vynaloženého úsilia a zdrojov pre blaho svojich obyvateľov. Môžeme konštatovať, že systém fungovania krajskej samosprávy je nastavený – a čo je dôležité – je nastavený dobre. A to tak, aby všetko bolo v prospech občanov, obyvateľov samosprávneho kraja.

Spektrum poskytovaných sociálnych služieb v PSK

Keďže zákon o sociálnych službách ponúka aj nové druhy sociálnych služieb, PSK v roku 2009, vzhľadom na svoju pôsobnosť v zmysle tohto zákona, prehodnotil kapacity a skladbu prijímateľov sociálnych služieb v zariadeniach sociálnych služieb v zriaďovateľskej pôsobnosti PSK a potrebu špecializovaných zariadení. Napriek skutočnosti, že špecializované zariadenia sa pri poskytovaní jednotlivých činností významne neodlišujú od domova sociálnych služieb, ich osobitosťou je možnosť dôslednejšieho a intenzívnejšieho zamerania sa na fyzické osoby s vybraným druhom zdravotného postihnutia.

Špecializované poradenstvo

V okrese Kežmarok absentuje poskytovanie špecializovaného poradenstva, najpočetnejšia sieť špecializovaného poradenstva je v meste Prešov. Pozitívne hodnotíme kvalitu poskytovania špecializovaného poradenstva cieľovej skupine občanov slabozrakých a nevidiacich a ženám, na ktorých je páchané násilie, pozitívne hodnotíme poskytovanie špecializovaného poradenstva spoluprácou poradcu s psychológom, právnikom, psychiatrom – čo predpokladá a poukazuje na komplexný prístup k riešeniu problému fyzickej osoby, v spolupráci s jej rodinou. Poradenstvo pre marginalizované komunity sa spravidla orientuje na riešenie sociálnej situácie v súvislosti s vybavením dávky v hmotnej núdzi, dôchodku, hľadania zamestnania, kontaktu, resp. sprevádzania po úradoch a pod.

Sociálne služby pre seniorov

PSK zaregistroval poskytovateľov sociálnych služieb, ktorí na území PSK poskytujú sociálnu službu, ktorí podľa § 39 zákona o sociálnych službách, v špecializovanom zariadení pre fyzické osoby so zdravotným postihnutím Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba a demencie rôzneho typu etiológie: Domov pre seniorov Stará Ľubovňa, Zariadenie sociálnych

služieb v Tovarnom, Seniorpark n.o, Kvetnica, Ošetrovateľské centrum Humenné, Ako doma Prešov, Vranovská nemocnica, Život n. o, Spišské Hanušovce, Jeseň života. Pre fyzické osoby so zdravotným postihnutím schizofrénia: Domov sociálnych služieb v Ličartovciach a Centrum sociálnych služieb Dúbrava. Pre fyzické osoby zdravotným postihnutím autizmus: Francesco – regionálne autistické centrum Prešov.

PSK zabezpečuje sociálne služby pre seniorov pobytovou formou 60 poskytovateľmi s celkovou kapacitou 1 765 miest. Okrem pobytovej formy sú služby seniorom poskytované ambulantnou a terénnou formou.

Vzhľadom na zrýchľujúci sa proces starnutia obyvateľstva považujeme problematiku poskytovania sociálnych služieb pre seniorov za kľúčovú. Je v záujme samosprávy v Prešovskom kraji, aby v súlade s národnými prioritami, podporovali udržania občana v domácom prirodzenom prostredí, preto je kladený dôraz na poskytovanie poradenstva a širokej palety záujmových činností pre seniorov, najmä prostredníctvom denných centier s cieľom aktivizovať ich psychické a fyzické možnosti, ponúknuť im zmysluplné trávenie voľného času a tak prispieť k oddialeniu ich odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, resp. zariadenia.

Proces starnutia obyvateľstva predpokladá neustále sa zvyšujúci dopyt po sociálnych službách pre seniorov, čo kladie nároky najmä na mestá a obce, ktoré majú poskytovanie sociálnych služieb seniorom v priamej kompetencii.

Sociálne služby pre občanov so zdravotným postihnutím

Na území PSK je pre občanov so zdravotným postihnutím poskytovaná sociálna služba v 72 zariadeniach sociálnych služieb s celkovou kapacitou 2 813 miest.

Domov sociálnych služieb

V domove sociálnych služieb sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby s najmenej V. stupňom odkázanosti alebo je nevidiaca alebo prakticky nevidiaca s najmenej III. stupňom odkázanosti na základe výsledkov posudkovej činnosti samosprávneho kraja. V domove sociálnych služieb je služba zameraná na všetky cieľové skupiny ťažko zdravotne postihnutých občanov – deti, mládež, dospelých i seniorov.

Špecializované zariadenie

V špecializovanom zariadení sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je na základe posudkovej činnosti samosprávneho kraja odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby s najmenej V. stupňom odkázanosti a má zdravotné postihnutie, ktorým je najmä pervazívna vývinová porucha, skleróza multiplex, schizofrénia, hluchoslepota, AIDS. Na území kraja je služba poskytovaná prevažne celoročnou pobytovou formou a cieľovú skupinu tvoria najmä dospelí a seniori. Ambulantnú formu poskytuje špecializované zariadenie v okrese Prešov, ktoré poskytuje sociálnu službu deťom s diagnózou autizmu.

Zariadenie podporovaného bývania

V zariadení podporovaného bývania sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je na základe posudkovej činnosti samosprávneho kraja odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a na dohľad, pod ktorým je schopná viesť samostatný život. Pod dohľadom sa rozumie usmerňovanie a monitorovanie fyzickej osoby pri zabezpečovaní sebaobslužných úkonov, úkonov starostlivosti o svoju domácnosť a základných sociálnych aktivít. Sociálna služba v zariadení podporovaného bývania je určená najmä občanom, ktorí sú vzhľadom na svoje ťažké zdravotné postihnutie schopní viesť v určitom čase alebo pri určitých činnostiach

samostatný život pod dohľadom. Aktivizácia a zintenzívnenie miery samostatnosti prijímateľov sociálnej služby umožňuje zvýšiť kvalitu ich života a vytvoriť podmienky pre ich prípadný návrat do prirodzeného prostredia.

Rehabilitačné stredisko

V rehabilitačnom stredisku sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je na základe posudku odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, fyzickej osobe, ktorá je slabozraká, alebo ktorá je nepočujúca alebo má ťažkú obojstrannú nedoslýchavosť. Rehabilitačné stredisko zabezpečuje prijímateľom sociálnej služby vhodné podmienky na rozvoj telesných, duševných, sociálnych, pohybových a pracovných schopností a zručností. Jeho cieľom je znížiť mieru závislosti občanov, zvýšiť mieru ich samostatnosti a tým umožniť ich integráciu do spoločnosti.

Prepravná služba

Prepravná služba je sociálna služba poskytovaná fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím, odkázanej na základe posudku úradu práce, sociálnych vecí a rodiny na individuálnu prepravu osobným motorovým vozidlom alebo osobe s nepriaznivým zdravotným stavom s obmedzenou schopnosťou pohybu po rovine alebo po schodoch a obmedzenou schopnosťou orientácie.

Požičiavanie pomôcok

Požičiavanie pomôcok je sociálna služba poskytovaná fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím a s nepriaznivým zdravotným stavom, odkázanej na pomôcku na základe posudku úradu práce, sociálnych vecí a rodiny na účely kompenzácie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia.

Tlmočnická služba

Tlmočnická služba je sociálna služba poskytovaná fyzickej osobe odkázanej na tlmočenie v posunkovej reči, artikulačné tlmočenie alebo taktilné tlmočenie.

Monitorovanie a signalizácia potreby pomoci

Monitorovanie a signalizácia potreby pomoci je sociálna služba poskytovaná fyzickej osobe, ktorá má nepriaznivý zdravotný stav, s cieľom zabrániť vzniku krízovej sociálnej situácie alebo zabezpečiť jej riešenie a predstavuje nepretržitú, dištančnú, hlasovú, písomnú alebo elektronickú komunikáciu prostredníctvom signalizačného alebo audiovizuálneho zariadenia napojeného na centrálny dispečing, ktorý zabezpečí potrebnú pomoc na základe vyslaného signálu potreby pomoci. Predmetnú sociálnu službu zabezpečujú v PSK 2 poskytovatelia sociálnej služby. Jeden pre občanov územného obvodu okresov Kežmarok, Poprad a Stará Ľubovňa a jeden ako domáce tiesňové volanie na území Slovenskej republiky.

Sprostredkovanie osobnej asistencie

Sprostredkovanie osobnej asistencie je sociálna služba poskytovaná fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorej sa poskytuje peňažný príspevok na osobnú asistenciu, alebo ktorá je odkázaná na osobnú asistenciu. Uvedený druh sociálnej služby v PSK poskytujú 2 poskytovatelia v okrese Prešov.

Sprievodcovská a predčitateľská služba

Sprievodcovská a predčitateľská služba je sociálna služba poskytovaná fyzickej osobe, ktorá je nevidiaca alebo prakticky nevidiaca a osobe s mentálnym postihnutím. Na území PSK nie je registrovaný žiadny poskytovateľ tohto druhu sociálnej služby.

Sociálne služby pre občanov vyžadujúcich nevyhnutné ubytovanie či uspokojenie základných životných potrieb

Cieľovú skupinu občanov, ktorým sa poskytujú sociálne služby na zabezpečovanie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb tvoria fyzické osoby odkázané na sociálnu službu, ak nie sú schopné svoje základné životné potreby uspokojovať sami: fyzické osoby, na ktorých je páchané násilie alebo ktoré sú obeťou obchodovania. Do tejto skupiny patria ženy, rodiny s deťmi: opustené, týrané, zneužívané, zanedbávané matky s deťmi, ktoré si nevedia pomôcť sami v dlhodobom zlom rodinnom prostredí, kde hlavnú úlohu zohráva alkohol, dlhodobá nezamestnanosť jedného alebo oboch rodičov, mentálne a fyzické schopnosti rodiny, fyzické osoby či rodiny, ktoré nemajú z vážnych dôvodov, napr. živelná pohroma, požiar, ekologická alebo priemyselná havária, zabezpečené ubytovanie, fyzické osoby, ktoré sú ohrozené sociálnym vylúčením alebo majú obmedzenú schopnosť sa spoločensky začleniť a samostatne riešiť svoje problémy pre svoje životné návyky a spôsob života., fyzické osoby, ktoré sú bez ubytovania, bez prístrešia, tzv. bezdomovci, ktorým je poskytovaná starostlivosť v útulku. Tieto osoby trpia mnohonásobnými formami vylúčenia zo spoločnosti. Okrem materiálneho vylúčenia trpia nedostatkom sociálnych vzťahov, obmedzeným prístupom na trh práce, k zdravotnej starostlivosti, ku kultúre, fyzické osoby závislé na drogách, alkohole či iných látkach, ako aj osoby po výkone trestu. Cieľom a účelom využitia nevyhnutného bývania je okamžitá krátkodobá pomoc občanom, ktorí sa ocitli v krízovej sociálnej situácii poskytnutím ubytovania na určitý čas.

Nocľaháreň

V nocľahárni sa fyzickej osobe poskytuje ubytovanie poskytnutím prístrešia na účel prenocovania, sociálne poradenstvo a utvárajú sa podmienky na osobnú hygienu a prípravu stravy.

Útulok

V útulku sa fyzickej osobe poskytuje ubytovanie na určitý čas, sociálne poradenstvo, nevyhnutné ošatenie a utvárajú sa podmienky na osobnú hygienu, prípravu stravy, pranie, žehlenie a záujmovú činnosť.

Domov na pol ceste

V domove na pol ceste sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe po skončení pobytu v zariadení alebo po skončení starostlivosti v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately alebo po prepustení z výkonu trestu odňatia slobody alebo z väzby.

Nízkoprahové denné centrum

Nízkoprahové denné centrum slúži na poskytovanie sociálnej služby počas dňa fyzickej osobe, ktorá nemá zabezpečené nevyhnutné podmienky a ubytovanie. Zároveň sa v centre poskytuje sociálne poradenstvo, pomoc pri uplatňovaní práv a nevyhnutné ošatenie a obuv.

Zariadenie núdzového bývania

V zariadení núdzového bývania sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, na ktorej je páchané násilie, ktorá je obeťou obchodovania s ľuďmi, osamelej tehotnej žene a rodičovi alebo rodičom s deťmi, ktorí nemajú zabezpečené ubytovanie alebo nemôžu z vážnych dôvodov, ako sú živelná pohroma, požiar alebo havária užívať bývanie. Fyzickej osobe sa poskytuje ubytovanie na určitý čas, sociálne poradenstvo a utvárajú sa podmienky na prípravu stravy a hygienu.

PSK zabezpečuje sociálnu službu pre občanov vyžadujúcich nevyhnutné ubytovanie v kraji prostredníctvom 33 poskytovateľov s celkovou kapacitou 590 miest.

Deti a rodina

Po prvýkrát sa v platnej legislatíve samostatne upravujú aj sociálne služby na podporu rodiny s deťmi v nepriaznivej sociálnej situácii, zákon o sociálnych službách tak v tejto oblasti reaguje na nové trendy a požiadavky v oblasti zosúladovania rodinného, pracovného života a zakotvuje podporné opatrenie, ktorým je poskytovanie ambulantnej alebo terénnej sociálnej služby tým rodičom s deťmi, ktorí majú záujem o profesijný rast alebo vykonávajú iné aktivity s cieľom vrátiť sa do práce.

Zariadenie dočasnej starostlivosti o deti

V zariadení dočasnej starostlivosti o deti sa poskytuje sociálna služba dieťaťu, ak rodič alebo fyzická osoba, ktorá má dieťa zverené do osobnej starostlivosti na základe rozhodnutia súdu, nemôžu sami z vážnych dôvodov zabezpečiť starostlivosť (napr. choroba, úraz, kúpeľná liečba, pôrod, nástup do výkonu väzby alebo trestu odňatia slobody). Na území regiónu nie je ani jedno zariadenie dočasnej starostlivosti o deti, deti sú zväčša umiestňované v krízových strediskách na základe požiadaviek rodičov.

Nízkoprahové denné centrum pre deti a rodinu

Nízkoprahové denné centrum slúži na poskytovanie sociálnej služby a poradenstva počas dňa rodinám alebo deťom. Centrum je zriadené najmä pre deti a rodiny, ktoré sú ohrozené sociálnym vylúčením alebo majú obmedzenú schopnosť spoločensky sa začleniť a samostatne riešiť svoje problémy pre svoje životné návyky a spôsob života. Na území regiónu je 8 nízkoprahových denných centier, z toho s počtom 2 v okrese Bardejov, 1 v okrese Levoča, 3 v okrese Prešov, 1 v okrese Stará Ľubovňa a 1 v okrese Stropkov.

Pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa a podpora zosúladovania rodinného života a pracovného života

Pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa a podpora zosúladovania rodinného života a pracovného života je terénna služba poskytovaná rodičovi alebo fyzickej osobe, ktorá má dieťa zverené do osobnej starostlivosti, ak nemôže zabezpečiť sama alebo s pomocou rodiny riadnu starostlivosť o dieťa a nie sú ďalšie dôvody, pre ktoré je potrebné v záujme dieťaťa postupovať podľa zákona o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele. Dôvody môžu byť napr. čas prípravy rodiča na trh práce, čas ďalších aktivít spojených so vstupom alebo návratom na trh práce, úraz, pôrod matky, kúpeľná liečba a pod. Na území regiónu je registrovaný jeden poskytovateľ tohto druhu sociálnej služby okrese Bardejov.

Krízové stredisko

Na území PSK v súčasnosti pôsobí v 6 okresoch 6 krízových stredísk, ktoré sú v zriaďovateľskej pôsobnosti PSK s celkovou kapacitou 74 miest. Prax ukázala, že v krízových strediskách zriadených PSK je využívaná v prevažnej miere iba kapacita miest, ktoré sú objednané štátom (t. j. 50% celkovej kapacity) a zostávajúce miesta, ktoré sú k dispozícii občanom regiónu, sú využívané iba v minimálnej miere. V priebehu roka 2015 využili túto možnosť traja zákonní zástupcovia resp. príbuzní v krízových strediskách v Snine, Prešove a Starej Ľubovni.

Resocializačné stredisko

V štruktúre siete sociálnych služieb v PSK zabezpečujú starostlivosť pre občanov formou resocializácie 3 resocializačné strediská, ktoré získali akreditáciu MPSVR SR: v okrese Kežmarok, Prešov a Humenné. Potreba vykonávania resocializačných programov v resocializačných strediskách pre osoby závislé od alkoholu, drog a inak závislých je nevyhnutná, čo vyplýva aj zo skúseností resocializačných stredísk v regióne, ktoré potvrdzujú, že resocializačné programy majú svoje nezastupiteľné miesto v komplexnej starostlivosti o prijímateľa. Množstvo prijímateľov sa po absolvovaní resocializácie za pomoci poradenstva, pracovnej terapie a organizovaním voľno-časových aktivít začlenilo do bežného života a znovu získalo základné predpoklady k vstupu na trh práce.

Detský domov

Na území PSK je celkom 11 detských domovov, z toho 3 detské domovy registrované PSK, s celkovou kapacitou 675 detí. Zriaďovatelia detských domovov prijímajú opatrenia za účelom optimalizácie organizačných štruktúr detských domovov s cieľom znižovania počtu skupín v detských domovoch a detí v nich umiestnených, špecializácie samostatných skupín a vytvárania miest pre profesionálnych rodičov. Väčšina detských domovov v rámci humanizácie starostlivosti o deti s nariadenou ústavnou starostlivosťou mení svoju organizačnú štruktúru a zabezpečuje starostlivosť v profesionálnych rodinách, v samostatných rodinných domoch, bytoch alebo prispôsobili svoje kmeňové budovy tak, aby v jednej budove bolo čo najmenej skupín, či už samostatných alebo špecializovaných.

Zariadenie pestúnskej starostlivosti

PSK k 30.6.2015 poskytuje pestúnsku starostlivosť v štyroch zariadeniach pestúnskej starostlivosti, v ktorých je umiestnených celkom 9 detí. V zariadeniach pestúnskej starostlivosti sa poskytuje starostlivosť deťom, ktoré sú zverené do pestúnskej starostlivosti na základe právoplatného rozhodnutia súdu. Cieľom výchovy v zariadení je nahradiť odkázaným deťom prirodzené rodinné prostredie a zabezpečiť podmienky pre ich ďalší vývoj až do ich plnoletosti. Zariadenia pestúnskej starostlivosti sú zariadeniami, ktoré poskytujú starostlivosť podľa predchádzajúcej platnej legislatívy (zákon o sociálnej pomoci) a ich existencia je podmienená skončením poskytovania starostlivosti deťom, ktorým sa starostlivosť poskytovala pred 31.08.2005 (pred účinnosťou zákona o SPOD a SK).

Podporné služby V PSK

Okrem sociálnych služieb poskytovaných v zariadeniach sociálnych služieb možno sociálnu službu poskytovať aj prostredníctvom podporných služieb poskytovaných v jedálni, práčovni, stredisku osobnej hygieny a v integračnom centre. Predmetnú sociálnu službu poskytuje poskytovateľ služby fyzickým osobám, ktoré nemajú zabezpečené nevyhnutné podmienky na uspokojovanie základných životných potrieb, alebo majú ťažké zdravotné postihnutie alebo nepriaznivý zdravotný stav, alebo dovŕšili dôchodkový vek.

Medzi podporné služby patrí v zmysle zákona o sociálnych službách aj pomoc pri výkone opatrovníckych práv a povinností a odľahčovací sociálna služba poskytovaná osobe, ktorá opatruje fyzickú osobu s ťažkým zdravotným postihnutím, počas obdobia, v ktorom opatrovanie nemôže vykonávať.

Z registra poskytovateľov sociálnych služieb vedenom PSK je evidentné, že najviac poskytovanou podpornou službou je služba v jedálni, ktorú zabezpečuje 16 poskytovateľov sociálnej služby.

Tabuľka 1: Súčasný stav v poskytovaní podporných sociálnych služieb v jednotlivých okresoch PSK

Okres		Druh podporných služieb						
	Odlahčovací služba	Počet poskytovateľov	Denné centrum		Integrované centrum	Jedáleň	Práčovňa	Stredisko osobnostnej výchovy
			Počet poskytovateľov	Počet denných centier				
Bardejov			2	4				
Humenné			1	2				
Levoča			1	1		1		
Kežmarok	1		1	1				
Medzilaborce						1		
Poprad	1		3	15		4	2	1
Prešov	1		2	5		5		
Sabinov	15		1	2		1		
Snina			1	2		1		
Stará Ľubovňa								
Stropkov								
Svidník			1	1				
Vranov nad Topľou	2		1	6		3		
Celkom za PSK	20	0	14	39	0	16	2	1

Zdroj: www.po-kraj.sk

Záver

Sociálne služby musia byť otvorené a dostupné pre všetkých občanov, ktorí ich momentálne potrebujú, dostupnosť je založená na rešpektovaní možností občanov využívať sociálne služby a za takéto možnosti považujeme dostupnosť miestnu, finančnú a druhovú. Domnievame sa, že dostupnosť sociálnych služieb je výrazne ovplyvnená politikou samosprávnych krajov a obcí. Samosprávne kraje vypracúvajú plán rozvoja sociálnych služieb, ktorého súčasťou je i analýza skutkového stavu poskytovaných sociálnych služieb na základe ktorého sa určujú priority a potreby ich ďalšieho rozvoja. Napriek snahám PSK je sieť zariadení sociálnych služieb a terénnych sociálnych služieb zatiaľ nepostačujúca a regionálne nerovnomerná a nepokrýva oprávnený dopyt občanov po rozvoji z hľadiska druhovosti sociálnych služieb a ich fyzickej dostupnosti.

Za veľmi dôležité považujeme komunikáciu s poskytovateľmi sociálnej služby – v úzkej spolupráci s obcami a z toho vyplývajúce komunitné plánovanie (okružle stoly), podporu rozvoja existujúcich a nových sociálnych služieb a odborných činností komunitného charakteru (sociálne poradenstvo a sociálna rehabilitácia, preventívna aktivita, terénna sociálna služba krízovej intervencie, domáca opatrovateľská služba, monitorovanie a signalizácia potreby pomoci, denné centrá, komunitné centrá, služby včasnej intervencie, podporu samostatného bývania, podporované bývanie, služby starostlivosti o dieťa do troch rokov veku a pod.) s dôrazom na služby pre rodiny, ktoré sa starajú o člena odkázaného na pomoc inej osoby pri sebaobslužbe, ďalej prepojenie systému sociálnych služieb a zdravotnej starostlivosti do systému dlhodobej zdravotno-sociálnej starostlivosti, tak na úrovni komunitných, ako aj na úrovni pobytových služieb regionálneho charakteru v súlade s vládnyimi dokumentmi a inými strategickými dokumentmi, a v neposlednom rade realizáciu viacročnej národnej kampane zameranú na zvyšovanie povedomia odbornej i laickej verejnosti o deinštitucionalizácii a o rozvoji komunitne organizovaných sociálnych služieb ako verejnej priority.

Zoznam použitej literatúry

- ARTIMOVÁ, M. et. al. 2008. *Manuál komunitného plánovania sociálnych služieb*. Prešov : Partnerstvo sociálnej inkúzie subregiónu Šariš, 2008. 67 s. ISBN 978-80-967145-1-3.
- BRICHTOVÁ, L. – REPKOVÁ, K. 2014. *Sociálne služby: zacielené na kvalitu (v kontexte zmien zákona o sociálnych službách od roku 2014)*. Bratislava : Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2014. 283 s. ISBN 978-80-7138-138-9.
- EWIJK, H. van (2005). *Social Policy and the Local Community*. In: Eijken, J. van, H. van Ewijk (2005), *Reinventing Social work*, Utrecht: HU, pp. 23-35
- HOLÚBKOVÁ, S. – ĎURANA, R. 2013. *Odvaha na nové sociálne služby*. Bratislava : Inštitút ekonomických a spoločenských analýz. 2013. ISBN 978-80-969765-3-9.
- HUBER, M. 2006. *Social and Health Services of General Interest in the European Union* General Assembly of the European Centre for Social welfare Policy and research. 2006 Vienna 2006.
- LACHYTOVÁ, L. 2014. Štandardy kvality sociálnych služieb v SR. In: Kilíková, M., P. Laca. *Supplement vybraných kapitol vo vedných odboroch sociálna práca a ošetrovateľstvo II*. Příbram : Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna, 2014. s. 229-255. ISBN 978-80-905973-1-0.

MALÍK HOLASOVÁ, V. 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha : Grada Publishing, 2014. 160 s. ISBN 978-80-247-4315-8.

NIES, H. et al. 2010. *Quality management and quality assurance in LTC*. Funded by the European Commission under the Seventh Framework Programme Grant agreement no. 223037. Utrecht/Vienna, 2010.

PILLINGER, J. 2001. *Quality in social public services*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. 2001. ISBN 92-897-0066-1.

THICKE, L. 2006. *What is quality anyway?* Multi Lingual Jul/aug. 2006. Vol. 17, Issue 5, 74 s. ISBN 1523-309

Dokumenty

Dodatok ku Koncepcii rozvoja sociálnych služieb na území Prešovského samosprávneho kraja. Prešov : Úrad Prešovského samosprávneho kraja Odbor sociálny. 2011.

Koncepcia sociálnych služieb v Prešovskom samosprávnom kraji. 2002. Prešov : Odbor sociálny Úradu Prešovského samosprávneho kraja. 2002.

Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015 - 2020. Bratislava : Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR, 2014

Zákony

ZÁKON NR SR č. 302/2001 Z. z. o samospráve vyšších územných celkov (zákon o samosprávnych krajoch)

ZÁKON NR SR číslo 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov

Kontakt na autorov

PhDr. Zuzana Jurčová, PhD., MBA

Domov sociálnych služieb

Kukorelliho 17, 087 01 Giraltovec

email: zjurcova@gmail.com

Mgr. Ľuboslava Mikulová

Domov sociálnych služieb

Kukorelliho 17, 087 01 Giraltovec

email: mikulova.luba@gmail.com

RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU PORÚCH PRÍJMU POTRAVY U MLADÝCH ĽUDÍ

Risk factors for eating disorders of young people

Kuripľachová G., Magurová D., Cibriková S., Kendrová L., Tkáčová G.

Abstrakt

Cieľ: Cieľom príspevku je upriamiť pozornosť na rizikové faktory vzniku psychogénnych porúch príjmu potravy u mladých ľudí, so zameraním na vývinové, kultúrne a sociálne determinanty.

Metódy: Príspevok má charakter prehľadovej štúdie. Odborné články a vedecké práce boli vyhľadané v elektronických databázach EZProxy, PubMed a Medline. *Výsledky:* Masovokomunikačné prostriedky, kultúra, rodinné zázemie, priatelia, životné udalosti jedinca negatívne ovplyvňujú zdravé myslenie mládeže a spôsobujú psychogénne poruchy príjmu potravy.

Záver: Riešením tejto problematiky má byť vhodne realizovaná prevencia, s akcentom na elimináciu rizikových faktorov zo strany rodiny a škôl.

Ľúčové slová: Poruchy príjmu potravy. Rizikové faktory. Spoločnosť. Kultúra. Mladí ľudia.

Abstract

Objective: The aim of the article is to draw attention to the risk factors of psychogenic eating disorders in young people, focusing on developmental, cultural and social determinants.

Methods: The article has the nature of a survey study. Professional articles and scientific studies were searched in the electronic databases EZProxy, PubMed and Medline. *Results:* Mass media, culture, family background, friends, life events of the individual adversely affect the healthy thinking of youth and cause psychogenic eating disorders.

Conclusions: To address this issue, prevention should be appropriately implemented, with the emphasis on eliminating risk factors from the family and schools.

Key words: Eating Disorders. Risk factors. Society. Culture. Young People.

Úvod

Človek je bytosť slobodná a vyberá si z toho, čo mu spoločnosť ponúka. Veľký spoločenský vplyv na poruchy príjmu potravy (PPP) u mladých ľudí má v súčasnosti konzumný život, medializácia, ideál byť štíhly a príťažlivý.

V posledných troch desaťročiach narastá počet ľudí, pre ktorých je príjem potravy i energetický výdaj závažným zdravotným problémom. Pribúdajú jedinci s mentálnou anorexiou a mentálnou bulimiou, čo je výrazne ovplyvnené súčasným kultom osobnosti a krásy, spoločenského úspechu i zdravia. V snahe vyzerat' čo najlepšie si mnoho dievčat a chlapcov zamieňa zdravú životosprávu s redukčnou diétou.

Miera, účinnosť a prostriedky kontroly telesnej hmotnosti vo vzťahu k príjmu potravy určujú hranice medzi rizikovým správaním a PPP. Táto hranica musí byť vždy každému subjektívne jasná (Krch, 2009).

Častejšou formou PPP je aj tzv. hyperfágia (prejedanie sa) s následnou nadváhou, ktorá dnes predstavuje psychologicko-sociálny problém (Fertaľová, 2017). Zvýšený príjem

vysokokalorickej potravy, chuť na nezdravé potraviny, prejedanie sa z dôvodu nadmerného stresu, v kombinácii so zníženou fyzickou aktivitou, majú za následok zvyšovanie telesnej hmotnosti.

Súčasná hypotéza a teória sa zhodujú v tom, že na vzniku a rozvoji PPP sa podieľajú rôzne faktory, najmä tie, ktoré sú významné z hľadiska držania diét (Krčh, 2003). Psychogénne poruchy príjmu potravy sú závažným zdravotným a spoločenským problémom, preto je im v tomto príspevku venovaná zvýšená pozornosť.

Cieľ príspevku a použité metódy

Hlavným zámerom príspevku je:

- upriamiť pozornosť na rizikové faktory vzniku PPP (vývinové, kultúrne a sociálne faktory),
- sprístupniť výsledky odborných a vedeckých štúdií, zaoberajúcich sa PPP u mladých ľudí,
- stanoviť preventívne opatrenia vzniku PPP.

Príspevok má charakter prehľadovej štúdie, ktorej zdroje boli vyhľadané v elektronických databázach EZProxy, PubMed, Medline. Do prehľadovej práce boli zaradené predovšetkým štúdie spracované vo forme meta-analýzy, prípadových štúdií, výskumných článkov. Následne boli zanalyzované a prezentované v percentách.

Výsledky štúdií, zameraných na poruchy príjmu potravy

Mentálna anorexia (anorexia nervosa) predstavuje tretie najčastejšie ochorenie adolescentov. Častejšie sa vyskytuje u dievčat vo veku 15-19 rokov, čo predstavuje 0,3-1% populácie (Paulinyová a kol., 2008). Podiel mentálnej anorexie na ročnej úmrtnosti medzi psychiatrickými ochoreniami je 5,6%. K úplnému vyliečeniu pacienta s mentálnou anorexiou dochádza iba v 45,7%, k zlepšeniu v 33,5%. Chronicky priebeh pretrváva asi u 20,8% prípadov (Kentoš a kol., 2008).

Charakteristickým príznakom mentálnej anorexie je strach z tučnoty, ktorý je taký silný, že jedinci odmietajú prijímať potravu, potláčajú chuť i napriek značnej podvýžive. Neustále sa zaoberajú svojim výzorom, telesnou váhou a vytrvalo sa snažia schudnúť alebo aspoň nepribrať (Krčh, 2002; Fertaľová, 2017). Ich BMI klesá pod hodnotu 19,0. U dievčat sa vyskytuje amenorea, kožné problémy, vypadávanie vlasov. Zo psychických zmien sa vyskytuje precitlivosť, nízke sebavedomie, izolácia od priateľov a neskôr od členov rodiny, pridružuje sa porucha správneho hodnotenia svojho tela, t.j. skreslená predstava o vlastnom tele, ktoré jedinec vníma opačne.

Vodáčková a kol. (2007) opisujú nasledujúce zmeny v správaní: zmenený stravovací režim (nutkanie potláčať chuť na jedlo alebo nutkanie stále jesť, jedenie v ústraní a niekedy aj v noci, držanie diéty, počítanie kalórií a pod.), vyvíjanie extrémnej fyzickej námahy na organizmus, zneužívanie laxatív a diuretik, ktoré vedú často k dehydratácii organizmu, sebaopoškodzovanie a sklon k abúzu škodlivých návykových látok. S ochorením býva spojené odmietanie prítomnosti choroby, preto určenie diagnózy je niekedy obtiažné. Pri jej stanovení je potrebné vylúčiť prítomnosť telesnej a inej duševnej poruchy, ktorá by mohla vyvolávať nízku telesnú hmotnosť.

Komplikáciami mentálnej anorexie je celková únava, slabosť, nespavosť, bolesti brucha hlavne po najedení, osteopénia a osteoporóza, poškodenie zubov, poruchy srdcovej činnosti, rozvrat vnútorného prostredia, spomalenie rastu a oneskorenie puberty. Medzi psychické symptómy patria najmä poruchy vedomia, pozornosti, pamäti, závraty, dvojité videnie, kolísanie nálady, úzkosť, vnútorný nepokoj, strata záujmov a i. (Krch, 2002).

Vo vzrastajúcej miere je mentálna anorexia ovplyvňovaná intrapersonálnymi a rodinnými vzťahmi. Pokusy meniť správanie adolescenta kontrolou a príkazmi, často vyvolávajú v rodinách agresívne konflikty, u rodičoch stavy bezmocnosti a zúfalstva (Fertaľová, 2017).

Mentálna bulímia (bulimia nervosa) je porucha, ktorú sprevádzajú opakujúce sa záchvaty prejedania spojené s prehnanou kontrolou telesnej hmotnosti. Jedinci trpiaci bulímiou majú spravidla normálnu hmotnosť alebo miernu nadváhu. Pre určenie diagnózy sú dôležité tri znaky, ktoré upozorňujú na bulímiu, a to: opakujúce sa prejedanie a zároveň strata kontroly nad množstvom jedla; nadmerná kontrola hmotnosti vyvolávaná vracaním, prehánadlami, odvodňovaním organizmu alebo cvičením, diétou; nadmerný záujem o svoj telesný vzhľad a telesnú hmotnosť (Krch, 2003). Problémom je, že keď jedinci s bulímiou začnú jesť, ťažko dokážu prestať. Po záchvate prichádza pocit viny a výčitiek, že príberú. Jedla sa zbavujú mechanicky vyvolaným zvracaním, prípadne požívajú veľké množstvo laxatív či diuretík, alebo nadmerne športujú. Po čase však znova pocítia hlad a všetko sa znova opakuje (Ladishová, 2006).

Spúšťacím mechanizmom vzniku mentálnej bulímie bývajú niekedy depresie, stres a nízke sebavedomie. Až dve tretiny jedincov s bulímiou dáva do súvislosti vznik PPP s nejakou životnou udalosťou, napr. zmenou zamestnania, osobným neúspechom, sexuálnymi a inými konfliktami, zneužitím, týraním, odlúčením od rodiny, rozvodom alebo rozchodom s priateľom, smrťou blízkej osoby, narážkami okolia na ich telesný vzhľad, problémami v rodine a pod. (Ladishová, 2006; Krch, 2009).

Zo psychologického hľadiska sa v priebehu dospievania u zdravých jedincov diferencuje vlastné JA, vzrastá sebauvedomovanie a záujem o svet svojich rovesníkov. Vo vzťahu k nim, ich hodnotám a kritériám sa dospievajúci jedinci veľmi citlivo vymedzujú. Sú sociálne vnímavejší, súperivejší, ale i labilnejší a zraniteľnejší. Zvlášť to platí u jedincov s PPP. V stresujúcom období niekedy prepadajú prejedaniu sa vysokokalorických jedál, fajčeniu, abúzu alkoholu a drog. Zvýšený príjem cukru a energetických potravín má za následok vznik psychogénnej nadváhy až obezity.

Mentálna anorexia a mentálna bulímia majú svoje atypické formy, ale zároveň sú si veľmi podobné. Ich jednotlivé znaky sa líšia podľa závažnosti podvýživy a metód používaných pri kontrole telesnej hmotnosti. Obe poruchy spája strach z tučnoty a nadmerná pozornosť telesného vzhľadu a hmotnosti. Asi tretina jedincov s anorexiou sa časom začne prejsť a jedna polovica stráca kontrolu nad jedlom. Väčšina jedincov s bulímiou prejde obdobím hladovania a niektoré z nich prechádzajú anorektickým obdobím (Málková, Krch, 2001).

Hupková (2008) opisuje niektoré prejavy PPP, napr. neodolateľnú túžbu opakovať svoje správanie; neustále zaoberanie sa jedlom, diétami a svojou telesnou hmotnosťou. Jedinci prestávajú robiť veci, ktoré predtým bežne vykonávali, strácajú svoje záujmy, záľuby a potešenie z bežných radostí každodenného života. Napriek negatívnym dôsledkom ochorenia, jedinci nedokážu zmeniť svoje psychické správanie.

V súvislosti so vznikom a rozvojom PPP sa často poukazuje na určité osobnostné rysy, niektoré afektívne a kognitívne poruchy. S mentálnou anorexiou sa spája predovšetkým úzkosť, kognitívna rigidita, vyháňavé správanie, perfekcionizmus a obsedantné rysy. Mentálna bulímia býva spojená s emočnou labilitou, nekontrolovateľnosťou, impulzívnou, hraničnou osobnosťou a depresívnou náladou (Krch, 2009).

Na vzniku mentálnej anorexie a mentálnej bulimie sa často podieľa spoločenský tlak udržania štíhlosti, ktorý sa prenáša do profesionálnej sféry. Výkon, telesný vzhľad a hmotnosť majú rozhodujúci význam napr. u športovcov (zápasníkov, gymnastov, plavcov a pod.) Profesie ako modelka, herečka či spevák si vyžadujú disciplinovanosť v stravovaní, čo im následne ponúka viac pracovných príležitostí. Masovokomunikačné prostriedky každodenne poukazujú na človeka, ktorého úspech sa dostavil so zmeneným výzorom počnúc jeho telesnou váhou a štýlom obliekania. Poukazujú na falošnú predstavu, že všetko je možné, ľahko a rýchlo dosiahnuteľné. Módné časopisy sú preplnené rôznymi diétami a odporúčaniami na dosiahnutie vysnívanej štíhlej postavy, obsahujú reklamy s lieky na podporu chudnutia, chirurgické zákroky a iné možnosti zbavenia sa nadbytočnej telesnej hmotnosti. Ponúkajú široký výber možností na ceste k štíhlosti, čo priamo alebo nepriamo ovplyvňuje zdravé myslenie mladých ľudí.

V rámci PPP sa v súčasnosti venuje zvýšená pozornosť aj *psychogénne podmienenej nadváhe*, ktorá je výsledkom nadmerného príjmu potravy. BMI v rozmedzí 25,0-29,9 je klasifikovaný ako nadváha, hodnoty BMI 30,0-39,9 ako obezita a hodnota nad BMI nad 40 ako morbidná obezita, zohľadňujúc percentilové grafy danej krajiny pri posúdení stavu výživy jedincov do 18. roku života. V roku 1994 International Obesity Task Force (IOTF) uznala BMI ako štandardný ukazovateľ miery obezity za podmienok zohľadňovania dostupných percentilových grafov (Hainerová - Aldhoon, 2009). IOTF používa rastové tabuľky založené na zhromažďovaní dát z rozsiahleho spektra krajín a etnických skupín, identifikuje percentily pre nadváhu a obezitu v dátovom súbore BMI vo veku 18 rokov a percentily zodpovedajúce definíciám nadváhy a obezity v predchádzajúcich vývojových obdobiach (Cole et al., 2000).

V britskej štúdii (Griffiths et al., 2010) bolo identifikovaných niekoľko rizikových faktorov spôsobujúcich u mládeže nadváhu a obezitu (hodnota BMI nad 25,0). K týmto faktorom boli zaradené: nadváha matky pre tehotenstvom, nadváha otca, fajčenie matky v čase tehotenstva, fajčenie členov rodiny v prítomnosti dieťaťa, etnikum tmavšej pleti, prítomnosť jedného dieťaťa v rodine.

Z iných vedeckých štúdií je zjavné, že pozitívna rodinná anamnéza obezity predpokladá súbežný vplyv genetiky a prostredia na vznik obezity u detí (Wardle, 2001; Benton, 2004). Predškolský vek dieťaťa je považovaný za veľmi dôležité vývinové obdobie z hľadiska rozvoja stravovacích návykov a preferencie jedál (Wardle, Carnell, 2007).

Vnímanie optimálnej telesnej hmotnosti a predstavy o kráse tela sa líšia v rôznych kultúrach, dokonca aj medzi generáciami etník (Novák, 2010; Cowie, 2012). V niektorých kultúrach je napr. nadváha a obezita prejavom bohatstva a úspechu v živote (Viner et al., 2010). Podľa niektorých štúdií (Butland et al., 2007; Kiess et al., 2009) má výskyt obezity vzťah k sociálnej triede, t.j. deti rodín s vyššími finančnými príjmami sú menej obézne ako deti z rodín s nižšími príjmami.

U niektorých ľudí s obezitou sú popisované podobné psychické zmeny v správaní ako u jedincov s bulímiou, preto aj mierna nadváha, ktorá sa subjektívne popisuje ako obezita, môže byť spúšťačom k diétam (Málková, Krch, 2001).

Príčinami vzniku nadváhy a obezity u mladých ľudí bývajú často citové problémy v škole, napr. nedostatok pozornosti zo strany rovesníkov, nedostatok kamarátov, strata blízkeho priateľa, chladné citové vzťahy v rodine, alebo návykové schémy jedenia, t.j. jedlo sa stáva najvyššou hodnotou celej rodiny. Obézni rodičia majú častejšie obézne deti, nakoľko napodobňujú svojich rodičov v jedení (Butland et al., 2007). Deti s nadváhou alebo obezitou sú v škole často utiahnuté, samotárske alebo naopak agresívne, provokačné. Na vyučovaní bývajú často unavené, nesústredené, pomalšie. Ťažšie nadväzujú priateľské kontakty. U dievčat sa častejšie prejavuje citová závislosť od iných, sú urážlivé, plačlivé, u chlapcov sa prejavuje trucovitosť, tvrdohlavosť, neochota rešpektovať povinnosti. Deti trpiace obezitou sú často terčom výsmechu a ponižovania. Sú často šikanované a ponižované agresívnym správaním zo strany spolužiakov.

Je zjavné, že PPP menia kvalitu života chorého jedinca, bránia prirodzenému rozvoju osobnosti a osvojeniu si niektorých sociálnych a pracovných schopností.

Jedným z vysvetlení prečo pribúdajú ľudia s obezitou je to, že biologický homeostatický systém človeka sa nedokáže prispôbiť technologickému pokroku, ktorý je v porovnaní s evolúciou človeka prudký (Butland et al., 2007).

Súčasný technologický pokrok ovplyvňuje fyzickú náročnosť mnohých spoločenských profesií, napr. sedavé zamestnanie, prácu s počítačom, ale i spôsob výroby potravín, spôsob prípravy domácich pokrmov (náhrada desiaty a hlavných jedál prostredníctvom „fast foodov“ a pod.) (Wardle et al., 2001; Hainerová - Aldhoon, 2009).

Návrhy a odporúčania pre prax

Aktuálne štúdie naznačujú, že až 5% populácie sveta trpí PPP, prevažne dievčatá a mladé ženy (Middleton, Smith, 2013).

Podľa projektu Foresight má byť do roku 2025 až 40% obyvateľov Veľkej Británie obéznych a v roku 2050 by mali ľudia s obezitou v tejto krajine prevažovať (Včelařová, Bendová, 2013).

Prevalenciu PPP u mladých ľudí je nevyhnutné riešiť prostredníctvom preventívnych programov v spolupráci s niekoľkými rezortmi, zameranými na zdravotníctvo, školstvo a psychologické poradenstvo. Preventívne programy PPP sa líšia v zameraní, štruktúre cieľovej skupiny, orientujú sa na zmeny postojov a správania (Fait et al., 2008). Zameriavajú sa na systematickú prevenciu, podporu zdravia a opatrenia proti zisteným rizikovým faktorom. Medzi hlavné ciele v oblasti prevencie PPP patria: zdravé stravovanie, minimalizovanie rizík diét, posilnenie sociálneho statusu ženy, eliminovanie vplyvu médií a kultúrnych stereotypov voči fyzickému vzhľadu a telesnej hmotnosti, poznanie hraníc adekvátnej športovej aktivity a pod. Novým trendom v prevencii je ovplyvnenie nielen jedinca, ale aj rodiny a školského prostredia (Fertaľová a kol., 2009). Rodina a priatelia by mali byť oporou a motiváciou pre ich zmenu správania pozitívnym smerom (Fertaľová, 2017).

V rámci odporúčaní je potrebné opätovne začleniť do škôl tzv. školské sestry, ktoré v súčasnosti na slovenských školách absentujú. Ich úlohou je odhaliť včasné príznaky

PPP u detí a mládeže. Potrebné je vyzývať zdravotníckych pracovníkov a laickú verejnosť k príprave a realizácii rozvoja programov zdravého životného štýlu. Odporúča sa zapájať školy k aktívnemu uplatňovaniu stravovacích a výživových zásad v školských bufetoch, zaviesť problematiku zdravej výživy aj do učebných osnov, aktivizovať rodičov k realizácii programov zameraných na športové aktivity na školách a v obciach. Ďalej informovať laickú verejnosť, že pri každom podozrení na PPP u detí a mládeže a ich podmieňujúcich faktorov je možnosť využiť poradenské centrá, príp. odbornú pomoc školského psychológa.

Záver

Z výsledkov odborných a vedeckých štúdií je zrejmé, že neexistuje žiadny kľúčový rizikový faktor vzniku PPP. Takmer vždy ide o skupinu rôznych vplyvov a faktorov. Preto je nevyhnutné pre pochopenie správania sa chorého jedinca poznať príčinu problému a rešpektovať jeho rámec. Dôležitú úlohu v prevencii a liečbe PPP zohráva pozitívny vplyv rodiny, od ktorej sa očakáva podpora, láska k dieťaťu, pochopenie problémov a vhodná motivácia.

Nevyhnutná je aj vzájomná spolupráca rodiny so školou, v ktorej dieťa trávi istý čas. Ak je táto situácia nezvládateľná, na pomoc prichádzajú odborníci z oblasti psychológie, príp. psychiatrie, internej medicíny a pod.

Zoznam použitej literatúry

- BENTON, D. 2004. Role of parents in the determination of the food preferences of the children and the development of obesity. *International Journal of Obesity*, 28, 858-869. doi: 10.1038/sf.ijo.0802532.
- BUTLAND, B. – JEBB, S. - KOPELIJAN, P. - Mc PHERSON, K. - SANDY, T. - MARDELL J. - PARRY, V. 2007. Foresight. Tackling Obesities: Future Choices – Project Report [online]. Department of Innovation Universities and Skills [www.dius.gov.uk] [cit. 2017-10-26]. Dostupné z: <<http://www.bis.gov.uk/assets/foresight/docs/obesity/17.pdf>>.
- COLE, T. J. - BELIZZI, M.C. - FLEGAL, K. M. & W. – DIETZ, H. 2000. Establishing as standard definition for child overweight and obesity worldwide international survey. *British Medicine Journal*, 320, 1240-1243. doi.org/10.1136/BMJ.320.72441240.
- COWIE, H. 2012. From Birth to sixteen: Children's health, social, emotional and linguistic development. Routledge: London and New York.
- FAIT, T. – VRABLÍK, M. – ČEŠKA, R. 2008. Preventivní medicína. Praha: Maxdorf, 2008. 447 s. ISBN 978-80-7345-160-8.
- FERTALOVÁ, T. – HUDÁKOVÁ, A. – ONDRIOVÁ, I. 2009. Prevencia porúch príjmu potravy. In Molisa 6 - Medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša, Prešov: PU v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 2009, 270 s. ISBN 978-80-555-0048-5.
- FERTALOVÁ, T. 2017. Psychiatrické ošetrovateľstvo. Lipovce: A-print, s.r.o. 2017. 173 s. ISBN 978-80-89721-27-6.
- GRIFFITHS, L. J. - HAWKINS, S. S. - COLE, T. J. - DEZATEUX, C. 2010. Risk factors for rapid weight gain in preschool children: findings from a UK-wide prospective study. *International Journal of Obesity*, 34 (4), 624-632.
- HAINEROVÁ-ALDHOON, I. 2009. Dětská obezita. Praha: Maxdorf.

- HUPKOVÁ, I. 2008. Chorobná závislosť od jedla ako jedna z foriem návykového, rizikového správania. In Sociálna prevencia, č.1, s.13-20, 2008. ISSN 1336-9679.
- KENTOŠ P. – PURA M. – VAŇUGA P. 2008. Mentálna anorexia ako príčina sekundárnych endokrinopatií u adolescentov. In *Pediatrica*, roč. 3, s. 211-215, 2008. ISSN 1336-863X.
- KIESS, W. - MARCUS, L. - WABITSCH, M. (Eds). 2009. Obesity in childhood and adolescence. New York: Karger.
- KRCH, F., D. 2002. Mentálna anorexia. Praha: Portál, 2002. 240 s. ISBN 80-7178-598-9.
- KRCH, F., D. 2003. Bulímie. Jak bojovat s přejídáním. Praha: Grada. 2003. 170 s. ISBN 80-247-0527-3.
- KRCH, F., D. 2009. Poruchy příjmu potravy a jejich rizikové faktory. *Sanquis*. č. 63. 2009, s. 70.
- LADISHOVÁ, L. C. 2006. Strach z jedla. Ružomberok: Epos, 2006, 159 s. ISBN 80-89191-44-4.
- MÁLKOVÁ I. – KRCH F. D. 2001. SOS nadváha. Praha: Portál, 2001, 240 s., ISBN 80-7178-521-0.
- MIDDLETON, K. – SMITH, J. 2013. První kroky z poruchy příjmu potravy. *Doron*. 2013. 82 s. ISBN 978-80-72971-15-2.
- NOVÁK, M. 2010. Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy. Brno: Akademické nakladatelství CERM. 2010. 106 s. ISBN 978-80-72046-57-7.
- PAULÍNYOVÁ, M. - ŠUBA, J. - BÖHMER, F. - HRADEČNÁ, Z. - ŠKODÁČEK, I. 2008. Liečba porúch príjmu potravy u detí a adolescentov na Klinike detskej psychiatrie DFNSP v Bratislave. In *Psychiatria - psychoterapia – psychosomatika*. 2008, roč. 15, č. 1, s. 7-13. ISSN 1335-423X.
- VČELAŘOVÁ, H. – BENDOVÁ, M. 2013. Nadváha a obezita dětí a dospívajících ve Velké Británii – současný stav a přístupy, vycházející z psychosociálních a environmentálních aspektů problému. *E-psychologie* [online], 7 (2), 1-11 [cit. 2017-10-26]. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/vcelarova_bendova.pdf>.ISSN 1802-8853.
- VINER, R. - BOOY, R. - HEAD, J. - TATE, H. - BRETNALL, S. L. - HAINES, M. - KAMALDEEP, B. - HILLREI, S. - STANSFELD, S. 2005. Ethnicity, socio-economic status, overweight and underweight in East London Adolescents. *Ethnicity and Health*, 2 (10), s.113-128.
- VODÁČKOVÁ, D. a kol. 2007. Krizová intervence. Praha: Remedium. 2007, 544 s. ISBN 978-80-7367-342-0.
- WARDLE, J. - GUTHRIE, C. - SANDERSON, S. - BIRCH, L. - PLOMIN, R. 2001. Food and activity preferences in children of lean and obese parents. *International Journal of Obesity*, 25, s.971-977.
- WARDLE, J. - CARNELL. S. 2007. Parental feeding practices and children's weight. *Acta Paediatrica*, 96, s.5-11.

Kontakt na autora

PhDr. Gabriela Kuriplachová, PhD.

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

Partizánska 1, 080 01 Prešov

e-mail: gabriela.kuriplachova@unipo.sk

SPIRITUÁLNE POTREBY V KONTEXTE OŠETROVATEĽSTVA

Spiritual needs in the context of nursing

Magurová D., Majerníková L., Galdunová H.

Abstrakt

Úvod: Ošetrovateľská starostlivosť s holistickým pohľadom sa zameriava na uspokojenie biologických, psychických, sociálnych a duchovných potrieb, ako aj na ich vzájomný vzťah medzi telom, myslou a duchovnom. Duchovné potreby sú veľmi náročné na odhad, pretože nie je jednoduché ich merať a tiež sa im často prikladá menší význam. V ošetrovateľskej praxi sestra realizuje nie len posúdenie duchovných potrieb, ale následne stanovuje ošetrovateľské diagnózy, plánuje, realizuje a vyhodnocuje účinnosť intervencií.

Jadro: Duchovné potreby nemôžeme zužovať len na otázku viery a príslušnosti chorého k nejakému náboženstvu. Sestra musí poznať a využívať v súvislosti s uspokojovaním duchovných potrieba spirituality posudzovacie nástroje (napr.: *Škála životnej zmysluplnosti*, *Dotazník spirituálneho zdravia (SHQ)*, *Škála spirituálnej pohody (SWBS)*, *Pražský dotazník spirituality 36 (PSQ)*, *LOGO test*, *Krátky spôsob hodnotenia kvality života (MANSA)*, *Nowotnej škála nádeje (NHS)*). Poukážeme na možné ošetrovateľské diagnózy súvisiace s predmetnou problematikou.

Záver: Sestra v rámci ošetrovateľskej starostlivosti sa mimo iného musí zamerať aj na odhad, posúdenie, vnímanie spirituality, duchovných potrieb a následne na základe posúdenia vypracovať individuálny plán ošetrovateľskej starostlivosti. Nevyhnutným predpokladom je, aby sestra sama zaujala postoj k vlastnej spiritualite a spirituálnemu pohľadu na život, ktorý sa na základe skúsenosti môže zvyčajne časom meniť.

KLúčové slová: Spiritualita. Duchovné potreby. Posudzovacie škály. Sestra. Ošetrovateľstvo.

Abstract

Introduction: Nursing care with a holistic view focuses on the satisfaction of biological, psychological, social and spiritual needs, as well as their relationship between body, mind and spirituality. Spiritual needs are very demanding of estimation because it is not easy to measure them and also, they are often less important. In the nursing practice, the nurse does not only assess spiritual needs, but then she determines nursing diagnoses, plans, implements and evaluates the effectiveness of the intervention. **Core:** We cannot reduce the spiritual needs only to the question of faith and belonging of sick to the religion. The Sister has to know and use assessment tools in respect to the satisfaction of spiritual needs (eg: Life Sense Scale, Spiritual Health Questionnaire (SHQ), Spiritual Well-Being Scale (SWBS), Prague Spirituality Questionnaire 36 (PSQ), LOGO Test, Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA), the Now's Scale of Hope (NHS)). We will point out to possible nursing diagnoses related to the topic.

Conclusion: Thenurse has to also focus on estimating, assessing, perceiving of spirituality, spiritual needs, and subsequently, on the basis of an assessment, she has to develop an individual nursing care plan. It is necessary for a nurse to take upstance on her own spirituality and a spiritual view of life, which usually changes over time on the basis of experience.

Key words: Spirituality. Spiritual needs. Assessment scales. Sister. Nursing.

Úvod

Holistický pohľad na pacienta zahŕňa telesné, psychické, spirituálne, sociálne, ekonomické aspekty, so všetkými jeho potrebami apožiadvkami, ktoré sú výsostne individuálne. Duchovné potreby neodlučiteľne patria ku komplexu potrieb nielen u nevyliciteľne chorých. Sú však vysoko špecifické a pri ich uspokojovaní je vždy nutné vychádzať z presvedčenia pacienta, jeho požiadaviek a potrieb, nie priani príbuzných alebo predstáv zdravotníckych pracovníkov. Za každých okolností rešpektujeme jedinečnosť pacienta, jeho dôstojnosť, sprevádzame ho v chorobe, utrpení, či umieraní a pomáhame mu zvládnuť jeho situáciu vždy na jemu dostupnej úrovni viery. Uspokojovanie duchovných potrieb nie je výsadou len veriacich, ale majú obrovský význam aj pre neveriacich, hľadajúcich často v posledných dňoch, či mesiacoch význam a zmysel svojho života. Pre komplexné chápanie ľudských potrieb je žiadúce zo strany sestry vymedziť a hlbšie poznať duchovnosť človeka.

Duchovné aspekty v kontexte ošetrovateľstva

Duchovná starostlivosť je veľmi široký pojem a spadá do oblasti praktickej teológie. Rozumie sa ňou všeobecná kresťanská povinnosť starostlivosti o duchovné- spirituálne potreby ľudí. Berúc do úvahy hierarchiu potrieb z pohľadu ošetrovateľského je žiadúce myslieť na fakt, že potreby počas ťažkého ochorenia sa menia. Ak na začiatku ochorenia dominujú potreby biologické, na konci života môžu prevažovať potreby spirituálne (Svatošová 2001). Každý z nás sa v živote zaoberá otázkami zmyslu života, odpustením, či pocitmi viny. V spoločnosti prevláda názor, že duchovné potreby majú len ľudia veriaci. Opak je však pravda. Aj neveriaci človek môže nájsť zmysel v utrpení seba, či blízkej osoby a naopak, sú veriaci, ktorí svoj život neprežívajú ako zmysluplný (Pavliček 2008).

Duchovné potreby podľa viacerých autorov delíme na **potreby súvisiace s vedomím seba, potreby súvisiace s inými apotreby súvisiace s absolútnom**. *Potreby súvisiace s vedomím seba*. Potreba: cieľov a zmyslu života; nádeje; prejavovania tvorivosti; prekonávania krízy a životnej výzvy; sebaúcty a osobnej dôstojnosti; odpustenia; vďačnosti; potreba vízie budúcnosti; pripravenia sa na smrť a zmierenia sa so smrteľnosťou. *Potreby súvisiace s inými*- potreba: odpustenia iným; vyrovnania sa so stratou lásky; byť vážený a rešpektovaný; poznanie možností, čo a kedy dávať a kedy prijímať. *Potreby súvisiace s absolútnom*. Ide o potreby: istoty existencie Boha alebo vyššej moci v univerze; viery v to, že Boh je prítomný a milujúci; uctievania a zbožnosti (Tomagová, Bóriková kol. 2008).

Z teologického hľadiska sa *spiritualita* považuje za osobný a spontánny prejav duchovného života, ktorý súvisí s Božím pôsobením, pôsobením ducha Svätého. Viera umožňuje jednotlivcovi videnie sveta v širších a hlbších súvislostiach, predpokladá pozitívne vyústenie krízovej situácie, nájdenie zmyslu i v utrpení, zameranie na vyššiu moc v boji s problémami (Drotárová 2003). Predmetom spirituálnej starostlivosti je kríza: viery; súkromia; ľudskej

dôstojnosti; pocitu potrebnosti a seberealizácie; sebaúcty; lásky a pocitu príslušnosti; bezpečia a istoty.

V ošetrovateľskej praxi sa spiritualita vymedzuje *piatimi znakmi*, súvisiace s bytím, životom ako celkom: zmysel; hodnoty apresvedčenie; transcendencia; interakcie; stávania sa (Tomagová, Bóriková 2008).

Spirituálna starostlivosť podľa WHO z roku 1990 je definovaná nasledovne: „*Spirituálne aspekty starostlivosti o pacientov sú také stránky ľudského života, ktoré sa nejakým spôsobom vzťahujú k zážitkom presahujúcim zmyslový fenomén. Pre veľa ľudí je náboženstvo vyjadrením ich spirituality. Na spirituálny rozmer ľudského života môžeme pozerat' ako na niečo, čo prepojuje fyzické, psychologické a sociálne zložky života jedinca. Často sa spiritualita chápe ako zaoberanie sa zmyslom a účelom života a pre ľudí na sklonku života je bežne spojované s potrebou odpustenia, zmierenia a potvrdením ich hodnoty a užitočnosti*“ (Kalvínská 2007, s. 13).

Za základné spirituálne potreby považujeme: potrebu zmyslu života, potrebu významu vlastnej existencie, potrebu vzťahu s transcendentnom, potrebu lásky, potrebu nádeje, potrebu viery, potrebu realizácie duchovných rituálov a praktík (Zelenínová 2003) a potrebu odpustenia (Prádllová, Mišaniová 2007).

V ošetrovateľskej praxi neraz práve potreba duchovných požiadaviek súvisí s pacientom, ktorý zomiera, prípadne je vo veľmi zložitej životnej situácii. Preto je dôležité, aby zdravotnícki pracovníci brali na vedomie, nutnosť:

- Spoznať postoj k sebe samému, čo si vyžaduje emocionálne schopnosti, a nie len odborné vedomosti. Vlastnou reflexiou si uvedomiť duchovné potreby a súčasne aj potreby pacienta.
- Zaujať postoj k vlastnej smrti, smrteľnosti.
- Snažiť sa o úprimnosť.
- Pravdovravnosť.
- Akceptovať umierajúceho a zriecť sa hodnotenia a prijať jeho spôsob prežívania a reagovania (Lepešková a kol. 2006).
- Vytvoriť atmosféru dôvery a vzájomnej podpory.
- Realizovať duchovnú starostlivosť, ktorá je súčasťou intervencii, ktoré realizujeme v rámci ošetrovateľskej starostlivosti. Intervencie majú podporovať vzťahy, so zmyslom a významom pre pacienta.
- Duchovné potreby môžu uspokojiť ďalší odborníci.
- Neustále sa vzdelávať aj v oblasti duchovnej starostlivosti (Kelnarová 2007).

Posúdenie duchovných potrieb a spirituality

Duchovné potreby sú **veľmi náročné na odhad**, pretože nie je jednoduché ich merať a taktiež sa im často prikladá menší význam. Často krát sa posudzuje iba pacientova príslušnosť k cirkvi, čo je nedostatočné. Naviac však duchovné potreby ľudí, ktorí stoja mimo náboženský systém cirkvi a náboženských spoločností, sú v bežnom kontakte ťažko zaznamenateľné.

Duchovné potreby nemôžeme zužovať len na otázku viery a príslušnosti chorého k nejakému náboženstvu. Podľa Conrada medzi nich patrí hľadanie zmyslu života, pocit

odpustenia, potreba lásky a nádeje (Bačišinová, Galdunová 2008). V súčasnosti sestry v klinickej praxi pri objektivizácii údajov v rámci posudzovania duchovných potrieb využívajú validné a reliabilné nástroje. Pri hodnotení duchovných potrieb je nutné si uvedomiť, že nemá ísť len o jednorazovú záležitosť, ale musí ísť o proces kontinuálny, nakoľko zmena stavu pacienta v súvislosti s progresiou ochorenia vyžaduje, aby posudzovanie bolo dynamické. Štandardizované škály, testy, dotazníky sú významnými nástrojmi v práci sestry v ošetrovateľskej praxi.

- Pri **hodnotení duchovnej tiesne na skriningové a orientačné posúdenie duchovnej pohody** môžeme v ošetrovateľskej praxi použiť: **Škálu spirituálnej pohody (SWBS)**, **Pražský dotazník spirituality 36 (PSQ)**.

SWBS pozostáva z 20 položiek rozdelených do *subškal* náboženská pohoda - môžeme ju využiť pri posudzovaní viery, že Boh je milujúci, prítomný a *subškála existencionalnej pohody* - obsahuje položky na posúdenie potreby nádeje, cieľov a zmyslu. Skóre v subškálach sa pohybuje od 10 do 60, celkové skóre môže byť v rozmedzí od 20 do 120. Vyššie skóre znamená vyššiu spirituálnu pohodu (Novysedláková, Hudáková 2011).

Položky v **PSQ** sú rozdelené do 6 faktorov a zameriavajú sa na to, ako sa spiritualita prejavuje v živote človeka. Celkové skóre môže dosahovať hodnoty 36–180. Vyššie skóre znamená vyššiu spiritualitu.

- **Zmysel života** môžu sestry posudzovať **LOGO testom**, pričom vyššie skóre poukazuje na nižší zmysel života, vyššiu existenciálnu frustráciu (Hlinková, Nemcová a kol. 2015).
- **Pre účely sebahodnotenia vývinu spirituality** bol vytvorený **Dotazník spirituálneho zdravia** (Spiritual Health Questionnaire), ktorý zachytáva päť dimenzií. Každá z nich je zložená z troch faktorov, pričom tieto sa zisťujú pomocou desiatich položiek:
 1. Spirituálna oddanosť - angažovanie sa, viera, zriekanie sa;
 2. Spirituálna múdrosť - religiozita, zbožnosť, svedectvo;
 3. Spirituálna receptívnosť - modlitba, meditácia, jednoduchý životný štýl;
 4. Spirituálne spoločenstvo - služba, láska, odpúšťanie;
 5. Spirituálne prosperovanie - bezpečnosť, pokoj, transcendencia (Reich 2000).
- Na **určenie potreby zmyslu a účelu života** môžeme použiť **Škálu životnej zmysluplnosti**, ktorá meria dimenziu kognitívnu, afektívnu a motivačnú.
- Pre **posúdenie nádeje** je vhodné využitie **Nowotnej škály nádeje (Nowotny Hopescale - NHS)**. Tvorená je šiestimi subškálami: D - dôvera vo výsledok, I - vzťahy s inými, M - v čo dúfam je možné, V - viera, Z - zaangažovanosť, A - vnútorná aktivita. Škála má 29 položiek, skóre je v rozmedzí od 29 do 116, pričom vyššie skóre znamená vyššiu mieru nádeje (Nowotny 1989).
- K metódam na **zisťovanie kvality života** patrí aj **Krátky spôsob hodnotenia kvality života** - Manchester Short Assessment of Quality of Life (ďalej **MANSA**). Dotazník MANSA je zameraný na rýchle, orientačné zhodnotenie úrovne kvality života u chorých s chronickým ochorením. Ide o zisťovanie spokojnosti s vlastným zdravotným stavom, sebapoňatím, sociálnymi vzťahmi, rodinnými vzťahmi, bezpečnostnou situáciou, právnym stavom, životným prostredím, finančnou situáciou, ale aj *oblasť akceptácie, či naplnenie v oblasti vierovyznania, spokojnosť s*

náboženstvom, účasťou na aktivitách voľného času, zamestnaním (Gulášová 2006). Jednou z domén pri posudzovaní *kvality života* je **duchovná doména**, ktorá *zahŕňa kategórie*: aký je vzťah pacienta k sebe samému, k zmyslu života, láske, priateľstvu, k prežitému životu, potreba praktizovania viery, religiozity, modlenia, návštevy duchovného, alebo vykonávania meditácií, jogy.

- Na **určenie potreby zmyslu a účelu života** môžeme použiť **Škálu životnej zmysluplnosti**, pozostávajúcej z 18 položiek. Každú dimenziu tvorí 6 položiek. Ide o *dimenziu kognitívnu* (tvoria ju položky týkajúce sa celkového životného nasmerovania, pochopenia života, či životného poslania), *afektívnu* (položky týkajúce sa životnej spokojnosti, naplnenosti, optimizmu, či v negatívnej rovine znechutenia, pocitov jednotvárnosti) a *motivačnú* (položky, týkajúce sa cieľov, plánov, ako aj sily a vytrvalosti angažovania sa v nich. Celkové skóre je od 18 – 90 (Halama 2002).

Odhad potrieb v spirituálnej dimenzii

Zmysel a reflexia

V oblasti zmyslu a reflexie vlastného života ide o pochopenie toho, ako pacient rozmýšľa nad svojim životom, ako ho hodnotí, bilancuje, čo považuje za dôležité, hodnotné. ***Možné položky na odhad potrieb na uvedenú problematiku:*** *Rozmýšľali ste nad svojim životom? Bilancovali ste svoj život? Ak áno, ako by ste ho opisali? Čo Vás najviac motivuje žiť? Kladiete si otázku, prečo sa to stalo práve Vám (choroba, úraz, smrť blízkeho)? Ak áno, akým spôsobom si ju kladiete?*

Dimenzia náboženstva

Je väčšinou orientovaná na náboženstvo, porušené, či ohrozené možnosti naplnenia spirituálnych potrieb súvisiacich s duchovnými praktikami, ktoré sú často zmenené vplyvom hospitalizácie, či samotným charakterom ochorenia. Je dôležité, aby sme rešpektovali pacienta ako individualitu so svojimi názormi a praktikami v súlade s mravnými zásadami a ochranou života a zdravia. Sestra nesmie opomenúť ani ľudí, ktorí nepatria do určitej cirkevnej inštitúcie alebo sa nestotožňujú s konkrétnym vierovyznaním, pretože aj oni môžu v tejto oblasti vykazovať duchovné požiadavky (napr.: rozhovor s kňazom, iným duchovným vodcom).

Posúdenie je možné realizovať na základe nasledujúcich položiek: *Veríte v niečo? Ste veriaci? Pomáha Vám vaša viera (v chorobe, iných problémov)? Je niečo v náboženstve (Vašej viere), čo Vám najviac pomáha? Chcete sa stretnúť s duchovným vodcom počas hospitalizácie? Je pre Vás dôležité vykonávať náboženské rituály, praktiky súvisiace s Vašou vierou? Je pre Vás dôležité vykonávať náboženské rituály, praktiky súvisiace s Vašou vierou počas hospitalizácie?*

Dimenzia vzťahov

Vzťahy, ich charakter, intenzita voči absolútnu (Bohu) ale aj ľuďom je dôležitý atribút v pochopení pacientovej spirituality. Pre porozumenia pacienta v tejto oblasti vzťahov, väzieb sa snažíme zistiť, ktorá osoba (osoby) sú pre pacienta (boli) v jeho živote dôležité. Túto časť spirituality nazývame *horizontálnou*. *Vertikálna* časť spirituality je charakterizovaná vzťahom k transcendentu, čiže k bohu, niečomu absolútnemu. ***Možné položky na danú problematiku:*** *Aký vzťah je vo Vašom živote najdôležitejší? Veríte v Boha alebo niečo nadpozemské/vyššiu*

existenciu? Ak áno, skúste to opísať. Ako sa bytie Boha / niečoho vyššieho premieta vo Vašom živote?

Dimenzia uzdravenia

Pohľad pacienta na zmysel života, hierarchiu hodnôt, otázky a témy ťažkej choroby, či uzdravenia sú často súčasťou problematiky duchovna. **Možné položky na odhad potrieb na danú problematiku:** *Má Vaša choroba vplyv na Vašu vieru? Ak áno, akým spôsobom? Cítite duchovný pokoj? Ak nie, čo môže byť dôvodom Vášho nepokoja. Sú prítomné nejaké známky Vašej duchovnej tiesne?*

Spiritualita ako taká ja ťažko definovateľná. Govier (2000) sumarizoval spirituálnu starostlivosť do koncepcie „**piatich R spiritualiry**“.

1. zmysel, dôvod, príčina, motivácia (reason)
2. reflexia, úvaha, rozmyšľanie (reflection)
3. náboženstvo (religion)
4. vzťahy, priateľstvá, väzby, putá (relationships)
5. uzdravenie, regenerácia, návrat do počiatočného stavu (restoration)

Zmysel (dôvod, príčina, motivácia) a reflexia (úvaha, rozmyšľanie) je charakterizovaná ako hľadanie zmyslu života, jeho naplnenia, či samotná reflexia a meditácia o dôvodoch, vôli a motivácii prečo žiť a akým spôsobom, ako aj usporiadanie hodnôt a ich priorita v živote. **V náboženstve** je dôležité vyjadrenie duchovných hodnôt a presvedčení, viery, prípadne nádeje v niečo. Často sa môže prejavovať napr.: v náboženských rituáloch, náboženských praktikách, pri čítaní duchovných textov. Náboženstvo môže byť inštitucionalizované ale vnímané samotným človekom aj neformálne. **Vzťahy (priateľstvá, väzby, putá)** môžu byť vyjadrené k Bohu, ale aj k blízkym dôležitým osobám. Boh je väčšinou v centre tejto spirituálnej dimenzie, môže byť vnímaný ako absolútne, pacient ho nemusí definovať ako osobu – Boh. Dôležité sú aj podporné osoby, ktoré sú zvyčajne dôležitou súčasťou v živote každého z nás, avšak tieto putá, väzby môžu byť narušené a to sa môže prejavovať duchovnou tiesňou. **Uzdravenie (regenerácia, návrat do počiatočného stavu)** ako dimenzia spirituálnej oblasti je odrazom reálnych životných udalostí na spirituálnu oblasť a celkové prežívanie pacienta. Táto dimenzia má schopnosť pozitívne vplyvať na telesný aspekt starostlivosti (Govier 2000).

Ošetrovateľské diagnózy súvisiace s uspokojením duchovných potrieb v kontexte ošetrovateľstva

Ošetrovateľská starostlivosť s holistickým pohľadom sa zameriava na vzťah medzi telom, mysľou a duchovnom. Potreby sú vnútornou potrebou po celú dobu života, preto budú aj naďalej hlavným prvkom holistickej ošetrovateľskej starostlivosti. Jednou z najväčších výziev pre sestry je uspokojovanie duchovných potrieb pacientov. Predpokladom pre duchovnú starostlivosť v oblasti ošetrovateľskej starostlivosti sú nielen dobré medziľudské vzťahy, ale aj interdisciplinárna spolupráca všetkých členov tímu s pacientom. Uspokojovanie duchovných potrieb nie je výsadou len veriacich, ale majú obrovský význam aj pre neveriacich, hľadajúcich aj v posledných dňoch či mesiacoch význam a zmysel svojho života (Andrášiová a kol. 2002).

Sestra by mala umožniť pacientovi vyjadriť svoje duchovné potreby a vykonať intervencie prispievajúce k stavu **duchovnej pohody**, prejavujúcej sa pocitom zmysluplnosti života, cieľavedomosťou, spokojnosťou, ako aj slobodným výberom životných príležitostí s možnosťou využitia, ktoré mu ponúka život. K **indikátorom duchovnej pohody** (podľa NOC) patrí: viera, nádej; životné ciele a zmysel života; schopnosť milovať a odpúšťať; duchovné zážitky a skúsenosti; čítanie duchovnej literatúry; vyjadrenie zážitkov umením, spevom, hudbou, písaním; harmonický vzťah so sebou, inými a schopnosť vymieňať si zážitky, presvedčenia; zbožnosť a schopnosť modliť sa; možnosť účasti na náboženských obradoch a rituáloch; kontakt s duchovnými; meditácia (Tomagová, Bóriková 2008). Naopak pokiaľ u pacienta pozorujeme **duchovnú tieseň**, ktorú sa nám s maximálnym úsilím nedarí znížiť, je potrebné zabezpečiť návštevu kňaza, duchovného. Duchovná tieseň poukazuje na disharmóniu v systéme spirituality, ktorý v ťažkých situáciách poskytuje nádej, silu, zmysel života.

Sestra pri uspokojovaní duchovných potrieb rešpektuje vierovyznanie, náboženskú slobodu; dôstojné ošetrovanie pacienta; informuje pacienta o harmonograme bohoslužieb; zabezpečuje duchovného, dobrovoľníka, rodinu, duchovnú literatúru (Slamková, Poledníková 2013).

V *prvej fáze ošetrovateľského procesu* sestra získava informácie o duchovnom svete pacienta, s rešpektovaním jeho práva nehovoriť o nich. Všimá si záujem o náboženské otázky, spomínanie Boha, viery, kňaza, prejavy vnútorného konfliktu a náboženských názorov, otázky týkajúce sa zmyslu života, prejavy tanatofóbie, preferované hodnoty, životné ciele, zmeny v systéme hodnôt, v sebakoncepcii, sebahodnotení a iné. Nutné je zistiť, do akej miery dochádza u pacienta k sebaobviňovaniu, chápaniu choroby ako trestu, ako aj to, ako mu spiritualita pomáha vyrovnať sa s náročnou situáciou, ktorým ochorenie a závažné problémy sú. V *druhej fáze ošetrovateľského procesu* stanovuje problémy a špecifikuje stavy duchovnej tiesne. Ošetrovateľská diagnóza **duchovná tieseň** rieši ošetrovateľský problém človeka s narušenou schopnosťou získavať oporu vo svojej viere a s narušenou schopnosťou podieľať sa na špecifických náboženských obradoch. Určujúcimi znakmi sú: s ťažkosťou dodržiavať náboženské rituály, napr. náboženské obrady, modlenie sa, vyjadruje emocionálny distress, potrebu nadviazať na predchádzajúce presvedčenie a zvyklosti (Marečková 2006, Magurová a kol. 2007).

Z hľadiska ošetrovateľského môžeme určiť **aktuálne a potenciálne ošetrovateľské diagnózy súvisiace s uspokojením duchovných potrieb**. V klasifikačnom systéme NANDA - International Taxonómia II, je *problém spirituality zahrnutý v doméne 10. Životné princípy*. Doména rieši ošetrovateľské problémy, ktoré súvisia s hodnotami, presvedčením a rovnováhou medzi hodnotami a skutkami. Sú zaradené do tried:

1. *trieda - hodnoty*: identifikácia a hodnotenie preferovaných spôsobov správania alebo výsledkov správania – diagnóza: **Ochota zlepšiť nádej 00185**

2. *trieda -viera/ presvedčenie*: názory, očakávania, úsudky o činoch, zvykoch, považované za pravdivé majúce vnútornú hodnotu- diagnóza: **Ochota zlepšiť nádej 00185, Ochota zlepšiť vnútornú spirituálnu pohodu 00068**

3. *trieda - súlad hodnôt, presvedčení a činov*: súlad, rovnováha dosiahnutá medzi hodnotami, presvedčením a činmi - diagnóza: **Morálny distress 00175, Duchovná tieseň 00066, Konflikt v rozhodovaní –špecifikovať 00083, Nedodržiavanie - špecifikovať 00079,**

Narušená religiozita 00169, Riziko duchovnej tiesne 00067, Riziko narušenej religiozity 00170, Ochota zlepšiť rozhodovanie sa 00184, Ochota zlepšiť religiozitu 00171, (Tomagová, Bóriková a kol. 2008, NANDA).

Diagnóza **B 102** (Vyhláška MZ SR z 30.júna 2005), **duchovná tieseň**, je definovaná mnohými spôsobmi, napr. ako: „*Stav, pri ktorom má jedinec reálne alebo potencionálne narušenú vieru v systéme hodnôt, ktoré mu poskytujú silu, nádej a zmysel života*“ (Bošmanský 1996, s.168). *Možnou etiológiou* pre duchovnú tieseň môže byť: kríza zapríčinená chorobou, utrpením, smrťou; konflikt medzi náboženskými názormi a predpísaným liečebným režimom; neschopnosť zúčastňovať sa na religióznych obradoch; ako aj odklon od náboženských rituálov, strach zo smrti a Božieho hnevu (Magurová 2015). Prejavmi duchovnej tiesne môže byť nesprávna interpretácia príčin a charakteru ochorenia a z toho vyplývajúci morálny distress, morálny konflikt. Podľa NANDA International k **prejavom duchovnej tiesne** môže zaradiť: vyjadrenie straty nádeje, cieľov a zmyslu; sebaobviňovanie; hnev na Boha a obviňovanie, že Boh ho opustil; nezáujem o kontakt s rodinou, blízkymi; zmeny v rituáloch a duchovných praktikách; snaha sa stretnúť s duchovným; nezáujem o literatúru s duchovným zameraním (Tomagová, Bóriková a kol. 2008).

O'Brien subkategorizuje **duchovnú tieseň** nasledovne:

- **duchovná bolesť** – problémy pri zmierovaní sa so stratou milovanej osoby, alebo veľké utrpenie;
- **duchovné odcudzenie** – vyčlenenie sa z náboženskej spoločnosti;
- **duchovná úzkosť** – pochybnosti v názoroch či hodnotovom systéme;
- **duchovná vina** – zlyhanie vo vernosti náboženským pravidlám;
- **duchovný hnev** – problémy s akceptovaním choroby alebo utrpenia;
- **duchovná strata** – problémy s hľadaním pohody v náboženstve;
- **duchovné zúfalstvo** – pocit nezáujmu o vlastnú osobu (Kozierová a kol.1995).

Určujúce znaky pre aktuálnu ošetrovateľskú diagnózu sú zamerané na *vlastnú osobu*- vyjadrenie nedostatku: nádeje, významu, zmyslu života, mieru pokoja, prijatia- akceptácie, lásky, odpustenie sebe samému, odvahy, zlé zvládanie záťaže. *Znaky zamerané na inú osobu*- odmietanie vzájomnej súčinnosti s duchovnými, priateľmi, rodinou, verbalizácia túžby po nezávislom živote, bez ich podpory a pomoci, vyjadrenie pocitov odcudzenia. Treťou oblasťou sú *znaky orientované na umenie, hudbu, literatúru, prírodu*- neschopnosť, resp. nezáujem venovať sa predchádzajúcej činnosti. *Znaky orientované na vyššiu moc* súvisia s neschopnosťou sa modliť, neschopnosťou zúčastniť sa náboženských aktivít, vyjadrenie hnevu smerom k Bohu, neschopnosť prežívať transcendentálne zážitky, zmena spirituálnych praktík, neschopnosť nahliadnuť do svojho vnútra, verbalizácia vlastnej existencie bez nádeje, trápenie sa. Súvisiace faktory: sebaodcudzenie, osamotenosť, odcudzenie, úzkosť, sociokultúrna deprivácia, smrť, umieranie inej osoby, vlastné umieranie, bolesť, životná zmena atď. (Novy sedláková, Hudáková 2011). *V tretej fáze ošetrovateľského procesu* sestra hľadá možnosti ako naplniť duchovné potreby a plánuje zdroje duchovnej podpory. Nevyhnutným predpokladom je vytvorenie atmosféry dôvery, podpory. K intervenciám sestry patrí napr.: identifikovať faktory, ktoré prispievajú k duchovnej tiesni, ktoré sestre pomôžu ľahšie riešiť problém. Náboženské aj nenáboženské stratégie zvládania sú viacdimeznionálne, týkajúce sa interpersonálnych vzťahov, emócií, motivácie, správania ako aj osobného rastu.

Následne pokračuje *fázou realizácie* plánovaných intervencií s možnosťou napr. zabezpečenia vhodného prostredia na realizáciu náboženských obradov, ako aj ponúknutie duchovnej starostlivosti, možnosti čítania z modlitebnej knižky, sprostredkovanie kňaza, duchovného, atď. V *záverečnej fáze* si všima prejavy duchovnej dimenzie pacienta. Pozitívnym výsledkom by mala byť pacientova spokojnosť so svojím údelom, životom, vierou (Jakubíková, 2003).

Záver

V oblasti ošetrovateľskej starostlivosti, vzdelávania a výskumu zdravotníckych pracovníkov nesmie chýbať odkaz na duchovný rozmer starostlivosti. Je nutné realizovať výskumy v oblasti duchovnej starostlivosti, ktoré by rozšírili jej duchovný aspekt.

Uspokojovanie duchovných potrieb u pacientov je možné zlepšiť aj tým, že budeme zdôrazňovať duchovný rozmer starostlivosti u pacienta; rozšírime vzdelanie o duchovnej starostlivosti aj na sestry v praxi; v oblasti duchovných potrieb zintenzívňime komunikáciu sestra- pacient; sestry budú identifikovať stavy duchovnej tiesne, deficitu duchovných potrieb na základe schopnosti využívať rôzne posudzovacie škály na odhad potrieb v duchovnej oblasti. Ošetrojúci aj pacienti reprezentujú rôznu vieru, duchovné a náboženské pozadie a názory. Preto očakávajú, že ostatní budú ich systém viery rešpektovať. Zdravotnícki pracovníci sa musia snažiť o zladenie duchovných cieľov s realitou, nestanovovať si ciele, ktoré sú neprispôsobivé a nerealistické. Vhodná spolupráca a dobré interakčné vzťahy s pacientom, rodinou a odborníkmi pre duchovnú oblasť sú základom kvality duchovnej starostlivosti. Najdôležitejšie je, aby sme na základe posudzovania zistili problémy pacienta v duchovnej oblasti, na základe čoho mu budeme môcť ponúknuť duchovnú starostlivosť. Pri posudzovaní je veľa hodnotiacich nástrojov, ktoré je možné v ošetrovateľskej praxi využívať.

Pri aplikácii zahraničných nástrojov skúmania spirituality v našich podmienkach je žiadúce zohľadniť demografické, sociálne, religiózne odlišnosti, ako aj špecifiká našej duchovnej kultúry.

Zoznam použitej literatúry

- ANDRAŠIOVÁ, M. et al. 2002. *Hospic a paliatívna starostlivosť* /príručka pre dobrovoľníkov/. 1.vyd. Bratislava: Oto Németh, 2002. 54 s. ISBN 80-968416-0-2.
- BAČIŠINOVÁ J, GALDUNOVÁ H. 2008. Ošetrovateľstvo v dimenziách religiozity. In *Theologos. Theological revue*. ISSN 1335-5570. 2008, roč. X, č.1, s. 123-136.
- BOŠMANSKÝ, K. 1996. *Človek vo svete pastoraálnej medicíny a medicínskej etiky*. Spišské Podhradie, 1996. 156 s.
- DROTÁROVÁ, E., DROTÁROVÁ, L. 2003. *Relaxační metody*. 1. vyd. Praha: Epocha 2003. 248 s. ISBN 80-86328-12-0.
- GOVIER, I.2000. Spiritualcare in nursing: a systematicapproach. In *Nursing Standard*. London, 2000. Vol. 14. no 17. p. 32 – 36.
- GULÁŠOVÁ, I. 2006. Problematika hodnotenia kvality života pacienta trpiacich chronickým obličkovým ochorením - renálnouinsuficienciou. In *Urologie pro praxi*[online]. 01. apríl 2006, vol. 4, s.152–154 . [cit. 2017-10-17]. Dostupné na internete: <<https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2006/04/01.pdf>>.
- HALAMA, P. 2002. Vývin a konštrukcia škály životnej zmysluplnosti. *Československá psychologie*, 46, 2002, 3, 265-276.

- HLINKOVÁ E., NEMCOVÁ, J. a kol. 2015. *Multimediálna e- učebnica ošetrovateľské postupy v špeciálnej chirurgii* [online]. Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta v Martine. 2015. Dostupné na internete: <<http://oschir.jfmed.uniba.sk/>>. ISBN 978-80-89544-72-1>.
- JAKUBÍKOVÁ, M. 2003. Uspokojenie duchovných potrieb nemožno zľahčovať. In *Ošetrovateľstvo* 3, 2003, č.10, s.6-7. ISSN 1335-9444.
- KALVÍNSKÁ, E. Spirituálny péče ve zdravotnictví. [online] 8. 9. 2017 [cit. 2017-06-20]. Dostupné z: <<https://www.google.sk/search?q=KALV%C3%8DNSK%C3%81,+Eva+Spiritu%C3%A1ln%C3%AD+p%C3%A9%C4%8De+ve+zdravotnictv%C3%AD>>.
- KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovateľstvo 1,2*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474s. ISBN 80-217-0528-0.
- KELNAROVÁ, J. 2007. *Tanatologie v ošetrovateľstve*. Brno: Littera, 2007. 112s. ISBN 978-80-85763-36-2.
- LEPEŠKOVÁ, A. a kol. 2006. Psychologické aspekty starostlivosti o umierajúceho. In *Človek medzi životom a smrťou*, Martin: JLF UK, 2006.
- MAGUROVÁ, D., LONGAUEROVÁ, A., OBROČNÍKOVÁ, A. 2007. Uspokojovanie potrieb umierajúceho klienta v rámci hospicovej a paliatívnej starostlivosti. In *Onkológia* 2007, 4. s. 246 – 252. ISSN 1336-8176.
- MAGUROVÁ, D., 2015. *Vybrané kapitoly paliatívnej a hospicovej starostlivosti*. Prešov : Vydavateľstvo Prešovskej univerzity v Prešove, 2015. 164 s. ISBN 978-80-555-1317-1.
- MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménach*. Praha: Grada, 2006. 120 s. ISBN 80-8063-221-9.
- NOVYSEDLÁKOVÁ, M., HUDÁKOVÁ, Z. 2011. Posúdenie spirituálnych potrieb sestrou. In Laca a kol., *Spolupráca pomáhajúcich profesií v paliatívnej a hospicovej starostlivosti: Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2011. s. 106-117. ISBN 978-80-8132-016-3.
- NOWOTNY M.L. 1989. Assessment of hope in patients with cancer: Development of an instrument. In: *Oncology nursing forum*, 1989; 16(1): 57 – 60.
- PAVLÍČEK, J. 2008. Spirituálne aspekty zomierajúcich. In *Vybrané kapitoly z paliatívnej starostlivosti*. 1.vyd. Trnava: Typi Universitas Tyrnaviensis, 2008. 98s. ISBN 978-80-8082-197.
- PRÁDLOVÁ, S., MIŠÁNIOVÁ, R. 2007. Komfort pri umieraní – hospicová starostlivosť. In *Edukačný zborník XXXI. Brnenské onkologické dny*. Brno: Masarykův onkologický ústav v Brně, 2007. s. 500. ISBN 978-9780-86793-09-2.
- REICH, K. H. 2000. What characterizes spirituality? *International Journal for the psychology of Religion*, 10, 2000, 2, s. 125-128.
- SLAMKOVÁ, A., POLEDNÍKOVÁ, E. 2013. *Klinické a ošetrovateľské aspekty paliatívnej medicíny*. Martin: Osveta, 2013. 146s. ISBN 978-80-8063-379-0.
- SVATOŠOVÁ, M. 2001. *Hospic. Umenie sprevádzať*. 1.vyd. Bratislava: Lúč, 2001. 160s. ISBN 80-7114-335-9.
- TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. a kol. 2008. *Potreby v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2008. 198s. ISBN 978-80-8063-270-0.
- VYHLÁŠKA MZSR č.306/2005 Z.z. ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz

ZELENÍKOVÁ, R. 2003. Úloha sestry v saturácii spirituálnych potrieb u chorých. In *Ošetrovatelství*. Hradec Králové: LF, 2003, s. 3 – 7. ISSN1212-723X.

Kontakt na autora

Dagmar Magurová, PhDr., PhD.

PU v Prešove, FZO.

e-mail: dagmar.magurova@unipo.sk

PROBLEMATIKA ZMYSLU ŽIVOTA U ONKOLOGICKÝCH PACIENTOV - VÝSLEDKY VÝSKUMU

The issue of the meaning of life in cancer patients - Results of research

Majerníková E., Magurová D., Galdunová H.,

Abstrakt

Cieľ: Cieľom štúdie bolo preskúmanie zmysluplnosti života u pacientov s onkologickým ochorením z hľadiska vybraných demografických údajov.

Metódy: Výber respondentov bol zámerný. Štúdia zahŕňala spolu 120 pacientov s onkologickým ochorením podstupujúcich protinádorovú liečbu v ambulantnej starostlivosti v Prešovskom a Košickom kraji. Použili sme štandardný dotazník LifeSignificanceScale (LMS).

Výsledky: Výsledky ukazujú štatistickú významnosť ($p < .001$) medzi rozmermi LMS a celkovým skóre LMS, pozitívnu koreláciu ($p < .001$), ktorú sme zistili medzi rozmermi LMS a faktormi - religiozitou, sociálnou podporou, starším vekom. Vyšší zmysel života bol preukázaný u našej vzorky žien s nádorovým ochorením, pacientov s vyššou úrovňou sociálnej podpory a veriacich pacientov.

Záver: Výsledky by mohli tvoriť základ pre implementáciu stratégie v onkologickej ošetrovateľskej praxi v oblasti starostlivosti o spirituálne potreby.

Príučové slová: Zmysel života. Pacient s onkologickým ochorením. Ošetrovateľstvo.

Abstract

Aim: The aim of the study was to investigate the meaningfulness of life in patients with oncological disease in terms of selected demographic data.

Methods: Theselection of respondentswasdeliberate. The study involved together one hundred cancer patients undergoing anticancer therapy in cancer care center in the Prešov and Košice regions. We used standardized questionnaire TheLifeMeaningfulnessScale (LMS).

Results: The results show statistical significance ($p < .001$) between LMS dimensions and total score LMS, positive correlation ($p < .001$) we found between the dimensions of the LMS and factors - religiosity, social support, older age, female gender. A higher sense of life showed in our sample population of women with cancer, patients with a higher level of social support and religiosity positive patients.

Conclusion: The results could form the basis for the implementation of strategies in oncology nursing practice in the care of spiritual needs.

Key words: Meaning of life, Cancer patients, Nursing.

Úvod

Problematika zmyslu života je už dlhé roky jedným z centrálnych problémov existenciálnej psychológie (Frankl, V. E. 1997. s. 31). V nedávnom období sa zmysel života stal aj jedným z ústredných pojmov pozitívnej psychológie (Slezáčková, A. 2012. s. 33). Zmysel života je vo všeobecnosti definovaný ako celkové životné zameranie, ústredné životné presvedčenia a ciele, prípadne dôvod, pre ktorý človek žije. V rámci psychológie rozlišujeme obsahovú

stránku zmyslu, čo sú konkrétne hodnoty, ciele a presvedčenia, ktoré umožňujú prežívať človeku svoj život ako zmysluplný, a úroveň zmyslu života, niekedy nazývanú aj životná zmysluplnosť, ktorá hovorí o stupni, v akom človek zažíva zmysel vo svojom živote. Psychologická definícia zmyslu života, alebo skôr životnej zmysluplnosti (úrovne prežívaného zmyslu v živote) hovorí, že zmysel života je osobné vnímanie usporiadania, cieľovej zameranosti a účelnosti života (Steger M. F. et al., 2006. s. 80 - 93). Rôzne prístupy definovali aj komponenty zmyslu života, napr. Reker a Wong (1988) uvádzajú tri komponenty zážitku, že život má zmysel: kognitívny zahŕňa životné presvedčenia, kognitívny rámec na interpretáciu života, motivačný obsahuje životné ciele a afektívny komponent predstavuje pocity naplnenia prameniace z pozitívnych presvedčení o svete a napĺňania životných cieľov. V tejto súvislosti sú významnou otázkou psychologické faktory, ktoré prispievajú k prežívaniu zmysluplnosti života. Predchádzajúce výskumy ukázali, že tieto faktory varujú od základných osobnostných tendencií až po vyššie zložky osobnosti ako je napr. religiozita. Napr. čo sa týka piatich osobnostných faktorov, predchádzajúce výskumy (napr. Halama, P. 2005. s. 102) ukázali, že zmysluplnosť koreluje negatívne s neurotizmom, a pozitívne so svedomitosťou a extravertiou. Schnell a Becker (2006. s. 117) poukázali, že základné osobnostné črty nesúvisia len s úrovňou životnej zmysluplnosti ale aj s obsahom zmyslu, napr. extravergia predikovala väčší dôraz na zábavu, prekonávanie výziev, či komunitu, svedomitosť vyššiu mieru výkonu ako zmyslu života atď. Osobitnou premennou v súvislosti so zmysluplnosťou života je už spomínaná religiozita. Stríženec (2001. s. 41) definuje religiozitu ako systém presvedčení o Bohu alebo inú nadľudskú silu, doprevádzanú správaním vyplývajúcim z týchto presvedčení ako sú rituály, modlitby a pod. Operacionalizácia tohto pojmu v psychologických štúdiách zahŕňa rôzne javy od demografických premenných ako je návštevnosť kostola či bohoslužieb, cez príklon k náboženským presvedčeniam (napr. ortodoxia) až po komplexnejšie religiózne dimenzie. Jedným zo spôsobov ako merať mieru religiozity je subjektívne hodnotenie významnosti religiozity, ktoré používame aj v našej štúdii. Pre komplexnejšie uchopenie a hodnotenie rozličných aspektov religiozity boli vytvorené teórie dimenzií religiozity. Najznámejšou je Allportove rozlíšenie zvnútornej a vonkajškovej religiozity. Allport chápe zvnútornenú religiozitu ako internalizované presvedčenie o svojej viere, pričom hlavný motív je v náboženstve samom. Naopak, pri vonkajškovej religiozite je náboženstvo prostriedkom k zisku, nástrojom osobného záujmu a byť religióznym je pre nich nejakým spôsobom užitočné (sociálne, psychologicky, materiálne). Allport pôvodne chápal tieto dimenzie ako dva póly jednej dimenzie, neskôr sa začali operacionalizovať ako dve nezávislé dimenzie. Čo sa týka vzťahu religiozity a životnej zmysluplnosti, viaceré výskumy potvrdili, že náboženské zaangažovanie súvisí so zvýšenou zmysluplnosťou (Chamberlain, Zika, 1988, Halama, P. 2003, Halama, Martos, Adamovová, 2010), no tento vzťah môže závisieť od typu religiozity. Neskôršie koncepty dokonca zdôrazňovali, že religiozita je sama o sebe zmysel poskytujúcim systémom, a teda, že základnou funkciou religiozity je poskytovať zmysel (Silberman, I. 2005. s. 641 - 663). Viaceré štúdie sa zamerali na sociálne vzťahy ako zdroje zmysluplnosti. Sociálne vzťahy sa považujú za jeden zo základných zdrojov zmysluplnosti života. Debats et al. (1995. 295 - 296) vo svojom kvalitatívnom výskume zistili, že sociálne interakcie sú častým zdrojom zážitkov zmysluplnosti. Halamová (2001. s. 89) zase zistila, že úroveň zmysluplnosti rastie po workshope zameranom na budovanie blízkych, emocionálne sýtiacich

vzťahov. Schnell (2011. s. 118) poukázala na to, že sociálne hodnoty ako napr. generativita, či harmónia s inými sú najsilnejšími prediktormi zmysluplnosti.

V tomto príspevku sa zameriavame na špecifické obdobie vyplývajúce z onkologického ochorenia, pričom toto obdobie má z pohľadu zmyslu života isté špecifiká. Je charakterizované zmenou v potrebách vyplývajúce z prijatia ochorenia a zapojenia sa do liečby (chemoterapia, rádioterapia, chirurgická liečba), prijatia možnosti časového ohraničenia života (vyplývajúceho z prognózy ochorenia), prijatia reálneho ohrozenia života, či prijatie/vyrovňovanie sa z procesom umierania.

Cieľ výskumu

Cieľom nášho výskumu bolo identifikovať premenné korelujúce s prežívaním zmysluplnosti života u onkologických pacientov, pričom sme sa zamerali na vybrané sociálne a demografické premenné ako je sociálna opora, rod či typ domácnosti, v ktorej osoba žije. Takisto sme sa rozhodli skúmať vybrané religiózne premenné so zameraním na významnosť religiozity.

Výskumný súbor

Výskumnú vzorku tvorilo 120 respondentov vo veku od 18 do 65 rokov, s vekovým priemerom 47,3 roka. V súbore bolo 65 žien (54 %) a 55 mužov (46 %). Prevažovala veková kategória 51 – 65 rokov (46 %) a 41 – 50 rokov (37,5 %). Priemerná dĺžka trvania ochorenia bolo $1,58 \pm 0,75$ roka, pričom 46 % respondent trpí onkologickým ochorením menej ako pol roka, do 2 rokov viac ako 31 % a do 5 rokov 12,5 %.

Tabuľka 1 Charakteristika respondentov

	N (120)	%
Pohlavie		
mužské	55	46
ženské	65	54
Vek (M $\pm$ SD)	$47,3 \pm 8,76$	
18- 30 rokov	9	7,5
31- 40 rokov	11	9
41- 50 rokov	45	37,5
51- 65 rokov	55	46
Dĺžka trvania onkologického ochorenia (M $\pm$ SD)	$1,58 \pm 0,75$	
Menej ako 6 mesiacov	55	46
Do 2 rokov	38	31,5
Do 5 rokov	27	12,5
Typ sociálnej podpory		
Rodina a priatelia	85	71
rodina	55	46
priatelia	5	4
podporné skupiny	41	34
bez podpory podporných skupín	79	66
náboženstvo		
veriaci	67	56
neveriaci	53	44

N – počet, M – priemer, SD – smerodajná odchýlka

Metódy

Na zisťovanie miery životnej zmysluplnosti bola použitá Škála životnej zmysluplnosti (Halama, M. 2002. s. 265) založená na trojkomponentovom modeli zmyslu života (Reker, Wong et al. 1988. s. 44 - 49). Škála má tri dimenzie (kognitívnu, motivačnú a afektívnu), každá z nich obsahuje 6 položiek. Kognitívna dimenzia je chápaná ako celkové nasmerovanie v živote, životné poslanie či chápanie života (príklad položky *Podarilo sa mi v živote nájsť určité poslanie alebo úlohu*). Motivačná dimenzia sa týka cieľov, plánov a miery angažovanosti v nich (*Mám v živote zábery, ktoré by som rád naplnil*) a afektívna reprezentuje životnú spokojnosť, naplnenosť, optimizmus pochádzajúce z prežívania zmyslu života (*Som so svojim životom spokojný/á aj keď je niekedy ťažký*). Na položky respondenti odpovedajú na Likertovej škále od „*vôbec nesúhlasím*“ po „*úplne súhlasím*“. Na základe odpovedí je možné vypočítať celkové skóre životnej zmysluplnosti, ale takisto aj hrubé skóre z jednotlivých dimenzií.

Analýza dát

Na spracovanie výsledkov výskumu sme použili štatistické metódy popisnej štatistiky - výpočet frekvencie (n) a percentuálnych hodnôt (%), výpočet priemerných hodnôt (M), štandardnej odchýlky (SD). Na štatistické spracovanie našich údajov sme použili softvér STATISTICA 13. Všetky testy boli vykonané na úrovni významnosti $p < .05$. Na určenie vzťahov medzi premennými sme použili neparametrický Spearmanov korelačný koeficient.

Výsledky

Celkové skóre LMS respondentov bolo 74,33, pričom najvyššie možné skóre v danom meracom nástroji je 90. V jednotlivých doménach respondenti dosiahli najvyššie skóre v Kognitívnej dimenzii D1 ($25,01 \pm 2,82$), nižšie hodnotenie v Afektívnej dimenzii D3 ($24,99 \pm 2,68$) a najnižšie v Motivačnej dimenzii D2 ($24,33 \pm 2,65$). najvyššie možné skóre v jednotlivých dimenziách má hodnotu 30 (tabuľka 2).

Tabuľka 2 Výsledky dotazníka LMS

Dimenzie	Respondenti N (120)		
	M	SD	Min-max
D1Kognitívna dimenzia	25,01	2,82	22- 29
D2Motivačná dimenzia	24,33	2,65	22 - 28
D3Afektívna dimenzia	24,99	2,68	21 - 28
LMS celkové skóre	74,33	9,88	35 - 90

N – počet, M – priemer, SD – smerodajná odchýlka Min-max – minimálna a maximálna hodnota

Z hľadiska vzájomnej korelácie dosiahnutých výsledkov v dotazníku LMS a sledovaných demografických ukazovateľov zameraných na problematiku religiozity a sociálnej podpory u našich onkologických pacientov sme zistili tieto skutočnosti. Z aspektu korelačných vzťahov v našej vzorke respondentov sme ukázali štatistickú významnosť medzi jednotlivými dimenziami (D1, D2, D3) a ich celkovým skóre LMS. Pozitívnu korelácia na úrovni $p < .001$

sme potvrdili medzi dimenziami zmyslu života a faktorov - religiozitou, sociálnou podporou, starším vekom, ženským pohlavím. Vyšší zmysel života bol preukázaný v našej vzorke v populácii žien s onkologickým ochorením, pacientov s vyššou úrovňou sociálnej podpory, veriacich pacientov (tabuľka 3). Taktiež pacienti s vyšším vekom vykazovali vyššiu úroveň zmyslu života v jednotlivých dimenziách ako aj v celkovom skóre LMS. Korelačné vzťahy sa nám nepotvrdili vo vzťahu dĺžky trvania ochorenia a meraných premenných.

Tabuľka 3 Korelácia medzi LMS a demografickými ukazovateľmi

	Vek	Typ podpory	Dĺžka ochorenia	viera	pohlavie	D1	D2	D3	LMS skóre
Vek	1,0								
Typ soc. podpory	0,301	1,0							
Dĺžka trvania ochorenia	-0,154	-0,072	1,0						
Viera	0,301	1,0	-0,072	1,0					
pohlavie	0,301	1,0	-0,072	0,321	1,0				
D1	0,364*	0,879**	-0,133	0,884**	0,866***	1,0			
D2	0,407*	0,835**	-0,139	0,856**	0,836**	0,833**	1,0		
D3	0,449*	0,835**	-0,216	0,834**	0,835***	0,905*	0,871**	1,0	
LMS skóre	0,422*	0,867**	-0,119	0,872**	0,877***	0,925**	0,960**	0,801*	1,0

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Diskusia

Fenómén zmyslu života a prežívania životnej zmyslupnosti je zložitý a dosť ťažko postihnuteľný mimo pojmového sveta ľudského individua. Napriek tomu sa niektoré psychologické teórie snažia tento jav, alebo aspoň niektoré jeho aspekty, opísať v zrozumiteľných psychologických pojmoch. Problém zmyslu života sa v psychológii objavuje najmä spolu so snahou o celostné nazeranie na človeka a zachytenie ľudskej motivácie v celej jej rozmanitosti (Halama, P. 2000. s. 228-229). Vlastné uvažovanie o zmysle života, najmä pokiaľ ide o sebareflexiu osobnosti, vyplýva z psychologického symptómu spokojnosti, ale ešte viac nespokojnosti. Súvisí s akýmsi pozastavením sa, ktoré je spojené s prehodnocovaním doterajšieho spôsobu života, skúseností, s vytýčovaním si plánov, s vytváraním, resp. prebudovávaním hierarchie hodnôt a postojov, ktoré potom priamo ovplyvňujú správanie (Boroš, J. 2000. s. 35 - 40).

Život človeka kamsi smeruje – k istému zmyslu. Zmyslom nie je bolesť ani smrť, zmyslom nie je ani utrpenie. V bolesti i utrpení sú však ukryté isté otázky. Sú to otázky kultivujúce rast stále zrejúcej ľudskej osobnosti. Fakt je, že nás nekultivujú len otázky kladené sebe a okoliu,

ale i otázky, ktoré kladú naše životné situácie nám, a to predovšetkým bolesť, utrpenie či vedomie vlastnej konečnosti (Kašparu, M. 2005. s. 78 - 80). Aj A. Porubčanová (2002. 179 - 182 s.) vo svojom prieskume zistila, že vplyvom ťažkej choroby sa mení nazeranie človeka na svet. Často má za následok zmenu jeho základnej hierarchie hodnôt. Človek môže prežiť zmysluplný život i vtedy, keď tento život nie je ani tvorivo plodný, ale ani bohatý na zážitky.

Realizácia postojových hodnôt spočíva v tom, ako sa človek postaví k obmedzeniam svojho života. Práve v zaujatí postoja, v situácii predstavujúcej zúženie jeho možností sa otvára nová, špecifická ríša hodnôt prináležiaca podľa V. E. Frankla hodnotám najvyšším. I keď je človek ochudobnený o hodnoty zážitkové a tvorivé, ešte vždy má poslednú, ba dokonca najvyššiu šancu realizovať hodnoty. Záleží na tom, aký postoj človek zaujme k nezmeniteľnému osudu (statočnosť prijímať utrpenie, dôstojnosť v ohrození života, nevyliciteľná choroba). Každý človek až do konca svojho života nesie zodpovednosť za hodnoty, aj keby to boli hodnoty „len“ postojové. Len ak človek chápe život ako hodnotu, len vtedy bude schopný dať mu obsah a nájsť jeho cieľ (Kľčovanská, E. 2005. s. 102). Schopnosť trpieť nie je nič iné, než schopnosť uskutočniť postojové hodnoty. Život má teda až do posledného okamihu zmysel, ten si uchováva až do jeho konca. Možnosť uskutočňovať hodnoty tým, aký postoj človek k svojmu osudovo nevyhnutnému utrpeniu zaujme, tá tu existuje vždy. Uskutočňovanie postojových hodnôt, teda dodávanie zmyslu života cez utrpenie, je možné len tam a len vtedy, keď je utrpenie osudové a nedá sa mu vyhnúť (Frankl, V. E. 1999. s. 71). Utrpenie, ktoré nie je nevyhnutné, je považované za zbytočné a malo by byť odstránené. Najmä vo chvíľach veľkého utrpenia a bolesti môže človek odpovedať svojmu osudu. Vtedy zúročí všetko, čo od života dostal a ukáže, kým v skutočnosti je. Pred svetom i pred sebou samým odhalí svoje najhlbšie ja. Veľkosť a hĺbka utrpenia človeka nezávisí len od objektívnych škôd, ale aj od ich poznania a zhodnotenia významu pre život. Človek sa dokáže vyrovnávať s problémami ľahšie, ak má jeho utrpenie zmysel (Nemčeková, M. 1999. s. 48 - 50).

Autori Pasarra a Kleftras (Pasarra, E. & Kleftras, G. 2013. s. 79 - 89) hodnotili úlohu zmyslu života pri depresii v rámci adaptácii na telesné postihnutie. Vzorka (N = 511) bola pomerne heterogénna s rôznymi typmi telesného postihnutia a tiež so širokým vekovým rozmedzím od 19 do 78 rokov. Na meranie zmysluplnosti bola použitá grécka verzia profilu RevisedLifeAttitude pozostávajúceho z 48 položiek. Výsledky naznačili, že zmysel života znižuje fyzické postihnutie a uľahčuje ľuďom adaptáciu na telesné postihnutie. Kernan & Lepore v longitudinálnej štúdií o ženách (N = 72), ktorým bolo diagnostikované zhubné nádorové ochorenie prsníka, ukázali, že ženy vykazujúce vyšší zmysel života sa lepšie vyrovnávali s negatívnymi skúsenosťami ako ženy s nižším zmyslom života (Kernan, W. D. & Lepore S. J. 2009. s. 1176-1182). Saraf, Singh a Khurana (2013. s. 144-152) vykonali vyšetrenie na indickej vzorke pacientiek s karcinómom krčka maternice s cieľom zmerať asociáciu významu v živote s dlhodobou liečbou, zotavovaním a prežívaním u pacientov (N = 10, vek 35-60 rokov). Zistenia boli interpretované v súvislosti s témami (napríklad starosti počas liečby, strach po liečbe, obnovený význam v živote, podporný systém, viera a religiozita, nádej a účel). Výsledky tejto štúdie boli nejednoznačné. Vyššie vnímanie zmyslu života u pacientiek im zmierňoval ťažkosti v prežívaní psychických a spirituálnych problémov. Ale takýto vplyv nezaznamenali na telesné ťažkosti v súvislosti s liečbou a samotných ochorením (nežiaduce účinky chemoterapie, slabosť, atď.).

Zoznam použitej literatúry

- ALLPORT, G. W. (1960). *The individual and his religion*. New York: McMillan.
- Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of life*. New York: Guilford Press.
- BOROŠ, J. (2000): Psychologické aspekty zmyslu a kvality ľudského života (so zreteľom na stredoškóľákov, vysokoškóľákov a dôchodcov). *Pedagogická revue*, roč. 52, č.1, s. 52–62.
- DEBATS, D. L., DROST, J., HANSEN, P. (1995). Experiences of meaning in life: A combined qualitative and quantitative approach. *British Journal of Psychology*, 86, 3, 359-365.
- FRANCIS, L. J. (1997). The psychology of gender differences in religion. Review of empirical research. *Religion*, 27, 81-96.
- FRANKL, V. E. (1997). *V úľekesmyslu*. Brno: Cesta.
- FRANKL E. V. Teorie a terapie neuróz. Praha: Grada 1999: 171. ISBN 80 -7169 -779 - 6.
- HALAMA, P. (2002). Vývin a konštrukcia škály životnej zmysluplnosti. *Československá psychologie*, 46, 265-276.
- HALAMA, P. (2003). On the relationship between religiosity and life meaningfulness. *Archive for the Psychology of Religion*, 24, 218-233.
- HALAMA, P. (2007). *Zmysel života z pohľadu psychológie*. Bratislava: Slovak Academic Press.
- HALAMA, P., MARTOS, T., ADAMOVOVÁ, L. (2010). Religiosity and well-being in Slovak and Hungarian student samples. The role of personality traits. *Studia Psychologica*, 52, 101-115.
- HALAMOVIČ, J. (2001). Psychologický zážitok komunity a zmysluplnosť života. In Popielski, K., Nanišová, E., Stempelová, J. (Eds.) *K psychológii osobného subjektu - II. poľsko-slovenské sympóziu* (123-144). Trnava: Inštitút existenciálnej psychológie a noo-logoterapie.
- HOVEMYR, M. (1996). Forms and degrees of religious commitment. Intrinsic orientation in Swedish context. *Journal of Psychology and Theology*, 24, 301-312.
- CHAMBERLAIN, K., ZIKA, S. (1988). Religiosity, life meaning and wellbeing: Some relationships in a sample of women. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27, 3, 411-420.
- KAŠPARU M. Růst osobnosti na nemocničním lůžku anebo otázky přímo Jobovské. In: ŽÁKOVÁ, M. (Ed.), *Zborník z 3. Ročníka Medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti*. Bratislava: Oto Németh, 2005. ISBN 80-88949-84-X.
- KERNAN, W. D. & LEPORE S. J. (2009). Searching for and Making Meaning after Breast Cancer: Prevalence, Patterns, and Negative Affect. *Social Science & Medicine* 68, 1176–1182.
- KLČOVANSKÁ E. Hodnoty a ich význam v psychológii. Trnava: Trnavská univerzita v Trnave, 2005: 232. ISBN 80-8082-039-2.
- KOŽENÝ, J., TIŠANSKÁ, L. (2003). Dotazník sociální opory - MOS: Vnitřní struktura nástroje. *Československá psychologie*, 47, 135-143.
- LUKASOVÁ E. Základy logoterapie. Bratislava: Lúč 2009: 272. ISBN 978-80-7114-704-6.
- NEMČEKOVÁ M. Miesto utrpenia v mravnom sebaurčení človeka. In: *Psychická regulácia a edukácia mravného správania*. Trnava: Trnavská univerzita Trnava, 1999: 91–99. ISBN 80-88774-59-4.

- PARK, C. L. (2005). Religion and meaning. In Paloutzian, R.F., Park, C. L. (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (295-314). New York: Guilford Press.
- PETERSEN, L. R., ROY, A. (1985). Religiosity, anxiety, and meaning and purpose: Religion's consequences for psychological well-being. *Review of Religion Research*, 27, 1, 49-62.
- PORUBČANOVÁ P. Nachádzanie zmyslu života cez utrpenie. In: Zborník príspevkov z vedeckej konferencie. Problémy a perspektívy filozofických, humanitných a sociálnych vied. Trnava: Trnavská univerzita v Trnave, 2002: 179-184. ISBN 80-89074-32-4.
- PSARRAA, E. & KLEFTARAS, G. (2013). Adaptation to Physical Disabilities: The Role of Meaning in Life and Depression. *The European Journal of Counselling Psychology*, 2(1), 79-99.
- REKER, G. T., PEACOCK, E. J., WONG, P. T. P. (1987). Meaning and purpose in life and well-being: A lifespan perspective. *Journal of Gerontology*, 42, 1, 44-49.
- REKER, G. T., WONG, P. T. P. (1988). Aging as an individual process: Toward a theory of personal meaning. In: J. E. Birren, V. L. Bengtson (Eds.), *Emergent theories of aging* (214-246). New York, Springer.
- SADOVSKA, M. Hodnotenie zmyslu života hospitalizovaných onkologických pacientov v paliatívnej starostlivosti. *Paliat. med. liec. boles.*, 2012, 5(2): 62-66.
- SARAF, S., SINGH, T. B., & KHURANA, S. (2013). Cervical Cancer Survivors: Meaning in Life. *Psychological Studies*, 58(2), 144-152.
- SILBERMAN, I. (2005). Religion as a meaning system: Implications for the new millennium. *Journal of Social Issues*, 61, 641-663.
- SCHNELL, T., BECKER, P. (2006). Personality and meaning in life. *Personality and Individual Differences*, 41, 117-129.
- SCHNELL, T. (2011). Individual differences in meaning-making: Considering the variety of sources of meaning, their density and diversity. *Personality & Individual Differences*, 51, 667-673.
- SLEZÁČKOVÁ, A. (2012). *Průvodce pozitivní psychologií. Nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada Publishing.
- STEGER, M. F., FRAZIER, P., OISHI, S., KALER, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 80-93.
- STRÍŽENEC, M. (2001). *Súčasná psychológia náboženstva*. Bratislava: IRIS.
- STRÍŽENEC, M. (2006). Názory popredných psychológov na vzťah osobnosti a religiozity/spirituality. In Halama a kol., *Religiozita, spiritualita a osobnosť* (5-11). Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV.

Kontakt na autora

PhDr. Ľudmila Majerníková, PhD.

Prešovská univerzita v Prešove

Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

Partizánska 1, 08001 Prešov

email: ludmila.majernikova@unipo.sk

POTREBA IMPLEMENTÁCIE DOBROVOĽNÍKOV DO STAROSTLIVOSTI O PACIENTA/KLIENTAV ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENIACH A ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

The need for the implementation of volunteers in patient / client care
in health care facilities and social care facilities

Murgová A., Barkasi D.

Abstrakt

Cieľ: Cieľom štúdie bolo zmapovať implementáciu dobrovoľníkov v inštitucionalizovaných zdravotníckych zariadeniach a zariadeniach sociálnych služieb v súčasnosti, porovnať starostlivosť o pacienta a prijímateľa sociálnych služieb z hľadiska komplexnosti poskytovanej starostlivosti, na ktorej sa podieľajú dobrovoľníci, so starostlivosťou na ktorej sa nepodieľajú dobrovoľníci, zmapovať záujem sestier o implementáciu dobrovoľníkov do inštitucionalizovaných zdravotníckych zariadení a zistiť potrebu implementácie dobrovoľníkov do zariadení sociálnych služieb, kde nespolupracujú s dobrovoľníkmi.

Metódy: Súbor výskumu tvorilo 364 sestier z 15 oslovených inštitucionalizovaných zdravotníckych zariadení a 137 respondentov z 10 oslovených zariadení sociálnych služieb na Slovensku. Na získavanie potrebných údajov boli použité dotazníky vlastnej konštrukcie, ktoré obsahovali položky formulované na sledovaný účel. Výsledky výskumu boli spracované v programe SPSS Statistics 20. Boli urobené základné frekvenčné a deskriptívne analýzy. Na overenie hypotéz, podľa typu premennej, bol urobený Mann-Whitneyho U test, alebo Chi-kvadrátový test.

Výsledky: Potvrdil sa štatisticky významný vzťah medzi prítomnosťou dobrovoľníkov na oddelení/ v sociálnych zariadeniach a úrovňou informovanosti o dobrovoľníkoch; významný rozdiel v zabezpečení potrieb pacienta na oddeleniach s dobrovoľníkmi a bez nich; v spokojnosti pacientov a príbuzných na oddeleniach s dobrovoľníkmi a bez nich; potvrdila sa aj hypotéza, ktorá predpokladala, že v zariadeniach sociálnych služieb dobrovoľníci dopĺňajú služby o nadštandardné úkony a tiež hypotéza, ktorá predpokladala, že dobrovoľníci v zariadeniach sociálnych služieb majú vplyv na celkovú mieru poskytovanej starostlivosti prijímateľovi. Neprijali sme hypotézu: Názory a postoje zamestnancov zariadení sociálnych služieb, ktorí nespolupracujú s dobrovoľníkmi, vyjadrujú potrebu implementácie dobrovoľníkov, nakoľko je nerozhodný stav výsledkov Chi-kvadrát testu.

Závery: Na základe výsledkov sme zistili, že odpovede zamestnancov, ktorí nespolupracujú s dobrovoľníkmi, boli nejednoznačné, čo môže mať za následok nedostatok informácií o dobrovoľníctve a dobrovoľníkoch. Pozitívnym zistením pre nás bolo, že sestry, ktoré spolupracujú s dobrovoľníkmi, podporujú a odporúčajú implementáciu dobrovoľníkov do inštitucionalizovaných zariadení, kde dobrovoľníci nepracujú.

Ľúčové slová: Zdravotnícke zariadenie. Zariadenie sociálnych služieb. Dobrovoľník
Implementácia.

Abstract

Objective: The aim of the study was to map the implementation of volunteers in institutionalized healthcare facilities and social care facilities at present, to compare patient care and social services recipients with regard to the complexity of care provided by volunteers, with care not involving volunteers, to map the interest of nurses on the implementation of volunteers in institutionalized health care facilities and on the need to implement volunteers in social care facilities where they do not cooperate with volunteers.

Methods: The set of research consisted of 364 nurses from 15 institutionalized health care institutions and 137 respondents from 10 social care facilities in Slovakia. To obtain the necessary data, custom-built questionnaires were used that included items formulated for the intended purpose. The results of the research were processed in SPSS Statistics 20. The basic frequency and descriptive analyzes were performed. To verify hypotheses, by type of a variable, a Mann-Whitney U test or a Chi-square test were performed.

Results: A statistically significant relationship between the presence of volunteers in the ward /in social facilities and the level of awareness of volunteers was confirmed; significant difference in securing the patient's needs in volunteer and non-voluntary departments; in the satisfaction of patients and relatives of volunteer and non-volunteer departments; the hypothesis that assumed that social care facilities' volunteers add to the services by over-standard actions was confirmed, as well as the hypothesis assuming that volunteers in social care facilities have an impact on the overall level of care provided to the recipient, has also been confirmed. We have not taken the hypothesis: The views and attitudes of employees of social care facilities who do not cooperate with volunteers express the need for volunteer implementation, due to the undetermined state of Chi-square test results.

Conclusions: Based on the results, we found that the replies of staff who did not cooperate with volunteers were ambiguous, which could result in a lack of information on volunteering and volunteers. A positive finding for us was that nurses working with volunteers support and recommend the implementation of volunteers in institutionalized facilities where volunteers do not work yet.

Key words: Health care facility. Social care facility. Volunteer Implementation.

Úvod

Človek, ktorý je ochotný pomáhať, nečaká za to žiadnu odmenu, venuje svoj čas a schopnosti pre niekoho, kto to viac potrebuje, je dobrovoľník. Dobrovoľník je špecialista na ľudský kontakt. Podľa Radkovej (2003), „dobrovoľníctvo u nás ešte nemá taký spoločenský status, aký by mu prislúchal a aký má v západných demokraciách“. Pričom dobrovoľníctvo nie je obeť, ale prirodzený prejav občianskej zrelosti. Prináša konkrétnu pomoc tomu, kto ju potrebuje, ale zároveň poskytuje dobrovoľníkovi pocit zmysluplnosti, je zdrojom nových skúseností, obohatením medziludských vzťahov (Tošner, Sozanská, 2002). Ošetrovateľstvo a dobrovoľníctvo, majú spoločné historické korene, etické a filozofické východiská a pole pôsobnosti. Ošetrovateľstvo a sociálna práca chápe dobrovoľníctvo ako súčasť každodenného života, preto je možné dobrovoľníctvo pokladať za jeden z nástrojov naplňania poslania ako ošetrovateľstva, tak aj sociálnej práce. Aktuálne poskytovanie zdravotnej starostlivosti je orientované na chorobu človeka, na jeho hendikep. Súčasná teória ošetrovateľskej starostlivosti zdôrazňuje holistický prístup. Chápe človeka ako bio-psycho-sociálno-

spirituálnu bytosť, so zameraním na uspokojovanie jej individuálnych potrieb. Organizácia práce v zdravotníckych zariadeniach a v zariadeniach sociálnych služieb neumožňuje naplnenie týchto ideálov. Jednou z možností, ako realizovať tento zámer, je zapojiť do ošetrovateľstva a sociálnych služieb dobrovoľníkov. Dobrovoľníci majú v nemocnici i v zariadeniach sociálnych služieb svoje uplatnenie. Nejedná sa o supľovanie ošetrovateľskej starostlivosti, ale ich činnosť môže významne pomôcť ako pacientom v ich procese uzdravovania, tak sestram i poskytovateľom sociálnych služieb pri uspokojovaní hlavne sociálno-spirituálnych potrieb pacientov/prijímateľov. Úloha pre dobrovoľníka v nemocnici a zariadeniach sociálnych služieb je jasná - spríjemniť pacientovi/klientovi čas. Život v nemocnici a zariadeniach sociálnych služieb robí znesiteľnejším. Vo vyspelých štátoch sveta je dobrovoľníctvo jednou z nenahraditeľných súčastí fungovania nemocníc a hospicov. Dobrovoľníci sú bežnou súčasťou zariadenia, sú súčasťou multidisciplinárneho tímu. Dobrovoľníctvo sa stáva nevyhnutnosťou a zároveň záležitosťou prestíže jednotlivých zdravotníckych zariadení (Hatoková, Mračková, 2007). Základným poslaním dobrovoľníkov v slovenských zdravotníckych zariadeniach je poskytovať chorým laickú psychosociálnu podporu. Na Slovensku zatiaľ nie je veľké množstvo profesionálne fungujúcich dobrovoľníckych združení, ktoré sa venujú chorým v nemocniciach. Postupne sa vyvíjajú dobrovoľnícke aktivity aj v novovzniknutých hospicioch, ale skôr spontánnym ako manažovaným spôsobom (Hatoková, 2007).

Dobrovoľníctvo v slovenských nemocniciach a hospicioch zväčša existuje na základe dvoch modelov: 1. *Spolupráca nemocnice a partnerskej organizácie* – právnickej osoby, občianskeho združenia, ktoré má s nemocnicou uzavretú zmluvu o spolupráci. Partnerstvo s nemocnicou na Slovensku rozvíja Dobrovoľnícka skupina Vríba v Onkologickom ústave sv. Alžbety v Bratislave, Klub detskej nádeje a Dobrovoľnícke združenie Slnecnice. „Partnerom“ môže byť aj neformálna skupina dobrovoľníkov, z ktorej sa postupne stáva štruktúrovaná organizácia. V týchto prípadoch ide o externý model. 2. *Nemocnica, jej konkrétne oddelenie alebo hospic realizuje dobrovoľnícky program*. Takto fungujúci interný model funguje v hospicioch na Slovensku a v niektorých paliatívnych klinikách, napríklad v Hospici milosrdných sestier v Trenčíne (Novotný, Stará, 2001).

Dobrovoľníctvo v podmienkach slovenských nemocníc a hospicov je stále novým prvkom. Jeho najväčším prínosom je zvýšenie kvality života chorého a zlepšenie jeho psychosociálnych podmienok. Len kvalitne manažovaný dobrovoľnícky program zabezpečí zvýšenie kvality života chorého (Hatoková, Mračková, 2007). Dobrovoľníctvo na úrovni osobného priateľstva môže výrazne prispieť k zlepšeniu psychomotorických funkcií a psychickej pohody, čo je rozhodne významný faktor v procese uzdravovania (Králíková, 2006). Dobrovoľníctvo má rozhodne veľa pozitívnych prínosov. Tieto prínosy možno chápať na viacerých úrovniach: z pohľadu dobrovoľníkov a dobrovoľníčok; z pohľadu organizácie, ktorá dobrovoľníkov a dobrovoľníčky využíva; z pohľadu prijímateľov pomoci; z pohľadu prínosov pre lokálnu komunitu; z pohľadu prínosov pre širšiu spoločnosť (Brozmanová Gregorová, Marček, Mračková, 2009). Sociálna práca a sociálne služby – v tejto oblasti má dobrovoľníctvo najväčšie zastúpenie, avšak vyžaduje si profesionálny prístup. Dobrovoľníci vstupujú do inštitúcií fungujúcich ako uzavreté systémy zdanlivo ako cudzorodý prvok, no v skutočnosti tvoria prvok, ktorý je dôležitý článok fungovania daného subjektu. Je dôležité pripraviť dobrovoľníkov na ich činnosť, ale zároveň je dôležité pripraviť na ich prijatie aj

organizáciu. Možnosti realizácie dobrovoľníkov v organizácii, ktorá poskytuje sociálne služby sú všestranné, ich pomoc sa môže využiť prakticky vo všetkých oblastiach sociálnej práce (Radková a kol., 2011).

Správa Európskeho parlamentu o prínose dobrovoľníckej práce k hospodárskej a sociálnej súdržnosti z roku 2008 uvádza, že dobrovoľníctvo:

- predstavuje hospodársky prínos (podľa odhadov OSN predstavuje hospodársky prínos neziskových inštitúcií v priemere 5 % HDP, pričom aj mierny odhad času venovaného dobrovoľníckej práci predstavuje viac ako štvrtinu tejto hodnoty);
- je významnou hnacou silou rozvoja občianskej spoločnosti a posilňovania solidarity;
- má vysokú mieru pridanej hodnoty: za každé euro, ktoré organizácie vydali na podporu dobrovoľníkov, sa im vrátilo v priemere 3 až 8 eur;
- má nesmierne dôležitý prínos pre tvorbu sociálneho kapitálu;
- môže viesť k výrazným úsporám v oblasti verejných služieb;
- je prínosom pre osobnostný a sociálny rozvoj dobrovoľníka a má pozitívny dosah v rámci spoločenstva a to napríklad na medziľudské vzťahy;
- vedie k priamemu zapájaniu občanov do miestneho rozvoja, a môže tak zohrávať významnú úlohu pri podpore občianskej spoločnosti a demokracie;
- môže pozitívne vplyvať na ľudské zdravie a z tohto pozitívneho vplyvu môžu profitovať všetky vekové kategórie a môže pomáhať pri predchádzaní telesných a duševných chorôb (Brozmanová Gregorová a kol., 2012).

Slovenskí autori Brozmanová Gregorová, Marček a Mračková (2009, s.42) uvádzajú, že *„špeciálne prínosy má vykonávanie dobrovoľníckej činnosti pre samotného človeka, ktorý sa do takejto činnosti zapojí. Pri vykonávaní rôznych aktivít získava nové zručnosti a skúsenosti, zoznámia sa s novými ľuďmi, miestami či kultúrami, je často konfrontovaný so spoločenskými problémami a výzvami, ale aj rôznorodosťou, odlišnosťou, inými životnými podmienkami či spôsobom života. Tieto aspekty dobrovoľníckej práce predstavujú dôležité prínosy pre odborný a osobnostný rozvoj dobrovoľníka či dobrovoľníčky. Špeciálny význam to má hlavne pre mladých ľudí. Dobrovoľníctvo posilňuje sebadôveru, prináša nové podnety a motivácie do života, zapája skupiny, ktoré sa môžu cítiť na okraji spoločnosti či spoločenského záujmu (napríklad dôchodcovia). Dobrovoľníci získavajú pocit dôležitosti, zmysluplnosti a hodnoty vlastnej práce, darovaného času i úsilia.“*

The World Volunteer Web, internetový portál, ktorý vznikol vďaka programu Organizácie spojených národov s názvom The United Nations Volunteers, uvádza tieto prínosy dobrovoľníctva pre samotných dobrovoľníkov:

- prostredníctvom dobrovoľníctva ľudia rozvíjajú existujúce a získavajú nové zručnosti;
- dobrovoľníctvo je spôsob, ako sa zúčastňovať na živote komunity;
- dobrovoľníctvo je zdrojom ďalšej motivácie a zmyslu pre výsledok;
- dobrovoľníctvo zlepšuje možnosti rozvoja pracovnej kariéry dobrovoľníkov;
- vďaka dobrovoľníctvu ľudia získavajú nové záujmy a hobby (dobrovoľníctvo môže byť spôsobom úniku z každodennej rutiny, zábava, relax, spôsob ako „dobiť“ energiu. Môže byť aj spôsobom ako uvoľniť napätie, získať nový pohľad na rôzne situácie, ako preskúmať vlastné osobné či profesijné vízie);

- dobrovoľníctvo ako spôsob získavania nových skúseností;
- dobrovoľníctvo ako priestor na stretávanie sa s rôznymi ľuďmi (dobrovoľníctvo je skvelý priestor na rozvoj medziľudských vzťahov a sieťovanie. Okrem budovania osobných či profesijných vzťahov ponúka aj spôsob ako spoznať ľudí z rôznych prostredí, rôzneho veku, z rôznych odvetví a pod.);
- dobrovoľníctvo je signálom pre zamestnávateľa, učiteľov, priateľov a rodinu (ľudia sa zaujímajú aj o to, aký život človek žije aj mimo prostredia, v ktorom sa s ním bežne stretávajú. Zamestnávateľa môže zaujímať, akým aktivitám sa jeho zamestnanec venuje vo voľnom čase, akademické inštitúcie sa zaujímajú o mimoškolské aktivity. Dobrovoľníctvo je prejavom záväzku, odovzdania a záujmu (Brozmanová Gregorová a kol., 2012).

Vzhľadom na aktuálnosť daného problému boli realizované prieskumy s problémom: Je potrebná implementácia dobrovoľníkov do starostlivosti o pacientov/prijímateľov sociálnych služieb v zariadeniach sociálnych služieb a v zdravotníckych zariadeniach? Cieľom prieskumu bolo zistiť mieru informovanosti zamestnancov v zariadeniach sociálnych služieb a v zdravotníckych zariadeniach o dobrovoľníkoch a dobrovoľníctve; zistiť názory a postoje zamestnancov na dobrovoľníkov a dobrovoľnícku starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb a v zdravotníckych zariadeniach; porovnať starostlivosť o prijímateľa sociálnych služieb a pacienta z hľadiska komplexnosti poskytovanej starostlivosti, na ktorej sa podieľajú dobrovoľníci, so starostlivosťou na ktorej sa nepodieľajú dobrovoľníci; zistiť názory a postoje zamestnancov zariadení sociálnych služieb a zdravotníckych zariadení, ktorí nespupracujú s dobrovoľníkmi na potrebu implementácie dobrovoľníkov do starostlivosti.

Stanovili sme východiskovú hypotézu: Úroveň uspokojovania potrieb pacienta/prijímateľa sociálnych služieb v zdravotníckych zariadeniach/ zariadeniach sociálnych služieb, je komplexnejšia v súčinnosti s dobrovoľníkmi.

Pracovné hypotézy

H1: Informácie sestier/sociálnych pracovníkov o dobrovoľníkoch a dobrovoľníctve sú spojené v súčinnosti s ich spoluprácou.

H2: Dobrovoľníci napomáhajú zabezpečovať dostatok osôb uspokojujúcich potreby pacientov/prijímateľov sociálnych služieb v zdravotníckych zariadeniach/zariadeniach sociálnych služieb.

H3: Dobrovoľníci v zariadeniach sociálnych služieb dopĺňajú služby o nadštandardné úkony.

H4: Dobrovoľníci na oddeleniach/v zariadeniach sociálnych služieb majú vplyv na komplexnú úroveň poskytovanej starostlivosti pacientovi/ prijímateľovi sociálnych služieb.

H5: Názory a postoje zamestnancov zariadení sociálnych služieb, ktorí nespupracujú s dobrovoľníkmi, vyjadrujú potrebu implementácie dobrovoľníkov do zariadení sociálnych služieb.

Výskumný nástroj

V zdravotníckych zariadeniach k overovaniu stanovených hypotéz sme využili dotazníkovú metódu vlastnej konštrukcie, ktorý vyplňovali sestry pracujúce v zdravotníckych zariadeniach pri lôžku pacienta. Dotazník mal špecifické položky formulované na sledovaný

účel. Obsahoval 42 položiek, rozdelených do subškál: informovanosť sestier; názory a postoje sestier, ktoré nespolupracujú s dobrovoľníkmi; názory a postoje sestier, ktoré spolupracujú s dobrovoľníkmi; starostlivosť o pacienta na ktorej sa podieľajú dobrovoľníci a na ktorej sa nepodieľajú; práca sestry so zameranosťou na jej vyťaženosť v službe; implementácia dobrovoľníkov v inštitucionalizovaných zdravotníckych zariadeniach a prínos dobrovoľníkov.

Zamestnanci zariadení sociálnych služieb vyplňovali dotazník s otázkami formulovanými na sledovaný účel. Obsahoval 18 otázok, rozdelených do subškál: informovanosť zamestnancov zariadení sociálnych služieb; názory a postoje zamestnancov zariadení sociálnych služieb, ktorí nespolupracujú s dobrovoľníkmi; názory a postoje zamestnancov zariadení sociálnych služieb, ktorí spolupracujú s dobrovoľníkmi; starostlivosť o prijímateľa sociálnych služieb na ktorej sa podieľajú dobrovoľníci a na ktorej sa nepodieľajú.

Manažment výskumu

Výber respondentov v zdravotníckych zariadeniach/ v zariadeniach sociálnych služieb sme zvolili zámerným výberom. Oslovili sme zdravotnícke zariadenia, ktoré mali oddelenia pre dlhodobu chorých, onkologické oddelenia, oddelenia paliatívnej starostlivosti, geriatrické oddelenia a hospice a zariadenia sociálnych služieb. Výskumné zisťovanie sme realizovali na základe kladnej odpovede na našu žiadosť o umožnenie výskumu. Žiadosť sme adresovali námestníckam riaditeľov pre ošetrovateľskú starostlivosť v zdravotníckych zariadeniach, ktoré mali aspoň jedno z uvedených oddelení a vedeniu zariadení sociálnych služieb. Následne sme žiadali vyjadrenie. Po odsúhlasení boli zdravotníckym zariadeniam zaslané dotazníky doporučené poštou. Vyplňovanie dotazníka bolo dobrovoľné a anonymné. Po vyplnení nám boli dotazníky späťne zaslané poštou. Z 380 distribuovaných dotazníkov sa nám vrátilo 364, čo znamená 98 % návratnosť. V zariadeniach sociálnych služieb boli dotazníky doručené osobne. V úvode dotazníka sme respondentov oboznámili s tematikou, ubezpečili o anonymite dotazníka a zdôraznili jeho význam. Po vyplnení sme dotazníky osobne prevzali v zariadeniach sociálnych služieb. Zo 145 distribuovaných dotazníkov sa nám vrátilo 137, čo znamená 94,5 % návratnosť.

Metódy štatistickej analýzy

Údaje výskumu boli spracovávané štatistickými postupmi, ktoré boli uskutočnené v programe IBM SPSS Statistics 20. Boli urobené základné frekvenčné a deskriptívne analýzy. Na overenie hypotéz podľa typu premennej bol urobený Mann-Whitneyho U test, alebo Chi-kvadrátový test. Hypotézy boli testované na hladine štatistickej významnosti $\alpha \leq 0,05$.

Charakteristika súboru

Základný súbor nášho výskumu, realizovaného v zdravotníckych zariadeniach, tvorilo 364 respondentov z 15 oslovených inštitucionalizovaných zdravotníckych zariadení na Slovensku. V štátnych zdravotníckych zariadeniach pracovalo 236 respondentov a v súkromných 128. Základný súbor výskumu, realizovaného v zariadeniach sociálnych služieb, tvorilo 137 respondentov z 10 oslovených zariadení sociálnych služieb v Zemplínskom regióne na Slovensku.

Interpretácia vyhodnotenia hypotéz

H1 Informácie sestier/sociálnych pracovníkov o dobrovoľníkoch a dobrovoľníctve sú spojené v súčinnosti s ich spoluprácou

Tabuľka 1 Porovnanie informovanosti o spolupráci oddelenia s dobrovoľníckou organizáciou podľa prítomnosti dobrovoľníkov na oddelení (chí-kvadrátový test)

	Oddelenie s dobrovoľníkmi (n = 44)		Oddelenie bez dobrovoľníkov (n = 301)		p
	n	%	n	%	
áno	33	75,0	23	7,6	0,001
nie	1	2,3	184	61,1	
neviem	10	22,7	94	31,2	

Tabuľka 2 Úroveň informovanosti o dobrovoľníkoch (chí-kvadrátový test)

	Oddelenie s dobrovoľníkmi (n = 44)		Oddelenie bez dobrovoľníkov (n = 303)		p
	n	%	n	%	
dostatočná	19	43,2	12	4,0	0,001
nedostatočná	24	54,5	172	56,7	
žiadna	1	2,3	119	39,3	

Ako je možné vidieť v Tabuľke 2, respondenti, ktorí majú na oddelení dobrovoľníkov, častejšie hodnotia úroveň informovanosti o dobrovoľníkoch ako dostatočnú v porovnaní s respondentmi, ktorí dobrovoľníkov na oddelení nemajú (43,2 % vs. 4,0 %); respondenti, ktorí nemajú na oddelení dobrovoľníkov, častejšie hodnotia úroveň informovanosti o dobrovoľníkoch ako nedostatočnú v porovnaní s respondentmi, ktorí dobrovoľníkov na oddelení majú (56,7 % vs. 54,5 %); respondenti, ktorí nemajú na oddelení dobrovoľníkov, častejšie hodnotia úroveň informovanosti o dobrovoľníkoch ako žiadnu v porovnaní s respondentmi, ktorí dobrovoľníkov na oddelení majú (39,3 % vs. 2,3 %); Chí-kvadrátový test potvrdil štatisticky významný vzťah medzi prítomnosťou dobrovoľníkov na oddelení a úrovňou informovanosti o dobrovoľníkoch.

Tabuľka 3 Porovnanie informovanosti zamestnancov o práci dobrovoľníkov podľa prítomnosti dobrovoľníkov v zariadení sociálnych služieb

	Zariadenie s dobrovoľníkmi (n=51)		Zariadenie bez dobrovoľníkov (n=86)	
	n	%	n	%
dostatočná	22	43	2	2
nedostatočná	26	51	51	59
žiadna	3	6	33	38

	chí-kvadrát vypoč.	chí-kvadrát tabuľk.	p
chí-kvadrát test	43,69371	5,991	3,25E-10

Respondenti, ktorí spolupracujú s dobrovoľníkmi, dostatočne hodnotia úroveň informovanosti o práci dobrovoľníkov v porovnaní s respondentmi, ktorí nespolupracujú s dobrovoľníkmi (43% vs. 2%). Respondenti, ktorí nespolupracujú s dobrovoľníkmi, častejšie hodnotili informovanosť za nedostatočnú v porovnaní s respondentmi, ktorí spolupracujú s dobrovoľníkmi (59% vs. 51%). O tom, že informovanosť o práci dobrovoľníkov je žiadna, častejšie hodnotili respondenti, ktorí nespolupracujú s dobrovoľníkmi v porovnaní s respondentmi, ktorí spolupracujú s dobrovoľníkmi (38% vs. 6%). Jedná sa o štatisticky významnú závislosť nakoľko p-hodnota Chí-kvadrát testu je oveľa nižšia ako zvolená hladina významnosti 0,05. Na základe prezentovaných výsledkov **prijímame** hypotézu H1.

H2 Dobrovoľníci napomáhajú zabezpečovať dostatok osôb uspokojujúcich potreby pacientov/prijímateľov sociálnych služieb v zdravotníckych zariadeniach / zariadeniach sociálnych služieb

Tabuľka 4 Porovnanie zabezpečenie odd. dostatočným počtom personálu na poskytovanie star. o pacienta podľa prítomnosti dobrovoľníkov na odd. (Mann-Whitneyho U test)

	Oddelenie s dobrovoľníkmi (n = 44)		Oddelenie bez dobrovoľníkov (n = 309)		p
	Priemer	ŠD	Priemer	ŠD	
Vaše odd. počas služby je zabezpečené dostatočným počtom personálu na poskytovanie star. pacientovi.	3	1,18	3,34	1,37	0,078

Mann-Whitneyho U test nepotvrdil štatisticky významný rozdiel v hodnotení zabezpečenia oddelenia dostatočným počtom personálu na oddeleniach s dobrovoľníkmi a bez nich.

Tabuľka 5 Porovnanie zabezpečenia osôb uspokojujúcich potreby prijímateľov sociálnych služieb podľa prítomnosti dobrovoľníkov

	Zariadenie s dobrovoľníkmi (n=51)		Zariadenie bez dobrovoľníkov (n=86)	
	n	%	n	%
úplne súhlasím	11	22	15	17
skôr súhlasím	24	47	22	26
neviem	6	12	18	21
skôr nesúhlasím	9	18	28	33
vôbec nesúhlasím	1	2	3	3
	chí-kvadrát vypoč.		chí-kvadrát tabuľk.	
chí-kvadrát test	9,1122212		9,488	
			p	
			0,058355	

V zariadeniach sociálnych služieb, ktoré spolupracujú s dobrovoľníkmi, je vo väčšej miere zabezpečený dostatok osôb uspokojujúcich potreby prijímateľa sociálnych služieb ako v zariadeniach, ktoré nespupracujú s dobrovoľníkmi. V zariadení s dobrovoľníkmi vyjadrilo súhlas spolu 69% vz. 43% (Tabuľka 5) v zariadeniach bez dobrovoľníkov, čo je v súlade s tvrdením pracovnej hypotézy 2. Tento rozdiel však nie je štatisticky významný (Tabuľka 5), nakoľko hodnota „p“ je o niečo málo vyššia ako 0,05.

Hypotézu H2, na základe prezentovaných výsledkov, **prijímame** iba v súvislosti so **zdravotníckymi zariadeniami**

H3 Dobrovoľníci v zariadeniach sociálnych služieb dopĺňajú služby o nadštandardné úkony

Tabuľka 6 Porovnanie zabezpečenia služieb o nadštandardné úkony podľa prítomnosti dobrovoľníkov

	Zariadenie s dobrovoľníkmi (n=51)		Zariadenie bez dobrovoľníkov (n=86)	
	n	%	n	%
úplne súhlasím	5	10	8	9
skôr súhlasím	26	51	16	19
neviem	11	22	37	43
skôr nesúhlasím	9	18	18	21
vôbec nesúhlasím	0	0	7	8
	chí-kvadrát vypoč.		chí-kvadrát tabuľk.	
chí-kvadrát test	17,350082		9,488	
			p	
			0,001652	

Na overenie hypotézy 3, ktorá predpokladala, že v zariadeniach sociálnych služieb, ktoré spolupracujú s dobrovoľníkmi, dobrovoľníci dopĺňajú služby o nadštandardné úkony, ako

v zariadeniach ktoré nespolupracujú s dobrovoľníkmi. V zariadení s dobrovoľníkmi vyjadrilo súhlas spolu 61% vz. 28% (Tabuľka 6) v zariadeniach bez dobrovoľníkov, čo je v súlade s tvrdením pracovnej hypotézy 3. Jedná sa o štatisticky významný rozdiel, nakoľko p-hodnota Chí-kvadrát testu (Tabuľka 6) je nižšia ako zvolená hladina významnosti 0,05. Na základe prezentovaných výsledkov **prijímame** hypotézu H3.

H4 Dobrovoľníci na oddeleniach/v zariadeniach sociálnych služieb majú vplyv na komplexnú úroveň poskytovanej starostlivosti pacientovi/ prijímateľovi sociálnych služieb

Tabuľka 7 Porovnanie spokojnosti pacientov a príbuzných na základe prítomnosti dobrovoľníkov na oddelení (Mann-Whitneyho U test)

	Oddelenie s dobrovoľníkmi (n = 44)		Oddelenie bez dobrovoľníkov (n = 308)		p
	Priemer	ŠD	Priemer	ŠD	
Pacienti a ich príbuzní vyjadrujú spokojnosť s im poskytovanou starostlivosťou.	1,91	0,80	2,41	0,99	0,002

Mann-Whitneyho U test potvrdil štatisticky významný rozdiel v spokojnosti pacientov a príbuzných na oddeleniach s dobrovoľníkmi a bez nich. Odpovede na škále od 1 (úplne súhlasím) po 5 (vôbec nesúhlasím) nadobúdali v oboch skupinách rozdielne priemerné hodnoty (1,91 vs. 2,41).

Tabuľka 8 Porovnanie miery poskytovanej starostlivosti podľa prítomnosti dobrovoľníkov

	Zariadenie s dobrovoľníkmi (n=51)		Zariadenie bez dobrovoľníkov (n=86)	
	n	%	n	%
úplne súhlasím	11	22	7	8
skôr súhlasím	25	49	24	28
neviem	12	24	36	42
skôr nesúhlasím	3	6	13	15
vôbec nesúhlasím	0	0	6	7
	chí-kvadrát vypoč.		chí-kvadrát tabuľk.	
chí-kvadrát test	19,486839		9,488	
			p	
			0,00063	

V tejto pracovnej hypotéze 4 sme predpokladali, že v zariadeniach sociálnych služieb, ktoré spolupracujú s dobrovoľníkmi sa v celkovej miere zvyšuje úroveň poskytovanej starostlivosti

prijímateľovi sociálnych služieb, ako v zariadeniach ktoré nespolupracujú s dobrovoľníkmi. V zariadení s dobrovoľníkmi vyjadrilo súhlas spolu 71% vz. 36% (Tabuľka 8) v zariadeniach bez dobrovoľníkov, čo je v súlade s tvrdením pracovnej hypotézy 4. Jedná sa o štatisticky významný rozdiel, nakoľko p-hodnota Chí-kvadrát testu (Tabuľka 8) je nižšia ako zvolená hladina významnosti 0,05. Na základe prezentovaných výsledkov **prijímame** hypotézu H4.

H5 Názory a postoje zamestnancov zariadení sociálnych služieb, ktorí nespolupracujú s dobrovoľníkmi, vyjadrujú potrebu implementácie dobrovoľníkov do zariadení sociálnych služieb

Názory a postoje zamestnancov, ktorí nespolupracujú s dobrovoľníkmi na pomoc dobrovoľníka v zariadení sociálnych služieb.

Tabuľka 9 Chí-kvadrát test – uvítanie dobrovoľníka v zariadení bez spolupráce dobrovoľníkov

	chí-kvadrát vypoč.	chí-kvadrát tabuľk.	p
chí-kvadrát test	67,976744	5,991	1,73E-15

Zisťovali sme názory a postoje zamestnancov, či by uvítali pomoc dobrovoľníka v ich zariadení. Zo všetkých možností najviac respondentov 63 (74%) odpovedalo áno, že by uvítali pomoc dobrovoľníka, čo môžeme považovať za štatisticky významný počet, potvrdený aj Chí-kvadrát testom (Tabuľka 9) oproti priemerným počtom odpovedí na danú otázku.

Názory a postoje zamestnancov, ktorí nespolupracujú s dobrovoľníkmi, pre koho by bola prínosom práca dobrovoľníka (dotazníková otázka 15).

Tabuľka 10 Chí-kvadrát test – prínos dobrovoľníka v zariadeniach bez spolupráce dobrovoľníkov

	chí-kvadrát vypoč.	chí-kvadrát tabuľk.	p
chí-kvadrát test	75,674419	7,815	2,6E-16

Zo všetkých možností až 55 (65%) respondentov odpovedalo, že práca dobrovoľníka by bola prínosom pre prijímateľa sociálnych služieb, čo môžeme považovať za štatisticky významný počet, potvrdený aj Chí-kvadrát testom (Tabuľka 10) oproti priemerným počtom odpovedí na danú otázku. Na základe prezentovaných výsledkov **nemôžeme** jednoznačne **prijat'**, ani **zamietnuť** hypotézu H5.

Na dotazníkovú položku, či by odporučili dobrovoľníkov nemocniciam v ktorých ešte nepracujú, sestry odpovedali možnosťou áno alebo nie (Tabuľka 11). Možnosťou áno, odpovedalo 39 respondentov (95,1 %) a možnosťou nie, odpovedali 2 respondenti (4,9 %). Z uvedeného vyplýva, že viac respondentov by odporučilo dobrovoľníkov nemocniciam, kde ešte dobrovoľníci nepracujú.

Tabuľka 11 Odporúčenie dobrovoľníkov nemocniciam sestrami

	n	%
Áno	39	95,1
Nie	2	4,9

Diskusia

Dobrovoľníctvo v súčasnosti predstavuje fenomén, prekračujúci hranice štátov, náboženských, sociálnych skupín a poukazuje na možnosť spolužitia, ktoré je založené na vzájomnej pomoci a solidarite. Pre neexistujúce legislatívne rámce pre výkon práce dobrovoľníka sa štátne organizácie obávajú aj napriek tomu, že mnohé z nich, ako napríklad nemocnice, zariadenia sociálnych služieb, by ich veľmi potrebovali. Slovenská legislatíva nedáva dobré predpoklady na optimálne využitie dobrovoľníkov v štátnych zariadeniach, preto sa s nimi stretávame takmer výlučne v mimovládnych organizáciách. Mnohé z nich si overili zmyslupnosť a efektivitu využívania dobrovoľníckej práce. Dobrovoľníctvo je totiž jedna z ciest, ktorá vedie ľudstvo k humanizácii, a to najmä v prostredí spoločnosti vyznávajúcej hmotné hodnoty. Dobrovoľníctvo ako všade na svete, aj u nás má perspektívu, len mu treba vytvoriť na to priestor. Problematiku informovanosti o dobrovoľníkoch a dobrovoľníctve sme zisťovali otázkami v dotazníku pre sestry, ktoré odpovedali na otázku, či spolupracuje ich zariadenie s nejakou dobrovoľníckou organizáciou, možnosťou áno odpovedalo 56 respondentov (15,8 %) a možnosťou nie, odpovedalo 193 respondentov (54,5 %) a možnosťou neviem, odpovedalo 105 respondentov (29,7 %). Z uvedeného vyplýva, že najviac respondentov odpovedalo odpoveďou nie, čo potvrdzuje, že málo zariadení spolupracuje s dobrovoľníckou organizáciou. Na otázku, či majú informácie o dobrovoľníckych organizáciách, ktoré vysielajú dobrovoľníkov do nemocníc, možnosťou áno odpovedalo 109 respondentov (31,0 %) a možnosťou nie, odpovedalo 243 respondentov (69,0 %). Z uvedeného vyplýva, že informovanosť o dobrovoľníckych organizáciách je veľmi nízka. Na otázku, či vedia kto je dobrovoľník, možnosťou áno odpovedalo 266 respondentov (75,1 %) a na možnosť nie, odpovedalo 88 respondentov (24,9 %). Z uvedeného vyplýva, že viac respondentov vie, kto je dobrovoľník. Na otázku, čo podľa nich patrí k aktivitám dobrovoľníka v nemocnici, najčastejšie označili aktivitu, robiť spoločnosť pacientovi a to vyjadrilo 171 (49,3 %) respondentov. Na poslednom mieste označili aktivitu, robiť doprovod pacienta na vyšetrenie, čo vyjadrilo 38 (11,0 %) respondentov. Poslednou otázkou bolo, aká je informovanosť o práci dobrovoľníkov v nemocniciach. Najviac respondentov odpovedalo, že informovanosť o práci dobrovoľníkov v nemocniciach je nedostatočná, čo vyjadrilo 198 (56,6 %) respondentov a žiadna, čo vyjadrilo 121 (34,6 %) respondentov. Iba 31 respondentov (8,9 %) sa vyjadrilo, že úroveň informovanosti je dostatočná. V zariadeniach sociálnych služieb dotazníkovou otázkou sme porovnávali informovanosť zamestnancov o dobrovoľníckych organizáciách, kde respondenti (69%) ktorí spolupracujú s dobrovoľníkmi sú viac informovaní, ako tí, ktorí nespupracujú s dobrovoľníkmi (35%). Aby sa zapájalo viac dobrovoľníkov, je potrebná informovanosť, čo uvádza aj Brozmanová Gregorová a kol. (2012), ktorá patrí medzi významné aspekty dobrovoľníctva, je kľúčová pri premene potenciálnych záujemcov o dobrovoľníctvo na aktívnych dobrovoľníkov a dobrovoľníčky. Zisťovali sme, aká je informovanosť o práci dobrovoľníkov v zariadeniach sociálnych

služieb, kde zo všetkých respondentov najviac v počte 77 (56%) uviedlo, že je nedostatočná. Na základe toho môžeme poukázať na dôležitosť informovania, propagovania a medializovania dobrovoľníctva, a tak získavať viac ľudí do dobrovoľníckej činnosti. Hypotézu H2, ktorá predpokladala, že na oddeleniach, kde pracujú dobrovoľníci, je vo väčšej miere zabezpečený dostatok osôb uspokojujúcich potreby pacienta ako na oddeleniach bez dobrovoľníkov, sme overovali prostredníctvom Mann-Whitneyho U testu. Ten nepotvrdil štatisticky významný rozdiel v hodnotení zabezpečenia oddelenia dostatočným počtom personálu na oddeleniach s dobrovoľníkmi a bez nich. Odpovede na škále od 1 (úplne súhlasím) po 5 (vôbec nesúhlasím) nadobúdali v oboch skupinách približne rovnaké priemerné hodnoty (3 vs. 3,34). Či dobrovoľníci napomáhajú zabezpečiť dostatok osôb uspokojujúcich prijímateľov sociálnych služieb v zariadeniach sociálnych služieb, sme zistili, že 69% respondentov, ktorí spolupracujú s dobrovoľníkmi vyjadrili súhlas a 43% vyjadrilo nesúhlas. Z uvedených výsledkov vyplýva význam a potreba dobrovoľníkov v zariadeniach sociálnych služieb. Mračková (2009) uvádza, že ideálne prostredie pre rozvoj dobrovoľníctva bude vtedy, ak si široká verejnosť uvedomí jeho dôležitosť v prospech iných, v prospech celej verejnosti. Zaujímavým zistením v pracovnej hypotéze 3 bolo porovnanie, či dobrovoľníci dopĺňajú služby o nadštandardné úkony v zariadeniach sociálnych služieb, kde sme zistili, že súhlas vyjadrilo 61% respondentov a nesúhlas 28% respondentov. Pozitívnym zistením je, že dobrovoľníci sa zapájajú do aktivít, ktoré sú prínosom pre prijímateľa sociálnych služieb, skvalitňujú služby, prinášajú zmenu atmosféry zariadenia. Na otázku, či by poskytovaná starostlivosť pacientovi na ich oddelení vďaka pomoci dobrovoľníkov mala vyššiu úroveň, sestry odpovedali 5 stupňovou stupnicou, od úplného súhlasu, až po úplný nesúhlas. Odpoveďou úplne súhlasím odpovedalo 100 respondentov (32,7 %), odpoveďou skôr súhlasím 110 respondentov (35,9 %), odpoveďou neviem sa vyjadrilo 71 respondentov (23,2 %), odpoveďou skôr nesúhlasím, odpovedalo 21 respondentov (6,9 %) a odpoveďou vôbec nesúhlasím, odpovedali 4 respondenti (1,3 %). Z uvedeného vyplýva, že najviac respondentov odpovedalo odpoveďou skôr súhlasím, čím vyjadrili svoj súhlas s tým, že poskytovaná starostlivosť pacientovi na ich oddelení vďaka pomoci dobrovoľníkov by mala vyššiu úroveň. Tiež sme zistili, že prostredníctvom dobrovoľníkov v zariadeniach sociálnych služieb, sa zvyšuje v celkovej miere úroveň poskytovanej starostlivosti, čo potvrdilo 71% respondentov súhlasom a 36% respondentov nesúhlasom. Aj tu sa potvrdila významnosť dobrovoľníctva v kontexte dlhodobej starostlivosti o starších ľudí a osoby so zdravotným postihnutím. Zároveň sme zistili, že najčastejšou aktivitou dobrovoľníkov v zariadení sociálnych služieb je prevádzanie záujmových činností, čo potvrdilo 51% respondentov. Zistili sme názory a postoje zamestnancov, ktorí spolupracujú s dobrovoľníkmi, ktoré ukázali, že prijímatelia sociálnych služieb a ich príbuzní sú spokojní so starostlivosťou prostredníctvom dobrovoľníkov, kde vyjadrilo súhlas 74% respondentov. Na dotazníkovú položku, či by sestry uvítali pomoc dobrovoľníka na svojom oddelení, najviac respondentov odpovedalo možnosťou áno 235 respondentov (76,3 %), možnosťou nie, odpovedalo 15 respondentov (4,9 %) a možnosťou neviem, odpovedalo 58 respondentov (18,8 %). Z uvedeného vyplýva, že najviac respondentov by uvítalo pomoc dobrovoľníka na svojom oddelení. Pre koho by bola prínosom pomoc dobrovoľníka na oddelení, odpovedali respondenti možnosťami (pre sestru, pre pacienta, pre zariadenie a pre spoločnosť). Najčastejšie odpovedali respondenti možnosťou pre pacienta, čo vyjadrilo 156 respondentov

(51,0 %), a najmenej respondentov 5 (1,6 %) odpovedalo možnosťou, že pomoc dobrovoľníka na oddelení, by bola prínosom pre spoločnosť. Na splnenie cieľa (pracovná hypotéza 5) zistiť názory a postoje zamestnancov zariadení sociálnych služieb, ktorí nespôlupracujú s dobrovoľníkmi s potrebou implementácie dobrovoľníkov, sme zisťovali prieskumnými otázkami. Už v prvej otázke sme zistili nejednotnosť v názore respondentov, na dostatočný počet personálu na poskytovanie starostlivosti o prijímateľa sociálnych služieb, pretože odpovedali respondenti súhlasom 43%, nesúhlasom 36% respondentov a nevedelo posúdiť 21% respondentom. Z uvedeného vyplýva, že zamestnanci, ktorí neprichádzajú do kontaktu s dobrovoľníkmi mali odlišné názory, čo môže mať za následok, že nemajú dostatočné informácie o dobrovoľníkoch a dobrovoľníctve. Ďalšou otázkou sme zisťovali či by uvítali pomoc dobrovoľníka v ich zariadení nám až 74% respondentom odpovedalo súhlasom. Otázkou sme u zamestnancov zisťovali, pre koho by bola prínosom práca dobrovoľníka v ich zariadení, nám 65% respondentov uviedlo, že by to bolo prínosom pre prijímateľa sociálnych služieb. Najviac respondentov 43% nám nevedelo odpovedať na otázku, že vďaka pomoci dobrovoľníkov by boli prijímateľom sociálnych služieb poskytované služby o nadštandardné úkony. Rovnako aj najviac 42% respondentov nevedelo posúdiť zvýšenú úroveň služieb skrz prácu dobrovoľníkov. Poslednou otázkou sme zisťovali záujem o získanie informácií o práci dobrovoľníkov v zariadeniach sociálnych služieb odpovedalo súhlasom 45% respondentov, ale zároveň až 41% odpovedalo, že sa nad tým nezamýšľalo, čo tiež nedáva jasnú odpoveď na danú problematiku. Z uvedených odpovedí na otázky k pracovnej hypotéze 5 nám vyplýva, že v zariadeniach, ktoré nespôlupracujú s dobrovoľníkmi, je potrebná informovanosť o dobrovoľníctve, o jeho prínose nie len pre zariadenia, ale aj prijímateľa sociálnych služieb.

Záver

Dobrovoľníctvo ako všade na svete, aj u nás má perspektívu, len mu treba vytvoriť na to priestor. Odporúča sa každej krajine, aby starostlivo prehodnotila svoju legislatívnu úpravu, odstránila prekážky a vytvárala právne prostredie, ktoré umožní rozvoj a ochranu dobrovoľníctva. Slovensko by malo v rámci zákonníka neziskového práva prijať základnú právnu úpravu dobrovoľníctva. Obsahovým základom právnej úpravy by mal byť inštitucionálny rámec dobrovoľníctva a vzťah štátu k dobrovoľníctvu v smere jeho podpory a vytvárania podmienok na jeho rozvoj. Možno konštatovať, že dobrovoľníctvo je a vždy bude stále významnou a dôležitou súčasťou života mnohých ľudí, organizácii i celej spoločnosti. V súčasnosti dobrovoľníctvo na Slovensku začína byť populárne. Prispel k tomu záujem zo strany medzinárodných komerčných spoločností o firemné dobrovoľníctvo a medializácia príkladov dobrej dobrovoľníckej praxe (Schavel, 2010). Dobrovoľníci sú ľudia, ktorí chcú konať dobro pre druhých a vedia, že táto činnosť ich obohacuje viac, než čokoľvek iné. Nebojme sa využiť to v prospech našich pacientov/prijímateľov sociálnych služieb.

Zoznam použitej literatúry

BROZMANOVÁ GREGOROVÁ, A. – MARČEK, E. – MRAČKOVÁ, A. 2009. *Analýza dobrovoľníctva na Slovensku*. Banská Bystrica: PF UMB, OZ Pedagóg, PDCS, PANET, 2009. ISBN 978-80-8083-844-7.

- BROZMANOVÁ GREGOROVÁ, A. a kol. 2012. *Dobrovoľníctvo na Slovensku – výskum reflexie*. Iuventa, 2012. 167 s. ISBN 978-80-8072-119-0.
- HATOKOVÁ, M. – MRAČKOVÁ, A. 2007. Je váš hospic naozaj hospicom? In *CD zborník zo 4. ročníka Medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti*. Trnava: Trnavská univerzita, FZaSP, s. 15-24.
- HATOKOVÁ, M. 2007. Psychologické aspekty starostlivosti o ťažko chorého a zomierajúceho. In *Onkologia*, 2/2007. roč. 2., s. 112-115. [online]. [cit.2012-10-06]. Dostupné na internete: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2388.
- KUTNOHORSKÁ, J. 2007. *Etika ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
- MAJCHRÁK, J. a kol. 2004. *Keď ľahostajnosť nie je odpoveď*. Bratislava: IVO – Inštitút pre verejné otázky, 2004, ISBN 80-88935-73-3.
- MEASURING VOLUNTEERING: *A practical Toolkit*. 2001. Washington: Independent Sector, 2001. ISBN 0-929556-09-7.
- MRAČKOVÁ, A. 2009. *Manažment dobrovoľníkov. Odborná publikácia vydaná v rámci projektu „Posilnenie ľudských zdrojov vzdelávaním“*. Bratislava: Liga za duševné zdravie SR, o.z., 2009. ISBN 978-80-970123-3-5.
- NOVOTNÝ, M. – STARÁ, I. 2001. *Využití dobrovolníků v nemocnicích, Metodický manuál k dobrovolnictví v nemocnicích*. Praha: Hestia, 2001.
- RADKOVÁ, L. 2003. Dobrovoľníctvo ako nezastupiteľná forma pomoci v zdravotníckej a ošetrovateľskej starostlivosti a v sociálnej práci. In *Medicínsky monitor*, 2003, č.3, s. 32 – 34.
- TOŠNER, J. – SOZANSKÁ, O. 2002. *Dobrovoľníci a metodika práce s nimi v organizáciách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, 152 s., ISBN 80-7178-514-8.
- SCHAVEL, M. a kol. 2010. *Sociálna prevencia*. 3.vyd. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2010. 266 s. ISBN 978-80-89271-22-1.

Kontakt na autora

doc. PhDr. Anna Murgová, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

e-mail: annamurgov@gmail.com

RNDr. Mgr. Daniela Barkasi, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

e-mail: daniela.barkasi@gmail.com

OTÁZKA VZTAHU SPIRITUALITY A SOCIÁLNÍ PRÁCE

The question of the relationship of spirituality and social work

Nová M.

Abstrakt

Příspěvek poukazuje na význam spirituality v sociální práci. Dále reflektuje skutečnost, že spojení supervize i spiritualita má své opodstatněné místo a potencionálně velké možnosti, jak posloužit v pomáhání, tzn. pomáhajícím i těm, kterým je poskytována pomoc. V textu jsou představené i výsledky předvýzkumu, které se zabývají otázkou, které techniky sociální práce mohou kultivovat specificky pojatou křesťanskou sociální práci.

Klíčová slova: Pomoc. Sociální práce. Spiritualita.

Abstract

The paper underscores the importance of spirituality in social work. Besides, it reflects the fact that the spirituality and supervision have a well-based *raison d'être* and a considerable potential of providing assistance not only to those who give the aid but also to those who are given it. The text presents the results of a preliminary research that was carried out to identify the methods of social work suited to cultivate social work as a specifically Christian pursuit.

Key words: Aid. Social work. Spirituality.

Úvod

Pokud chceme odpovědět na otázku týkající se vztahu spirituality a sociální práce, tak můžeme citovat OSN (Tafferner, 2003; in: Lewkowicz, Lob-Hüdepohl, 2003, srov. s. 88), že žádná společnost, ve které se praktikuje sociální práce, není bez hodnot. Pro sociální práci a pro humánní praxi je rozhodující, že se daruje pozornost duchu, hodnotám, postojům, morálním představám, stejně jako nadějím a ideálům klientů, a že rovněž sociální pracovníci jsou si vědomi svých vlastních hodnotových představ. S odvoláním na tyto skutečnosti konstatujeme, že pokud chce moderní sociální práce dosáhnout tohoto nastíněného ideálu či spíše standardu, musí počítat se svou spirituální rovinou. Konkrétně se otázkou vztahu spirituality a sociální práce zabývala již zmíněná Tafferner (2003; in: Lewkowicz, Lob-Hüdepohl, 2003, srov. s. 87-101) v kapitole, kterou nazvala „Spiritualita a sociální práce: pokus o určení vztahu“. Píše, že sociální práce poskytuje šanci učit se rozumět sám sobě, zatímco hledáme, jak rozumět druhým a opačně. Celou kapitolu pak uzavírá myšlenkou, že u spirituality se nejedná o nový koncept sociální práce; spiritualita nenahrazuje žádný koncept a žádnou metodu sociální práce. Věří spíše, že tam, kde bude připuštěna v profesionálním sociálním jednání duchovní dimenze, bude profitovat jednoduše odborná identita z hledání osobní identity, z hledání pravého Já. Dále uvádí, že otázka po místě spirituality v sociální práci může být např. i předmětem empirického zkoumání. Je však zřejmé, že spiritualita může být prožívána jak soukromě, tak i ve společenství. Spiritualita je však především individuální záležitost, avšak lidství je možné realizovat jen ve společenství. Výše zmíněná autorka je přesvědčená o tom, že spiritualita má své určité místo i v rámcových podmínkách dané organizace. Bohaté dějiny spirituality mohou být znovu poznávány a reflektovány vlastní zkušeností, jak dále uvádí. Apeluje při tom na to, aby si každý kladl otázky typu: Co je to spiritualita? Jaký vliv má spiritualita na individuální růst, na společenský život, na sociální

změny, na proces pomáhání? Jak lze vlastní spiritualitu přivést k souzvuku s profesionálním očekáváním? Mohou mít instituce nějakou spiritualitu? apod. Zakončuje tvrzením, že cílem je, povzbudit k tomu, aby se spirituální dimenze inovativně a kriticky integrovala do sociální práce. (Tafferner, 2003; in: Lewkowicz, Lob-Hüdepohl, 2003, srov. s. 101). Nikdy by nemělo jít o transformaci či jakési násilné včleňování duchovních prvků do pomáhající praxe nejen sociální práce, ale obecně. Stále mluvím o nedotknutelné hodnotě člověka, a přitom mám na mysli důstojnost a respekt, na který má člověk právo, a který je důvodem, že nikdo by neměl být nucen k čemukoli, co odporuje jeho svědomí nebo přesvědčení. (Bártová, 2006) Prezentovaný předvýzkum si klade za cíl najít ty kvality technik v sociální práci, které mohou kultivovat duchovní dimenzi (spiritualitu).

Význam spirituality pro sociální práci

Uvádíme v historickém kontextu Československa, že v podmínkách v nichž se odráží několik desítek let vlivu socialismu, sama sociální práce dodnes hledá svoji identitu. V těchto podmínkách se chceme pokusit o ještě nesnadnější věc – totiž o nalezení místa pro spiritualitu v sociální práci. Při prvním pokusu o pátrání po kořenech sociální práce jsem narazila na křesťanství – víru, učení, hodnoty, spiritualitu, které se projeví nejvíce v křesťanské pomoci. Přínos křesťanství se podle Čierné a Mamuly (in: Vodáčková a kol., 2002, srov. s. 317) projevil v mnoha směrech. V jeho intencích se utvářely základy toho, co dnes považujeme za humanistický přístup. Křesťanství skutečně nemalou měrou formovalo a dodnes v jistých kruzích formuje pomáhání. Zejména charitní a diakonická církevní pomoc v něm má svou tradici. A tak, i když vznik moderní sociální práce, která byla vlastně reakcí na vznik dělnické třídy, klademe do 19. století, jsem přesvědčená, že křesťanské hodnoty do moderního pomáhání a do sociální práce, včetně její supervize, určitým způsobem a jistou měrou vzhledem k jejímu historickému vývoji patří. Při obecném pohledu do nedávné historie sociální práce, až na počátek 20. století, lze vysledovat (ekonomický, politický, sociální, aj.) „boom“ ve vyspělých společnostech v Evropě i Americe. Tento fakt se nakonec projevil také v sociální práci. Začalo se přirozeně diskutovat mimo jiné o hodnotách, etice v sociální práci, které se samozřejmě odráží také v její supervizi. Je tady téma potřeby pevně charakterizovat a definovat hodnoty, které utvářejí sociální práci a pro pomoc jako takovou, stanovit opěrný a pevný bod, na němž by mohla sociální pomoc fungovat a který by se stal základem její nepostradatelné identity. Na prvních světových univerzitách zabývajících se sociální prací, byly publikovány první etické kodexy a zásady práce s klientem. (Nečasová, 2001; in: Bártová, 2006, srov. s. 11) Nelze na tomto místě opomenout Richmondovou či Adamsovou, které, jak je známo, zdůrazňovaly humanitu a etiku v pomáhání a v sociální práci. Vývoj se pomalu v té době začal ubírat mnoha různými směry. Uvědomování si této situace a možných důsledků všeobecně vedlo k hledání toho, co by tyto různé proudy a teorie v sociální práci mohlo pojit. O to větší význam získalo vymezování identity profese pomoci hodnot, postojů a společných charakteristik metody sociální práce. Profesionální identita je tedy důležitý faktor, který má důsledky v každodenní práci. Vědomí profesní a profesionální identity se utváří prolnutím poznatků a zkušeností v praktickém „know-how“. Toto „know-how“, podložené znalostmi, hodnotami a postoji, se stává základem vymezení profesionální role sociálního pracovníka, která se více či méně odráží také v jeho osobní supervizní reflexi. S tím úzce souvisí profesní etické zásady, které byly zformulovány po druhé světové válce

sociálními pracovníky. Zdůrazňujeme tento fakt, jelikož se domníváme, že i etika může být mostem ke spiritualitě. To proto, že etika v evropském měřítku byla od počátku formována antickou a helénskou civilizací, jejíž některé hodnoty se odrazily také v židovsko-křesťanské morálce. Možná dilemata s tím spojená, reflektovaná v rámci supervize, mohou mít tedy, byť skrytý, duchovní charakter. Tatschmurat (2003; in: Lewkowicz, Lob-Hüdepohl, 2003, srov. s. 104-119) se zastává u významu spirituality pro pomáhajícího. Ten může spočívat např. ve skutečnosti, že se vystavuje neustálé proměně. Tato proměna má své kořeny ve vztahu k sobě samému, ke světu, bližním a k transcendentnu. V tom hraje důležitou roli způsob komunikace, jenž musí být stálý, intenzivní a především intersubjektivní. Diskutovaný vztah se děje v pěti rovinách, v pěti dimenzích: 1. rovina zkušenosti (jak je zažívána náboženská praxe a do jaké hloubky); 2. rituální dimenze (jakého charakteru je rituální praxe, jaký má význam pojednotlivce a společenství, zde se řadí také modlitba, kontemplace, meditace, účast na bohoslužbách a svátostech a také zde jde o kulturní rituály a jiné ritualizované formy společenství, jako je např. vítání občánků atd.); 3. ideologická dimenze (tzn. čemu se přisuzuje ve spiritualitě náboženství člověka, zda věří na nějakou božskou bytost, jestli uvažuje také o tom, jaká role v tomto kontextu připadá člověku, věří-li ve zmrtvýchvstání, převtělení či na putování duší, jak chápe zázraky, hříchy, spásu...); 4. dimenze vědění (tzn. jaký rozsah a jakou hodnotu má vědění o náboženství; k tomu se váží znalosti historické, patří sem také reflexe, vlastní náboženská socializace, otevřenost člověka); 5. dimenze jednání (jednání člověka v každodennosti, etika člověka, krizové situace, sociální angažmá atd.). (Tatschmurat; in: Lewkowicz, Lob-Hüdepohl, 2003, srov. 104-119)

Zvláště dnes se objevuje silná tendence zdůrazňovat úlohu etiky a ochrany lidských práv v sociální práci a prohlubovat pohledy na otázky uskutečňování etických zásad v praxi, tak i s její myšlenkou, aby sociální pracovníci byli přizpůsobiví, aby byli schopni přehodnocovat cíle, které sledují a znovu promýšlet svou profesionální identitu. Tím apelujeme nejen na potřebu, aby praxe byla „provázena“ či supervidována, ale také na potřebu jakéhosi hlubšího celostního chápání člověka. O těchto provázanostech s praxí pojednává i autorka Gallová (2017). Domníváme se, že nejdůležitějším „nástrojem“ a potenciálem sociální práce není ani supervize, ani nějaká vybraná a preferovaná metoda či spiritualita, jak by se mohlo snad zdát, ale člověk – osobnost v jeho bio-psycho-socio-spirituální celistvosti. Z mnoha stran lze dnes zaznamenat snahu moderní sociální práce kultivovat svou filosofii pomáhání. V praxi vykonávané zejména v rámci církví se počítá s určitou duchovní dimenzí – tzn., mají svou vlastní spiritualitu. Celkem běžně se v nich požaduje křesťanská kvalifikace vzdělání, etického kodexu atd. Je proto zcela pochopitelná otázka, jestli je možné křesťanský kvalifikovat i proces supervize a zároveň se zamýšlet nad tím, co by případně taková kvalifikace prakticky (tedy alespoň přibližně) znamenala. Domnívám se, že spiritualita v našich poměrech – v tradičním křesťanském pojetí, jak ostatně sama poukazuje svou více než dvoutisíciletou živou tradici a životní zkušeností, je velmi bohatou, a také nevyčerpatelnou studnicí impulsů, motivace, smyslu pro moderní sociální práci (a to nejen pro tu křesťanský orientovanou). Tyto myšlenky jsem se pokusila hledat a nakonec je zaznamenat – čili dát tvar těmto hledáním, rozvahám a diskusím.

Spiritualita ve smyslu nejnítřejšího a nejosobnějšího svobodného práva každého člověka na prožívání a vlastně také hledání a prohlubování „duchovna“ ve svém životě se vším, co obnáší, se nějak projevuje v jeho konání. To je zvláště patrné u některých (praktikujících)

věřících pomáhajících. Ti, každý osobitým způsobem a různou měrou, prožívají svoji víru, která jim dává smysl jak života, tak i motivaci k práci, hodnoty, které vyznávají.

Frankl uvádí definici Wittgensteina (1960; in: Frankl, 2006, s. 77): „Věřit [...] znamená vidět, že život má smysl.“ Víra, náboženství, nutno si uvědomit, není pojistkou proti krizím a konfliktům, ale čelí jim s určitými hodnotami (naděje, láska), které v takové hloubce člověku psychologie nemůže nabídnout. (Smékal, 2006; in: Frankl, 2006, srov. s. 81) a dodává: „Náboženství lidem hodně dává a také od nich hodně vyžaduje.“ (Smékal, 2006; in: Frankl, 2006, s. 81)

Na význam a důležitost duchovního základu člověka, na jeho spiritualitu chceme tak ukázat také z pohledu náročnosti životní praxe – zejména v pomáhání. Pomáhající profese, jakou je sociální práce, bezesporu vyžaduje celého člověka, a to konkrétně v jeho bio-psycho-socio-spirituální celistvosti. O rovnováze prvních tří rovin člověka – pomáhajícího existuje mnoho dostupné a kvalitní literatury. Jinak je to však s rovinou spirituální, duchovní. Na pomáhajícího (sociálního pracovníka) je kladeno obrovské množství nároků a požadavků, stejně tak jako je na něho kladena i nemalá míra zodpovědnosti. Hovoříme často o vyčerpávající skutečnosti a každodenní realitě. Položme si tedy otázku, kde tedy hledat tzv. pramen, z něhož by člověk opětovně čerpal sílu jak jít dál. Zde je možné vidět obrovskou možnost, která může být zároveň životní nutností, totiž čerpat z křesťanské spirituality sílu pro každodenní život. Důraz přitom musíme klást zvláště na kritéria „zdravé“ spirituality života. Jedná se vlastně o jakési principy utváření zdravého duchovního života, jež se projevuje i ve zdraví duše a těla člověka, ale také v jeho pomáhající činnosti – ve vztahu k bližním, potřebným. Otázkou zralosti, či lépe dozrávání člověka (pomáhajícího), se zabývá mimo jiné také supervize, která reflektuje jeho celkovou situaci.

Vybrané výsledky předvýzkumu

Metoda a metodika

V předvýzkumu jsme položili výzkumnou otázku: „Které techniky sociální práce mohou kultivovat specificky pojatou křesťanskou sociální práci?“ Na základě takto formulované otázky, která je zároveň hlavní výzkumnou otázkou, chceme nalézt takové techniky, které by kultivovaly specificky pojatou křesťanskou sociální práci

Výzkumnou strategii pro naše téma realizované předvýzkumem a na základě zvolené výzkumné otázky jsme se rozhodli ke kvalitativnímu výzkumu, jejímž prostřednictvím můžeme aplikovat tzv. induktivně-deduktivní postupy. Počet participantů našeho předvýzkumu je 8.

K získání potřebných dat je v návaznosti na použitou metodu a výzkumnou strategii zvolena technika rozhovorů a analýzy dokumentů, která patří ke standardní aktivitě kvalitativního výzkumu.

Cílem je porozumět tomu, jak jednotliví odborníci pojmají spirituální dimenzi v rámci sociální práce a v její praxi. Jedná se tedy o hledání nových textových jednotek, které obsahují tvrzení či představy autorů o spirituální dimenzi v křesťansky pojaté sociální práci a o hledání takových kvalit, jež by kultivoval specificky pojatou křesťanskou sociální práci.

Hledané přístupy a zjištění tak nacházíme v odborné literatuře – zejména v odborných článcích, studiích, monografiích. Ty představují jednotku zjišťování. Výzkumnou jednotkou,

jejíž charakteristiky odhalují, jsou teoretické přístupy či zjištění již realizovaných empirických a teoretických výzkumů.

Operacionalizace je nedílnou součástí každého empirického výzkumu. Jejím cílem je převést teoretické pojmy do empirické podoby indikátorů, které jsou pozorovatelné. Na základě definování jednotlivých pojmů odvozujeme, dílčí výzkumnou otázku, které nám pomůže získat komplexnější odpověď na hlavní výzkumnou otázku.

Dílčí výzkumná otázka: „Jak můžeme charakterizovat spiritualitu a její místo v sociální práci?“

Výsledky

Názor, že duchovní péče a doprovázení (a tudíž také jejich reflexe), která dnes již opět nachází své uplatnění v sociální oblasti a jenedílnou součástí kvalitní sociální práce.

Supervize může odkrývat existenciální skutečnosti i zkušenosti, neboť se v ní často dotýká otázek po smyslu a hodnotách (např. po etice, která může tvořit jakýsi most pro spiritualitu).

Spirituální rozměr v supervizi sociální práce – může pomoci prohloubit pomáhajícím jak jejich profesionální život, tak i jejich vnitřní osobní identitu. Musí však být vždy jen nabídkou (ve smyslu doprovázení, které nemusí být nutně explicitně křesťanským) a nikdy podmínkou. A to v rámci supervize, která zahrnuje člověka v jeho celistvosti. V souvislosti se spiritualitou a supervizí můžeme mluvit spíše o nabídce jakéhosi „doprovázení“, přijímaného oběma stranami.

Na supervizi lze, jak jsme postupně vypožadovali, nahlížet z různých úhlů pohledu stejně tak, jako je možné ji různě „uchopit“. Vycházeli jsme z definic jednotlivých autorů. Hledali jsme v nich náznaky, které by buď přímo anebo nepřímo ukazovaly na spirituální prvky supervize. Soustředili jsme se na supervizi jako na proces neustálého růstu, zrání založený na vztahu, který posloužil jako „odrazový můstek“. Takovéto pojetí supervize totiž umožňuje dát ji do souvislosti s procesem spirituálním (ve smyslu spirituality jako vývoje a poznávání). Tyto skutečnosti nám v bádání napomohly poodkrýt možný (a nikoliv nutný) duchovní prostor v rámci procesu supervize.

Supervize i spiritualita mají své opodstatněné a naprosto nezastupitelné místo v (moderní) sociální práci, a že samy v sobě skýtají velké možnosti, jak posloužit v pomáhání (pomáhajícím i těm, kterým je poskytována pomoc).

I navzdory obtížnosti tématu a nesnadné dostupnosti kompetentní literatury jsme došli k mnoha cenným postřehům, formulacím a perspektívám, která nyní shrneme v odpovědi na položenou hlavní výzkumnou otázku:

Ve smyslu křesťansko-spirituální kvalifikace i ve smyslu odborného tedy profesionálního vedení, odhalujeme supervizi v církevní sociální práci jako jednu z možností vnitřního růstu, jako specifický vzdělávací proces, jednu z forem celoživotního vzdělávání s možností vnitřního osobního či osobnostního i profesionálního růstu vývoje pomáhajícího.

Dále jako pomoc či prostředek k hledání a nacházení nábožensko-existenciální identity pomáhajících i těch, kterým je skrze ně pomáháno, a tak může jakožto pomoc v povolání přispět pomáhajícímu k účinnější pomoci lidem. Ale také jako most mezi spiritualitou a pomáhající praxí.

Na základě doposud zjištěných faktů uvádíme supervizi také jako prostředí pro harmonické pěstování tělesné, psychosociální a duchovní kultury osobností i pro kultivaci harmonie této

kultury vztahů k životu v prostředí pomáhajících organizací, zejména těch církevních poskytujících křesťansky motivovanou sociální práci. Ale také jako prostor umožňující odstup nabízející nadhled. Mělo by jít o reflexi odborněprofesionální i duchovní stránky, aby spirituální programy nebyly jen čistě spirituální a profesní jen čistě profesní. V charitě a diakonii mají být neoddělitelně spojeny.

Závěr

Spiritualita v procesu supervize může v mnoha směrech ukazovat cestu ke zralosti, kterou může být sebepoznávání. Spiritualita, je vždy záležitostí člověka v jeho celistvosti a jeho svobodné volby. Proto nemůžeme od člověka nikdy oddělit ani jeho fyzickou, ani psychickou, duševní a konečně ani duchovní dimenzi a upřít mu právo chtít některou z nich reflektovat. Supervize se jeví jako vhodné místo pro takovou reflexi. V takovém procesu je důležité mít někoho, kdo bude člověka podporovat, bezvýhradně přijímat, „být s ním“. Slovo „doprovázení“ se přitom jeví jako výstižné. Vylučuje totiž jak manipulaci, tak i lhostejnost. Značí schopnost zachytit jeho potřeby a pomoci k jejich naplnění způsobem, který je pravdivý a pro něho samého přijatelný. Spiritualita je jednak osobní a soukromou záležitostí člověka, který určitým způsobem vnímá sám sebe, své potřeby, svou jedinečnost a společnost, ve které žije a která ho utváří. Toto pojetí sebe sama je důležité pro vztahy, které navazuje. Ovlivňuje totiž spolupráci, zvládání vlastních rolí a schopnosti vnímat roli druhého.

O významu a důležitosti duchovního základu člověka, především jeho spiritualitě, bychom poukázali z pohledu náročnosti jeho praxe, respektive praxe v pomáhající profesi. Sociální práce, která je pomáhající profesí sama o sobě, vyžaduje k uskutečnění profese celého člověka, a to v jeho bio, psycho, sociální a spirituální celistvosti. Ohledně prvních tří potřeb člověka existuje několik dostupných odborných publikací. Jinak je tomu s potřebou spirituální, duchovní. Na pomáhajícího pracovníka je velmi často kladen velký časový nápor, nespočet požadavků a obrovská míra zodpovědnosti. Kde by mohl tedy pomáhající pracovník znovu načerpat energii? Možnost načerpat energii z křesťanské spirituality pro každodenní život. Jde především o zdravou spiritualitu života, která se projevuje ve zdraví duše a těla člověka, ale i v jeho pomáhající profesi.

Téma příspěvku bylo zpracováno z projektu: Právní a společenské aspekty migrace a problémy postavení menšin - Progres Q05.

Seznam použité literatury

- FRANKL, V. E. 2006. Psychoterapie a náboženství. Brno: CestA. ISBN 80-7295-088-6
- GÁLLOVÁ, A. 2017. Význam supervízie v kontexte využiteľnosti pre sociálnu prácu. Bratislava: ASRPO SR. ISBN 978-80-972352-4-6
- LEWKOWICZ, M., LOB-HÜDEPOHL, A. 2003. Spiritualität in der sozialen Arbeit. Freiburg: Lambertus Verlag GmbH, Freiburg. 2003. 272 Seiten. ISBN 978-3-7841-1440-8
- SMĚKAL, V. 2001. Spiritualita a psychoterapie. Psychologie dnes, č. 7,8, s. 26-27. ISSN 1211-5886
- SMĚKAL, V. Možnosti poskytování psychosociální a duchovní opory seniorům v rodině a v zařízeních sociální péče. Výzkumné centrum rozvoje osobnosti, etnicity při FSS MU v Brně. (Nepublikovaný text)

VODÁČKOVÁ, D. a kol. 2012. Krizová intervence. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0212-7

Kontaktní adresa

PhDr. Monika Nová, PhD

Univerzita Karlova, Husitská Teologická fakulta

Pacovská 4, Praha 4, 140 21, Česká republika

e-mail: monika.nova@htf.cuni.cz

SPOLUPRÁCA SESTRY A SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA S RODINOU ONKOLOGICKÉHO PACIENTA

Collaboration of a nurse and a social worker with the family of an oncological patient

Popovičová M., Jankechová M., Fajčáková L.

Abstrakt

Úvod: Diagnostikovanie nádorového ochorenia je stresovou situáciou pre pacienta aj jeho okolie. Táto choroba vplyva na fyzické, psychické, sociálne a spirituálne aspekty života ako pacienta, tak aj jeho príbuzných. Podľa rôznych výskumov je význam rodiny v starostlivosti o chorého nezastupiteľný, a tak sa rodina stáva dôležitým článkom v komplexnej starostlivosti. Vzhľadom k tomu sme prostredníctvom prieskumu chceli poukázať na dôležitosť vzájomnej spolupráce rodiny onkologického pacienta s multidisciplinárnym tímom.

Metódy: Na overenie prieskumných otázok sme použili nástroje deskriptívnej štatistiky. Získané odpovede boli následne spracované v tabuľkovom procesore Microsoft Excel. Výsledky prieskumu sme znázornili vo frekvenčných tabuľkách, s absolútnymi a relatívnymi početnosťami (percentá), priemerom a modusom.

Výsledky: Na základe výsledkov prieskumu sme zistili, že rodina pripisuje dôležitosť vzájomnej spolupráci i komunikácii. Najčastejšou príčinou komunikačných problémov uvádza nedostatok času zo strany sestier a väčšina by uvítala viac sestier pri lôžku pacienta.

Záver: Aktívna spolupráca s multidisciplinárneho tímu a príbuzných onkologického pacienta počas pobytu v nemocnici, ale aj následne po prepustení, môže prispieť k zlepšeniu zdravotného stavu či zvýšeniu kvality života. To si vyžaduje zlepšiť prístup k spolupráci nielen pacientov, ich rodín, ale najmä vysoko erudovaných pracovníkov multidisciplinárneho tímu, ktorí vykonávajú náročné, ale krásne povolanie – poslanie.

Kľúčové slová: Multidisciplinárny tím. Spolupráca. Nádorové ochorenie. Rodina.

Abstract

Introduction: Diagnosis of cancer is a stressful situation for the patient and his surroundings. This disease affects the physical, psychological, social and spiritual aspects of life of a patient as well as his relatives. According to various researches, importance of the family in the care of the sick is irreplaceable so the family becomes an important member of comprehensive care. Because of this, we wanted to point out the importance of mutual collaboration between the oncology patient and the multidisciplinary team.

Methods: Descriptive statistics tools was used to validate the survey questions. The given responses were then processed in the Microsoft Excel program. The survey results were shown in frequency tables, with absolute and relative frequencies (percentages), averages and modus.

Results: Based on the results of the survey we found out that the family attributes the importance of mutual cooperation and communication. The most common cause of communication problems is the lack of time from the side of nurses and most would be glad to see more nurses at the patient's bed.

Conclusion: Active cooperation with a multidisciplinary team and relatives of an oncology patient during hospital stay and also after release might contribute to improving patient's health or improving quality of his life. This requires improved access to cooperation not only for patients, their families, but especially for highly educated multidisciplinary team workers who perform a demanding but beautiful occupation - life mission..

Key words: Multidisciplinary team. Cooperation. Tumor disease. Family.

Úvod

V súčasnej dobe je rodina uznávaná ako dôležitý aspekt pri ošetrovaní pacienta hospitalizovaného na onkologickom oddelení. Rodina hrá nezameniteľnú úlohu v starostlivosti o pacienta. Je to sociálna skupina, ktorá vytvára podpornú, ale aj záchranu jednotku. Podľa rôznych výskumov je význam rodiny v starostlivosti o chorého nezastupiteľný, a tak sa rodina stáva dôležitým článkom v komplexnej starostlivosti. Choroba človeka zasiahne do rodinných a sociálnych väzieb, ovplyvní celý spôsob života rodiny. Chorý najčastejšie hľadá pomoc a oporu u svojich najbližších a ich reakcie majú pre chorého rozhodujúci význam. Rodina môže mať pre multidisciplinárny tím nezastupiteľnú úlohu ako zdroj informácií. Členovia multidisciplinárneho tímu si môžu na základe informácií získaných od rodiny, utvoriť lepší obraz o pacientovi. Ďalšou dôležitou úlohou rodiny je možnosť zúčastniť sa starostlivosti o pacienta, kedy rodina zaujíma ochrannú a podpornú funkciu, ktorá je daná existujúcimi väzbami v rodine. Ak sú rodinné vzťahy na dobrej úrovni, rodina spolu dostatočne komunikuje, býva táto spolupráca prínosom ako pre pacienta, tak aj multidisciplinárny tím. V našom zdravotníctve sa však toto zatiaľ podceňuje a tieto prínosy role a pomoc príbuzných sa vyskytuje veľmi málo. Pri práci sestier je vo väčšine prípadov aktívny kontakt s rodinou v priebehu hospitalizácie minimálny. Vzájomná spolupráca a komunikácia personálu, pacientov a rodiny je v procese uzdravovania dôležitá a je potrebné venovať jej pozornosť. Vzhľadom k tomu našim prieskumom poukazujeme na dôležitosť vzájomnej spolupráce, ktorá je neoddeliteľnou súčasťou terapeutického procesu na každom oddelení, zvlášť na onkológii.

Sestra pracujúca na onkologickom oddelení

Človek s nádorovým ochorením si vyžaduje komplexnú starostlivosť, ktorej súčasťou je ošetrovanie na oddeleniach zo strany sestier a nižšieho zdravotníckeho personálu. Pri poskytovaní starostlivosti onkologickému pacientovi, sestra zasahuje do bio-psycho-sociálnej a spirituálnej oblasti (Vansač, 2017). Pri komplexnej starostlivosti je potrebné poskytovať pomoc pri hygiene, stravovaní, vyprázdňovaní, rehabilitácii, podávať parenterálnu, prípadne enterálnu terapiu atď. Sestra:

- prostredníctvom správnej komunikácie podáva a získava informácie,
- poskytuje praktické rady v súvislosti s ošetrovaním chorého, so zakúpením zdravotníckeho materiálu, pomôcok a pod.,
- zapája rodinu do ošetrovateľského procesu chorého,
- ubezpečuje príbuzných, že je o pacienta dobre postarané s využitím všetkých dostupných terapeutických metód,
- chorého a príbuzných edukuje, motivuje, povzbudzuje a hodnotí,

- venuje pozornosť návštevám u hospitalizovaného pacienta,
- v prípade potreby príbuzných kontaktuje s psychológom, sociálnym pracovníkom alebo iným odborníkom,
- pri prepustení do domácej starostlivosti informuje o možnostiach následnej starostlivosti,
- v prípade pacienta v terminálnom štádiu pozoruje príbuzných pri kontakte a ošetrovaní zomierajúceho a hodnotí ich celkový zdravotný stav i schopnosť komunikácie (Slamková, 2013).

Pre sestru je práca na onkologickom oddelení náročná, keďže onkologický pacient nemá len jeden problém. Vyžaduje si obrovskú dávku zodpovednosti, empatie, komunikačných zručností, lásky k človeku a k povolaniu. Ošetrovateľská starostlivosť o takéhoto pacienta je komplexná, nepretržitá, končí sa snád len úmrtím pacienta (Berč, 2008). Po profesionálnej stránke musí byť sestra vzdelaná, mať manažérske schopnosti, samostatná, vedieť si určiť priority, ovládať verbálnu i neverbálnu komunikáciu, rôzne relaxačné techniky (Proněková, 2010).

Sociálny pracovník na onkologickom oddelení

Sociálna práca v zdravotníctve má svoje opodstatnenie, no v súčasnej dobe je situácia stále v štádiu, že v množstve zo zdravotníckych zariadení absentuje. V dnešnej dobe je na trhu práce množstvo kvalifikovaných sociálnych pracovníkov, ktorí majú vzdelanie a sú schopní pracovať s klientmi seniormi či detskými klientmi, chronicky chorými, ale aj zomierajúcimi. Veľká potreba sociálnych pracovníkov je hlavne na oddeleniach, kde sa ocitajú onkologicky chorí pacienti alebo pacienti s psychiatrickými poruchami, u ktorých má ich súčasný zdravotný stav, ktorý má vo väčšine dlhodobý charakter, sociálny dopad, či už priamo na ich osobu alebo na rodiny a okolie. Sociálny pracovník, ktorý pôsobí v zdravotníckom zariadení, musí mať určité odborné predpoklady, keďže sa z neho stáva platný člen multidisciplinárneho tímu, od ktorého závisí výsledok celého liečebného procesu klienta. Úlohou sociálneho pracovníka, ktorý je v role poradcu v rámci špecializovaného sociálneho poradenstva, je podporovať a motivovať klienta – pacienta. Napomôcť mu nájsť v sebe svoje vlastné zdroje na riešenie nepriaznivej životnej situácie, v ktorej sa nachádza, rešpektovať pritom jeho osobnosť a dôverovať mu, že zvládne uskutočniť pozitívne zmeny vo svojom živote (Barkasi, 2017).

Úlohou sociálneho pracovníka je konať tak, aby boli prostredníctvom pracovných metód zaistené potreby pacienta na sociálnej úrovni. Z tohto dôvodu musí disponovať potrebnými vedomosťami a schopnosťami, ktoré dokáže adekvátne uplatňovať v praxi (Mojtová, 2013.).

Bežnou činnosťou sociálneho pracovníka pracujúceho s onkologicky chorými a ich blízkymi je:

- krízová intervencia,
- poradenský rozhovor,
- práca so zákonmi, najmä z oblastí zdravotnej a sociálnej,
- práca s informáciami z oblasti zdravotníctva a zdravotníctva, napríklad jednotlivých špecifik ochorenia a ich liečebných postupov, nadväznosti postupov v zdravotníctve a mimo neho,

- operatívne vyhľadávajú informácií,
- práca s etikou - znalosť práv pacienta, etických kódexov, postupov,
- tímová a supervízna práca,
- metodická a publikačná práca.

Práca sociálneho pracovníka s onkologickým pacientom je veľmi náročná, v tejto oblasti sa sociálny pracovník dostáva do takých záťažových situácií, kedy je potrebné, aby preukázal nie len svoje získané vedomosti ale aj povahové vlastnosti a vyzretosť svojej osobnosti, kde v tomto prípade ide hlavne o jeho citovú stabilitu pri zvládaní neľahkých situácií, pozitívny prístup ale aj životné skúsenosti.

Aj napriek tomu, že sociálna práca v zdravotníctve má svoje opodstatnenie, predprieskumom sme zistili, že v zdravotníckych zariadeniach, v ktorých sme vykonávali prieskum, absentujú sociálni pracovníci. Na základe získaných poznatkov a parciálnych cieľov prieskumu:

- Zistiť, či považujú príbuzní pacientov za dôležité vzájomne spolupracovať so sestrami pracujúcimi na tomto oddelení.
- Zmapovať zapájanie sa rodiny pacienta s onkologickým ochorením do ošetrovateľskej starostlivosti o svojho blízkeho.
- Zhodnotiť spokojnosť rodinných príslušníkov onkologických pacientov so spoluprácou sestier.

Hlavným cieľom nášho prieskumu bolo zistiť, aká je skúsenosť rodiny u pacientov s onkologickou chorobou so spoluprácou sestier.

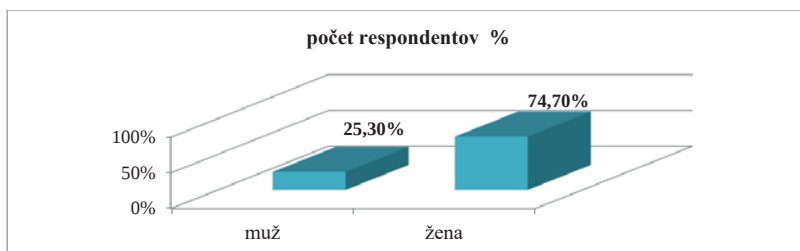
Charakteristika prieskumného súboru

Objektom nášho prieskumu boli rodinní príslušníci pacientov s onkologickým ochorením, ktorí boli v určitom časovom období hospitalizovaní na onkologickom oddelení, podstúpili protinádorovú terapiu alebo bojovali s touto chorobou v určitých nemocničných podmienkach. Pre zaradenie respondentov do prieskumu sme zohľadňovali tieto vstupné kritériá:

- pohlavie muži, ženy,
- veková hranica od 18 rokov,
- ochota spolupracovať pri realizácii prieskumu.

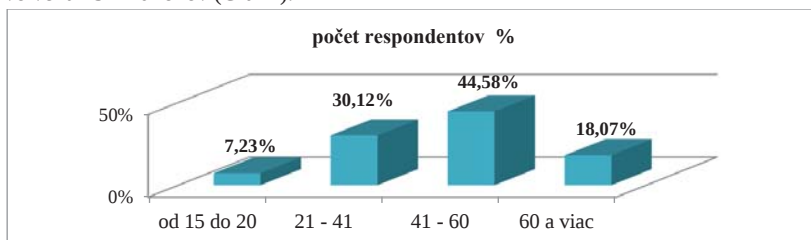
Prieskumu sa zúčastnili 83 respondentov.

Skúmanú vzorku respondentov tvorilo 21 (25,30%) mužov a 62 (74,70%) žien, spolu 83 (100%) respondentov (Graf 1).



Graf 1 Pohlavie respondentov (autor)

Nášho prieskumu sa zúčastnilo 83 (100%) respondentov vo veku od 15 do 61 rokov a viac. Najviac respondentov bolo vo veku 41 – 60 rokov, a to 37 (44,58%), najmenej 6 (7,23%) bolo vo veku 15 – 20 rokov (Graf 2).



Graf 2 Vek respondentov (autor)

Metódy analýzy dát

Výberový súbor v našom výskume tvorili sestry, získané zámerným výberom. V popisnej časti výskumu sme využili nástroje deskriptívnej štatistiky. Na spracovanie odpovedí respondentov do tabuliek a grafov sme použili počítačový program Microsoft Office Excel 2007 a Microsoft Office Word 2007. Výsledky prieskumu sme znázornili vo frekvenčných tabuľkách, s absolútnymi a relatívnymi početnosťami (percentá), priemerom a modusom.

Prieskumná otázka 1

- Považuje rodina onkologického pacienta vzájomnú spoluprácu so sestrou za dôležitú?

Tabuľka 1 Prospešnosť vzájomnej spolupráce sestier a rodiny (autor)

Odpoveď	Absolútna početnosť n	Relatívna početnosť %	priemer x	modus
určite áno	62	74,70%	1,30	1
skôr áno	17	20,48%		
neviem	4	4,82%		
skôr nie	0	0%		
nie	0	0%		
Spolu	83	100%		

Pri tejto prieskumnej otázke sme dostali najviac odpovedí určite áno, ktorú zakrúžkovalo 62 (74,70%) opýtaných, 17 (20,48%) opýtaných odpovedalo skôr áno, iba 4 (4,82%) nevedeli na túto otázku odpovedať a nikto, čiže 0 (0%) nevyznačil možnosť skôr nie alebo nie. Priemer bol teda 1,30 a modus 1.

Prieskumná otázka 2

- Umožňujú sestry príbuzným pacienta zapájať sa do ošetrovateľskej starostlivosti o svojho blízkeho?

Tabuľka 2 Žiadosť o spoluprácu (autor)

Odpoveď	Absolútna početnosť n	Relatívna početnosť %
áno	32	38,55%
nepamätám sa	26	31,33%
nie	25	30,12%
Spolu	83	100%

32 (38,55%) udalo áno, sestry žiadali opýtaných o spoluprácu, 25 (30,12%) respondentov nikto o spoluprácu nežiadal, označili odpoveď nie a 26 (31,33%) si na to nepamätá.

Tabuľka 3 Ochota rodiny spolupracovať so sestrou (autor)

Odpoveď	Absolútna početnosť n	Relatívna početnosť %	priemer x	modus
určite áno	70	84,34%	1,16	1
skôr áno	13	15,66%		
neviem	0	0%		
skôr nie	0	0%		
nie	0	0%		
Spolu	83	100%		

Z uvedenej tabuľky vyplýva, že až 70 (84,34%) ľudí je ochotných so sestrou spolupracovať, pretože vyznačili odpoveď určite áno, 13 (15,66%) uviedlo skôr áno a možnosti neviem, skôr nie a nie neoznačil nikto, teda 0 (0%). Priemer bol 1,16, modus 1.

Prieskumná otázka 3

- Sestry sa venujú dostatočne rodine svojich pacientov?

Tabuľka 4 Spokojnosť s časom sestier, venovaný rodine pacienta (autor)

Odpoveď	Absolútna početnosť n	Relatívna početnosť %	priemer x	modus
určite áno	25	30,12%		
skôr áno	32	38,55%	2,18	2
neviem	12	14,46%		
skôr nie	14	16,87%		
nie	0	0%		
Spolu	83	100%		

Z celkového počtu 83 (100%) odpoveď určite áno označilo 25 (30,12%) opýtaných, skôr áno 32 (38,55%), neviem označilo 12 (14,46%), odpoveď skôr nie 14 (16,87%) a nie 0 (0%) opýtaných. Vypočítaný priemer bol 2,18 a modus bol 2.

Tabuľka 5 Počet minút venovaných rodine (autor)

Odpoveď	Absolútna početnosť n	Relatívna početnosť %
menej ako 10 minút	42	50,60%
10 - 30 minút	35	42,17%
31 - 60 minút	4	4,82%
60 a viac minút	1	1,20%
vôbec	1	1,20%
Spolu	83	100%

42 (50,60%) respondentom sa sestra venovala menej ako 10 minút, 35 (42,17%) 10 – 30 minút, 4 (4,82%) 31 – 60 minút a len 1 (1,20%) opýtanému sa sestra venovala 60 a viac minút alebo sa sestra nevenovala vôbec.

Prieskumná otázka 4

- Je rodina spokojná so spoluprácou zo strany sestier?

Tabuľka 6 Spokojnosť rodiny s ošetrovateľskou starostlivosťou (autor)

Odpoveď	Absolútna početnosť n	Relatívna početnosť %	priemer x	modus
určite áno	28	33,73%		
skôr áno	39	46,99%	1,93	2
neviem	10	12,05%		
skôr nie	6	7,23%		
nie	0	0%		
Spolu	83	100%		

Na túto otázku nám odpovedalo 28 (33,73%) respondentov určite áno, 39 (46,99%) odpovedalo skôr áno, 10 (12,05%) to nevedelo posúdiť, 6 (7,23%) zaškrtnulo skôr nie a 0 (0%) opýtaných označilo možnosť nie. Priemer bol 1,93 a modus 2.

Diskusia

Spolupráca multidisciplinárneho tímu s pacientom a jeho príbuznými je neoddeliteľnou súčasťou liečebného procesu. Obrovskú úlohu zohráva zvlášť v čase vážneho ochorenia, akým je onkologické ochorenie. U väčšiny pacientov môže efektívna spolupráca medzi zdravotníkmi, sociálnymi pracovníkmi a rodinnými príslušníkmi zlepšiť pacientov stav alebo zvýšiť kvalitu jeho života. Hlavným cieľom nášho prieskumu bolo zistiť, aká je skúsenosť rodiny onkologických pacientov so spoluprácou sestier. Ďalej sme sa v práci zamerali na to, ako rodina vníma a hodnotí vzájomnú spoluprácu so sestrami, koľko času im sestry venujú, či im umožňujú zapájať sa do ošetrovania a aké sú nedostatky sestier pri starostlivosti

o pacientov. Stanovené ciele sme preskúmali pomocou otázok, ktoré boli určené príbuzným pacientov s onkologickou diagnózou.

Sestry podieľajúce sa na ošetrovateľskej starostlivosti onkologického pacienta si musia uvedomiť, že kvalita života jedinca sa zabezpečuje uspokojením jeho potrieb aj prostredníctvom jeho najbližších príbuzných, ktorí majú rozhodujúci podiel na úrovni ošetrovateľskej starostlivosti (Slamková, 2013). Sestry by mali v rámci liečebného procesu umožňovať príbuzným zapájať sa do ošetrovateľskej starostlivosti. Zapojenie rodín do ošetrovania sme skúmali v našom prieskume aj my. 32 (38,55%) udalo áno, sestry žiadali opýtaných o spoluprácu, 25 (30,12%) respondentov nikto o spoluprácu nežiadal, označili odpoveď nie a 26 (31,33%) si na to nepamätá. Rohrerová vo svojom prieskume zistila, že rodinní príslušníci nie sú sestrami motivovaní k zapojeniu sa do ošetrovateľskej starostlivosti. Nedá sa pochybovať o tom, že je nutné podporovať spoluprácu sestier a rodiny pacientov, rozhodne to pomáha to v procese uzdravovania.

Venovaný čas sestier stačí k spokojnosti členov rodiny chorého človeka. Náš prieskum ukazuje, že polovici opýtaných sa sestry venovali menej ako 10 minút a 42,17% od 10 do 30 minút. Ryšková sa vo svojom prieskume pýtala sestier na čas strávený s rodinou pacienta. Aj oni uviedli 10 minút a to v 63,16%. Práca sestry je náročná, sestry majú počas pracovnej zmeny veľa povinností a tak im ostáva málo času venovať sa príbuzným. Analýzou odpovedí v prácach Stašovej a Ryškovej sa zistilo, že sestry vyhľadávajú rodinných príslušníkov chorých na vyzvanie a viac ako polovica sestier by sa podľa možností rodinám venovala viac ako doteraz.

Od ošetrujúceho personálu sa vždy očakáva len tá najlepšia starostlivosť, no určitú snahu musí vyvinúť aj chorý alebo jeho rodina. Vzájomná súhra, spolupráca, môže zúčastneným pomôcť životnú situáciu zvládnuť (O'Connor, 2005). V našom prieskume spokojnosť s poskytovanou ošetrovateľskou starostlivosťou pacientom vyjadrilo viac ako 65% rodinných príslušníkov. Naopak Stašová vo svojom prieskume analyzovala spokojnosť so vzájomnou spoluprácou odpovede sestier. Tie boli taktiež spokojné so spoluprácou rodín hospitalizovaných pacientov, a to až v 77%. Z toho vyplýva, že sestry aj rodinní príslušníci sa snažia spoločne pracovať pre dobro chorého.

Na základe teoretických východísk a analýzy výsledkov nášho prieskumu je potrebné:

- v každom zdravotníckom zariadení je nevyhnutné posilniť multidisciplinárny tím o sociálneho pracovníka
- zdokonaľovať komunikačné schopnosti sestier a sociálnych pracovníkov pracujúcich s onkologickými a umierajúcimi pacientmi formou seminárov a cvičení;
- podporovať sústavné vzdelávanie o sestier, tak aj sociálnych pracovníkov alebo vytvárať lepšie podmienky pre štúdium;
- zlepšiť prípravu budúcich sestier a sociálnych pracovníkov na prácu s onkologickými a umierajúcimi pacientmi a ich rodinami formou praktických cvičení na onkologickom oddelení;
- podporovať spoluprácu sestier a sociálnych pracovníkov s príbuznými pacientov formou organizovania združení, klubov, podporných skupín alebo edukačných stretnutí.

Záver

Onkologické ochorenie je jednou z najťažších životných udalostí a záťaž, s ktorými sa musí vyrovnat' nielen chorý človek, ale aj ľudia v jeho spoločnej domácnosti či blízkosti. Obidvom stranám sa v tomto čase menia životné priority. Pacient musí čeliť ťažkej diagnóze, liečbe a rodina by mala byť oporou pre chorého člena rodiny, no súčasne ona sama potrebuje podporu a pomoc. Starostlivosť o onkologicky chorých vyžaduje mnohostrannú spoluprácu. Pojem spolupráca vo všeobecnosti znamená istý vzťah, súčinnosť, spoločná účasť pri nejakej činnosti. Pre dobro pacienta je potrebné venovať pozornosť tejto tzv. spoločnej činnosti. Pretože aktívna spolupráca multidisciplinárneho tímu a príbuzných onkologického pacienta počas pobytu v nemocnici, ale aj následne po prepustení, môže prispieť k zlepšeniu zdravotného stavu či zvýšeniu kvality života.

Zoznam použitej literatúry

- BARKASI, D. 2017. Sociálny pracovník ako súčasť multidisciplinárneho tímu pri zvládání ochorenia Diabetes mellitus. In: Dni praktickej obezitológie a metabolického syndrómu. Zborník príspevkov 15 – 16. jún 2017. Bardejovské kúpele 2017. Inštitút Wydawniczy Humannum. s. 9 – 21. ISBN 978-83-7520-221-2.
- BERČ, A., PALKOVÁ, Ľ. a kol. 2008. *Onkologické ošetrovatel'stvo I.,II.* 1. vyd. Košice: ZZ design studio – Zvonimír Záviš. 380 s. ISBN 978-80-969605-3-8.
- FEKOVÁ, Z. 2015. *Spolupráca sestry s rodinou onkologického pacienta*. Prešov. 58 s. Bakalárska práca. VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava. ÚSVaZ bl. P. P. Gojdiča Prešov. Školiteľ Mária POPOVIČOVÁ.
- MOJTOVÁ, M. - SEDLÁROVÁ, K. - ŠRANK, M. 2013. Klinický sociálny pracovník. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 2013. 263 s. ISBN 978-80-558-0269-5
- O'CONNOR, M. a kol. 2005. *Paliatívni péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- PRONĚKOVÁ, M. 2010. Úvod do hospicovej problematiky a odporúčania pre prax z pohľadu zdravotnej sestry. In *Prohuman – vedecko – odborný internetový časopis*. [online]. Bratislava: Business Intelligence Club, 2010. [cit. 16.12.2017]. ISSN 1338-1415. Dostupné na internete: <http://www.prohuman.sk/zdravotnictvo/uvod-do-hospicovej-problematiky-a-odporucania-pre-prax-z-pohladu-zdravotnej-sestry>.
- RYŠKOVÁ, L. 2009. Průzkum spolupráce sester lůžkového oddělení s rodinou nemocného. Bakalárska práca. [online]. Brno: Masarykova univerzita, LF. 2009. [cit. 08.12.2017]. Dostupné na internete: http://is.muni.cz/th/214714/lf_b/.
- SLAMKOVÁ, A., POLEDNÍKOVÁ, Ľ. 2013. *Klinické a ošetrovatel'ské aspekty paliatívnej starostlivosti*. Martin: Osveta. 146 s. ISBN 978-80-8063-379-0.
- STAŠOVÁ, I. 2012. *Spolupráca sestry a rodiny nevyliciteľne chorého v inštitucionálnej starostlivosti*. Prešov. 64 s. Bakalárska práca. VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava. ÚSVaZ bl. P. P. Gojdiča Prešov.
- VANSÁČ, P. (2017) Spirituality as a substantial element for supporting oncological sufferers in the community, In: VANSÁČ, P., BARKASI, D., POPOVIČOVÁ, M.(eds.) *Community social work and community nursing*, Towarzystwo Słowaków w Polsce, Kraków 2017, s. 92 103, ISBN: 978-83-7490-995-2.

Kontaktná adresa autorov

PhDr. Mária Popovičová, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava

Detašované pracovisko Michalovce, Ústav Bl. Metoda Trčku

email: majapopovicova7361@gmail.com

doc. PhDr. Monika Jankechová, PhD.

FZaSP sv. Ladislava Nové Zámky, ul. Slovenská 11/A, 940 34 Nové Zámky

email: jankechova.monika@gmail.com

PhDr. Ľubica Fajčáková

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava - doktorand

email: lubica.fajcakova@gmail.com

DIZAJN STAROSTLIVOSTI O PACIENTA S CHRONICKÝM OCHORENÍM

Care design of a patient with chronic disease

Tkáčová L, Grešš Halász B.

Abstrakt

V 21.storočí výrazne narastá počet chronických ochorení. V roku 1999 Wagner a kolektív predstavili azda najvplyvnejší teoretický model starostlivosti chronicky chorých – Chronic Care Model – CCM. Cieľom tohto príspevku je popísať tento model starostlivosti o chronicky chorých, jeho špecifické využitie u pacientov s diabetes mellitus, keďže toto ochorenie bolo prototypom pre vznik tohto modelu. Poukazujeme na problematiku starostlivosti o chronicky chorých a úlohu, ktorú v nej zohráva sestra.

KLúčové slová: Chronic Care Model. Sestra. Chronické ochorenie. Ošetrovateľská starostlivosť. Diabetes mellitus.

Abstract

Chronic diseases markedly increase in the 21st century. In 1999, Wagner and colleagues presented perhaps the most influential theoretical model for the care of chronically ill- Chronic Care Model - CCM. The aim of this thesis is to describe the model of care for the chronically ill, its specific use in patients with diabetes mellitus as this disease has been the prototype for the model development. We refer to the issue of care for the chronically ill and the role that a nurse plays in it.

Key words: CCM. Nurse. Chronic Disease. Diabetes Mellitus.

Úvod

V roku 2008 zapríčinili chronické choroby úmrtie 36 miliónov ľudí (63% všetkých úmrtí). Väčšina z nich podľa kardiiovaskulárnym chorobám, rakovine, chronickým respiračným chorobám alebo diabetes mellitus. Podľa WHO sa počet úmrtí zapríčinených chronickými chorobami pri zachovaní súčasného stavu do roku 2030 zvýši na 55 miliónov ľudí. V roku 2009 bola štyrmi federáciami mimovládnych organizácií – Medzinárodná federácia diabetikov, Medzinárodná únia proti tuberkulóze, Únia pre medzinárodnú kontrolu rakoviny a Svetová srdcová federácia založená Aliancia NCD. Zaoberá sa redukovaním rizikových faktorov s cieľom obmedzenia chronických chorôb v dlhodobom horizonte. Je lídrom pri formovaní vízie, cieľov a nástrojov pri znižovaní zaťažnosti obyvateľstva chronickými chorobami (SACHO, 2014). Aj keď chronické choroby dosahujú epidemické rozmery, ich výskyt sa dá výrazne znížiť, a tým aj zachrániť milióny životov a zabrániť nevýslovnému utrpeniu. Ide o ovplyvňovanie ich rizikových faktorov, o včasné zistenie ochorenia a správne načasovanú liečbu (Repková, Sedláková, 2014). Hlavnou úlohou pre rozvoj zdravia sú chronické ochorenia, a to najmä kardiiovaskulárne, onkologické, chronické respiračné ochorenia a diabetes mellitus (NCD Alliance, 2015).

Chronická choroba mení život nielen pacienta ale aj jeho rodiny zásahom do jeho fyzickej, psychickej a sociálnej oblasti. Reakcie môžu byť adaptívne, alebo maladaptívne, prijatie, alebo neprijatie situácie, z čoho následne vychádza spôsob komunikácie chorého s okolím (Hegyí, 2013). Magurová, Majerníková (2009) dopĺňajú, že u chronicky chorých sledujeme

veľké rozdiely v postoji k chorobe, ktoré musíme rešpektovať. Niektorí sa s ňou relatívne vyrovnávajú a dodržiavajú odporúčania, iní bagatelizujú svoje problémy, sú nedisciplinovaní a neochotní zmeniť svoje správanie a konanie k danej chorobe. Podľa WHO (2007) inovácia v zdravotnej starostlivosti o chronicky chorých znamená zavádzanie nových myšlienok, metód alebo programov či modelov, ktoré majú zmeniť spôsob prevencie a liečby chronických chorôb.

V roku 1999 Wagner so svojimi kolegami predstavil azda najvplyvnejší teoretický model starostlivosti chronicky chorých – MODEL CHRONICKEJ STAROSTLIVOSTI (The Chronic Care Model – CCM). Tento model sa skladá zo štyroch vzájomne prepojených systémových zložiek, ktoré sú považované za kľúčové pri poskytovaní kvalitnej starostlivosti o ľudí s chronickou chorobou:

1. element - podpora self- manažmentu.
2. element - dizajn systému poskytovania starostlivosti.
3. element - podpora rozhodovania.
4. element - klinické informačné systémy.

Tieto zložky sú umiestnené do kontextu zdravotného systému, ktorý spája primerane organizovaný systém poskytovania zdravotných služieb s komplementárnymi komunitnými zdrojmi a politikami (Wagner et al., 2005).

Dizajn systému poskytovania starostlivosti je druhým elementom modelu starostlivosti o chronicky chorých, ktorý zahŕňa jasné definovanie rolí a úloh v rámci tímu. Ďalej vysvetľuje používanie plánovaných intervencií pre podporu na dôkazoch založenej starostlivosti (evidence –based care) a pravidelné sledovanie pacientov. Táto systémová zložka zabezpečuje poskytovanie takej starostlivosti, ktorej pacient rozumie, a ktorá je v kontexte jeho kultúrneho zázemia (Nagyová, 2011). Borgermans, Goderis, Broek (2009) uvádzajú, že súčasné poznatky z ich projektu Leuven Diabetes Project naďalej podporujú význam multi- a medziodborového špeciálne školeného tímu v rámci primárnej starostlivosti o pacientov s diabetes mellitus. Tím by mal spolupracovať s poskytovateľmi primárnej starostlivosti, ktorý by mal byť podporený špecialistom na diabetes mellitus. Tento špecialista môže byť priamy alebo nepriamy interdisciplinárny člen tímu podľa zdieľanej starostlivosti. U dospelých s diabetom 2. typu, za použitia tohto modelu starostlivosti bolo zistené zlepšenie A1c, krvného tlaku, lipidov a liečebných postupov v porovnaní s inými. K zníženiu návštev na pohotovosti súvisiacich s diabetes mellitus dôjde, keď v tíme pracuje špeciálne vyškolená sestra, ktorá využíva podrobnejšie algoritmy liečby diabetes mellitus v starostlivosti. Sestry vždy boli, aj naďalej sú, jadrom multidisciplinárneho tímu. Bruggen et al. (2009) potvrdzujú, že v Kanade, observačné dáta zo siete primárnej starostlivosti, ktorých cieľom je zlepšiť prístup a koordinovať starostlivosť, naznačujú, že pacienti, ktorí sú súčasťou týchto interdisciplinárnych tímov majú lepšie výsledky a menej nemocničných návštev ako u pacientov, ktorí nie sú súčasťou. Ďalšia nedávna meta-analýza Pimougueta et al. (2011) definuje organizáciu ochorenia ako pokračujúce a proaktívne sledovanie pacientov, ktoré zahŕňa aspoň 2 z nasledujúcich 5 častí: vzdelávanie pacientov, tréning, úprava liečby, sledovanie, starostlivosť o koordináciu (pripomínanie nadchádzajúcej schôdzky, alebo dôležitých aspektov starostlivosti o vlastnú osobu a informovanie lekára o komplikáciách, úprave liečby, alebo terapeutické odporúčania). Coleman, Austin, Brach, Wagner et al. (2009) uvádzajú, že starostlivosť o pacientov s diabetes mellitus bola prototypom pre CCM. Tento

model si kladie za cieľ transformovať starostlivosť o pacientov s chronickými chorobami, zlepšiť organizáciu starostlivosti o chronicky chorých: vzdelávanie a podporu pacienta, zvyšovanie zručností a využívanie registra založeného na informačných systémoch poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Súčasný model bol rozšírený na šesť elementov, ktoré pracujú spoločne na posilnení vzťahu sprostredkovateľa a pacienta a zlepšení zdravotných výsledkov:

1. element - podpora self- manažmentu
2. element - dizajn systému poskytovania starostlivosti.
3. element - podpora rozhodovania.
4. element - klinické informačné systémy.
5. element – komunita.
6. element – zdravotnícke systémy.

Furtado, Nóbrega (2013) uvádza, že dizajn systému poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s diabetes mellitus je zostavený tak, aby existovala integrácia medzi tromi formami starostlivosti (ambulantná, ústavná, domáca), pre lepšie manažovanie a predchádzanie či minimalizáciu komplikácií vyplývajúcich z tejto choroby. Wagner et al. (2001) dopĺňa, že vo svetle uvedených skutočností sa predpokladá, že dôsledky integrácie ošetrovateľskej teórie v CCM môžu priniesť pozitívne výsledky, pretože by to umožnilo účinnú starostlivosť o pacientov s chronickými chorobami, s dôrazom na individualizáciu starostlivosti v súlade s potrebami pacienta s diabetes mellitus.

Podľa európskej komisie pre verejné zdravie, systémy zdravotnej starostlivosti zohrávajú v moderných spoločnostiach ústrednú úlohu – pomáhajú ľuďom starať sa o svoje zdravie. V poslednom desaťročí európske systémy zdravotnej starostlivosti čelili týmto rastúcim spoločným výzvam:

- zvyšovanie nákladov na zdravotnú starostlivosť;
- starnutie obyvateľstva spojené s nárastom chronických ochorení a multimorbidity, ktoré vedú k nárastu dopytu po zdravotnej starostlivosti;
- nedostatok zdravotníckych pracovníkov a ich nerovnomerné rozdelenie
- nerovnosti v oblasti zdravia a v prístupe k zdravotnej starostlivosti (EK, 2016).

Systém snažiaci sa o zlepšenie starostlivosti o chronicky chorých musí byť motivovaný a pripravený na celkovú zmenu organizácie. Vedenie musí brať zlepšenie starostlivosti ako dôležitú úlohu a previesť ju do čisto pokrokových cieľov a politik, ktoré sa zaoberajú uplatňovaním efektívnych zlepšovacích stratégií obsahujúcich využitie podnetov, ktoré podporujú rozsiahlu zmenu systému. Efektívne organizácie sa snažia predchádzať chybám a problémom v starostlivosti oznamovaním a študovaním chýb, čo následne vedie k uplatňovaniu príslušných zmien na ich systém (CCM, 2016). V rámci druhého systému modelu sme sa zamerali na informácie pre pacienta v písomnej forme, čo má vplyv na spôsob starostlivosti pacienta o seba samého a následne spokojnosť pacienta s dizajnom starostlivosti o jeho ochorenie.

Charta práv pacienta SR (2001) hovorí, že pacient má právo byť jemu zrozumiteľným spôsobom informovaný o svojom zdravotnom stave, vrátane povahy ochorenia, potrebných zdravotných výkonoch, postupoch a liečbe na požiadanie aj písomnou formou. Preto nás zaujímalo ako vyhodnotia respondenti našej výskumnej vzorky položku, zisťujúcu, či pacienti dostávajú odporúčania pre liečbu a zlepšenie ich zdravotného stavu v písomnej forme.

Prekvapivým zistením bol iba mierny súhlas s tým, že pacientom bol poskytnutý písomný materiál ako zlepšiť svoj zdravotný stav. Aj napriek tomu, že pacienti majú nárok na písomné informácie, v skutočnosti to úplne tak nie je. Táto skutočnosť vyžaduje, aby pacienti dostatočne poznali svoj zdravotný stav a taktiež boli informovaní aj písomne o možnostiach liečby a postupov pri tomto ochorení a následne dokázali nadobudnuté vedomosti využiť v praktickom živote. Furtado, Nóbrega (2013) uvádza, že dizajn systému poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s diabetes mellitus je zostavený tak, aby existovala integrácia medzi tromi formami starostlivosti (ambulantná, ústavná, domáca), pre lepšie manažovanie a predchádzanie, či minimalizáciu komplikácií vyplývajúcich z tejto choroby. Wagner et al. (2001) popisuje, že koordinácia starostlivosti chronických ochorení v rámci organizácie sa stáva čoraz ťažšou. To koreluje aj s výsledkom nášho šetrenia, kde pacienti s diabetes mellitus uviedli len mierne pozitívny názor na organizáciu ich starostlivosti. Domnievame sa, že pre skvalitnenie organizovania starostlivosti o pacienta s diabetes mellitus je vhodné využívať mapy starostlivosti. Potvrdzuje to aj Porterfield, Kinsinger (2009), ktorý uvádza, že flow sheets sú jeden zo spôsobov, ako koordinovať a zlepšovať kontinuitu starostlivosti medzi poskytovateľmi v praxi a zvýšiť pravdepodobnosť, že pacienti dostávajú odporúčanú starostlivosť.

Následne je potrebné v praxi využívať pre pacientov edukačné listy, ktoré pacient po prepustení do domácej liečby môže využívať pre ďalšie zabezpečenie kontinuity v začatej starostlivosti. Takýmto spôsobom by mal byť poprepájaný systém starostlivosti o pacienta s diabetes mellitus a vytvárať akýsi dizajn v starostlivosti o pacienta podľa modelu CCM. Tým by bola zaručená kvalita poskytovanej starostlivosti a pacient by bol spokojný s organizáciou. Samozrejme to všetko má vplyv na vlastnú starostlivosť pacienta o svoje zdravie, alebo na starostlivosť o svoje ochorenie. Dochádza tu k prepojeniu zložiek tohto modelu starostlivosti o chronicky chorých a to selfmanažmentu a dizajnu starostlivosti. Funnell, Anderson (2004) popisujú, že poskytovatelia môžu navrhnúť v rámci dizajnu starostlivosti interakcie a praktiky s pacientom tak, aby bolo podporené úsilie selfmanažmentu, ktorý ovplyvní zdravotný stav pacienta. Prvým krokom pre poskytovateľov a ich tím je definovať svoju spoločnú víziu v starostlivosti o pacienta s diabetes mellitus. Naše zistenia vo výskumnom šetrení ukazujú, že respondenti vyjadrili znova iba mierny súhlas s konštatovaním, že im bolo ukázané, ako ich vlastná starostlivosť ovplyvní ich zdravotný stav. Konkrétne 54% respondentov spolu súhlasilo, alebo celkom súhlasilo s týmto tvrdením. Čo nie je veľmi pozitívne zistenie, keď si uvedomíme, že pacient s diabetes mellitus sa musí veľakrát sám rozhodnúť, čo urobí na základe toho, ako pozná sám seba, svoj zdravotný stav, čo vie o tomto ochorení a čo sa naučil počas edukácie.

Súhlasíme s tvrdením Funnella a Andersona (2004), že ak to nefunguje, neznamená to, že pacient to nechce robiť čo najlepšie, alebo že nerobí všetko, čo môže. Jednoducho to znamená, že sa musí tím poskytovateľov snažiť prísť na plán, ktorý bude fungovať. Dôležité je však vysvetliť pacientovi, ako môže vplývať starostlivosť o seba samého na jeho zdravotný stav.

Systém poskytovania starostlivosti hodnotili najlepšie respondenti stredného Slovenska a najhoršie hodnotili respondenti západného Slovenska. Východné Slovensko hodnotilo však najlepšie položku, kde sme sa pýtali, či im bolo ukázané, ako ovplyvnila vlastná pacientova starostlivosť ich zdravotný stav. Pri porovnávaní systému poskytovania starostlivosti podľa

modelu CCM môžeme konštatovať, že všetky skupiny pacientov hodnotili pozitívne. Najviac však boli spokojní pacienti s inzulínovou pumpou. Ako uviedol profesor Edelman na stretnutí Európskej asociácie pre štúdium diabetu v roku 2012 v Berlíne, rýchle tempo technologického pokroku je veľkým prísľubom pre nepretržitú inováciu a ďalšie zdokonalenia starostlivosti o diabetes v budúcnosti. V rámci počtu hospitalizácií lepšie hodnotili systém starostlivosti pacienti, ktorí paradoxne neboli ani raz hospitalizovaní. Pri porovnávaní tohto elementu s hospitalizáciou v NEDÚ v Ľubochni, sme zistili, že najlepšie hodnotili respondenti, ktorí boli vždy hospitalizovaní v NEDÚ Ľubochňa. Najhoršie ohodnotili dizajn systému poskytovania starostlivosti tí, ktorí boli častejšie hospitalizovaní inde než v NEDÚ Ľubochňa. Národný endokrinologický a diabetologický ústav v Ľubochni v rámci nového liečebného prístupu prezentuje aktívnu, trvalú spoluprácu medzi diabetikmi a zdravotníckymi pracovníkmi. Vyzdvihuje aj súčinnosť jednotlivých členov edukačného tímu. Snahou NEDÚ je vychovať samostatných klientov, ktorí liečbu vlastného ochorenia zvládajú aj v domácich podmienkach (Vaňugová, Moraučíková, 2008). Hodnotenie dizajnu systému starostlivosti s vekom respondentov je podobné ako pri hodnotení selfmanažmentu, teda hodnotenie najmladších respondentov je výrazne najlepšie. Pacienti nad 60 rokov hodnotili systém starostlivosti oveľa horšie a stredná generácia ho hodnotila najviac negatívne. Pri porovnávaní tohto elementu mužmi a ženami nie sú rozdiely také významné. Muži opäť ako pri selfmanažmente hodnotili dizajn starostlivosti horšie.

Zoznam použitej literatúry

- BORGERMANS, L. - GODERIS, G. - BROEK, C. 2009. Interdisciplinary diabetes care teams operating on the interface between primary and specialty care are associated with improved outcomes of care: findings from the Leuven Diabetes Project. In *BMC Health Serv Res*. ISSN 1472-6963, 2009, vol. 9, p. 179.
- BRUGGEN, R. et al. 2009. Clinical inertia in general practice: widespread and related to the outcome of diabetes care. In *Fam Pract*. ISSN 1460-2229, 2009, vol. 26, No. 6, p. 428-436.
- CCM. 2016. *Decision Support*. [online]. [citované 2016-07-03]. Dostupné na internete: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Decision_Support&s=24.
- COLEMAN, K. - AUSTIN, B. T. - BRACH, C. – WAGNER, E. H. et al. 2009. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. In *Health Aff (Millwood)*. ISSN 1544-5208, 2009, vol. 28, No. 1, p. 75-85.
- EURÓPSKA KOMISIA. 2016. *Organizácia systémov zdravotnej starostlivosti*. [online]. [citované 2016-08-03]. Dostupné na internete: http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/health_systems_organisation/index_sk.htm.
- FUNNELL, M.M.- ANDERSON, R. M. 2004. Empowerment and Self-Management of Diabetes. In *Clinical diabetes*. ISSN 1945-4953, 2004, vol. 22, No. 3, p. 123 - 127.
- FURTADO, L. G. – NÓBREGA, M. M. L. 2013. Modelo de atención en la enfermedad crónica: la inclusión de una teoría de enfermería. In *Texto contexto enfermagem*. ISSN 0104 0707, vol.22, no.4, p.1197-1204.
- HEGYI, L. 2013. Chronické choroby – zdravotný a sociálny problém 21. storočia. In *Bedeker zdravia*. ISSN 1337-2734, 2013, č. 5, s. 1.
- Charta práv pacienta SR. 2001. [online]. [citované 2016-08-03]. Dostupné na internete: http://www.suscch.eu/e107_files/PDF/charta.pdf.

- MAGUROVÁ, D.- MAJERNÍKOVÁ, Ľ. 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009. 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
- NAGYOVÁ, I. 2011. Model zdravotnej starostlivosti o chronicky chorých z pohľadu verejného zdravotníctva. In *Posilňovanie systému verejného zdravotníctva*. Košice: Equilibria, s.r.o., 2011. ISBN 978-80-89284-92-4, s. 16 – 21.
- NCD Alliance. 2015. *Healthy Planet, Healthy People: The NCD Alliance Vision For Health In the Post-2015*. Development Agenda.[online].2013, 8 p. [citované 2016-07-07]. Dostupné na internete: <[http://www.uicc.org/sites/main/files/private/NCD%20Alliance%20Policy%20Brief%20%20Health%20in%20the%20Post2015%20Development%20Agenda_%20\(US,%20web\).pdf](http://www.uicc.org/sites/main/files/private/NCD%20Alliance%20Policy%20Brief%20%20Health%20in%20the%20Post2015%20Development%20Agenda_%20(US,%20web).pdf)>
- PIMOUGUET, C. et al. 2011. Effectiveness of disease-management programs for improving diabetes care: a meta-analysis. In *CMAJ*. ISSN 1488-2329, 2011, vol.8, No. 2, p.115-127.
- PORTERFIELD, D. S. – KINSINGER, L. 2002. Quality of care for uninsured patients with diabetes in a rural area. In *Diabetes Care*. ISSN 1935-5548, vol.25, No.2, p. 319-323.
- REPKOVÁ, K. - SEDLÁKOVÁ, D. 2014. *Zdravotné postihnutie a chronické neprenosné ochorenia v medzinárodnom a národnom kontexte*. Bratislava: Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku, 2014. 193 s. ISBN 978-80-971845-0-6.
- SACHO. 2014. *Analýza trendov chronických ochorení a monitorovanie zdravotných indikátorov v kontexte 9 cieľov globálneho monitorovacieho rámca do roku 2025*. [online]. 72 s. [citované 2016-05-07]. Dostupné na internete: <<http://www.hpi.sk/2015/02/analiza-trendov-chronickych-ochoreni-do-roku-2025/>>.
- VAŇUGOVÁ, J. - MORAUČÍKOVÁ, E. 2008. Edukácia diabetika liečeného inzulínovou pumpou. In *Florence*. [online].ISSN 1801-464X, 2008. [citované 2016-08-07]. Dostupné na internete: <http://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/edukacia-diabetika-lieceného-inzulínovou-pumpou/>.
- WAGNER, E.H. et al. 2001. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action In *Health Aff*. ISSN 1544-5208, 2001, vol. 20, No. 6, p. 64 - 78.
- WAGNER, E.H. et al. 2005. Finding common ground: patient-centeredness and evidencebased chronic illness care. In *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. ISSN 1075-5535, 2005, vol. 11, p. 7 - 15.
- WHO. 2007. *Prevention of cardiovascular disease*. Geneva:WHO, 2007. ISBN 978-92- 415 472-60.

Kontakt na autora

Doc. PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD.

VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava, Detašované pracovisko Bl. M. D. Trčku Michalovce

email: lubomira.tkacova@gmail.com

DÔLEŽITOSŤ A MOŽNOSTI INFORMOVANOSTI O DOSTUPNOSTI SOCIÁLNYCH SLUŽIEB V MESTE (OBCI)

Importance and opportunities for awareness of the availability of social services in the city (municipality)

Semeš M.

Abstrakt

Cieľom príspevku je zaoberať sa problematikou informácií, ich hodnotami, overenosťou, faktickosťou, ako aj cestou informácie k prijímateľovi sociálnych služieb. Úlohou je aj poukázať na úskalia a rezervy miest a obcí v poskytovaní možností čerpať služby sociálnej pomoci. Časť príspevku poukazuje na nevyvážené sprostredkovávanie informácií, respektíve na neuvážené zbieranie informácií od prijímateľov pomoci, keď namiesto toho, aby v prieskume sa snažili o čo najväčší počet respondentov, organizujú ho menej vhodným spôsobom.

Kľúčové slová: Informácia. Efektivita. Sociálne služby. Empatia. Koncepcie služieb.

Abstract

The aim of the paper is to deal with the issue of information, its values, veracity, factuality as well as information to the recipient of social services. The task is also to point out the shortcomings and areas of improvement of cities and towns in providing opportunities to receive social assistance services. Part of the contribution points to the unbalanced mediation of information, or to the inappropriate collection of information from aid recipients, when they try to get the largest number of respondents in the survey, organizing it less appropriately.

Key words: Information. Efficiency. Social services. Empathy. Service concepts.

Úvod

Efektívne riadiť na hociktorej úrovni spoločnosti nie je možné bez sumy veľmi kvalitných informácií. Dnes v tomto pretechnizovanom svete to naberá na stále väčšom význame. Aj preto, že sme sa transformovali do inej spoločenskej formácie a možnosti prijímania rôznych aktivít sa neustále mení. Sú tu názory, že žijeme na začiatku etapy globálnej informačnej spoločnosti – spoločnosti, kde kvalita života, ekonomika a jej rozvoj, ale i neustále sociálne zmeny stále viac budú závisieť od kvality informácií, ich včasnosti, dostupnosti a ich využitia. Stávajú sa kľúčovým zdrojom spoločenského života. Samozrejme to závisí aj od poskytovateľov informácií, ich ľudský potenciál, empatiu, citlivosť v rozhodovaní, zodpovednosť.

Názov *informácia* pochádza z latinského *informo – informatio- informare*, čo znamená prenášať správu, oznam, poučenie, znázorňovať, opisovať.

Informáciou rozumieme údaj, ktorý nám pomôže poznať javy, udalosti, ktoré boli, sú – prebiehajú, alebo nastanú v nejakej blízkej, alebo vzdialenejšej dobe.

Využitie informácií pri efektívnom riadení je založené na všetkých fázach rozhodovacieho procesu – fáze získavania informácie, fáze vyhodnocovania získaných dát a fáze realizácie rozhodnutia.

Informácie sa prenášajú takmer okamžite a neustále pribúdajú možnosti. Často sa objavujú informácie s minimálnymi nákladmi, omnoho rýchlejšie ako kedysi, dostupné stále širšiemu okruhu poskytovateľov (telefax, internet, mobilné telefónne siete).

Hodnotu informácií nestrácame, len musíme ju strážiť a dobre využívať. Informácia má neobmedzené využitie, a preto s ňou musíme nakladať veľmi seriózne.

Informačné zdroje sú energiou, ktorá umožňuje prijímať nové postoje, reagovať na nové situácie, plánovať zmeny, porovnávať systémy, upravovať ich, zavádzať nové efektívnejšie rozhodnutia.

Informácie plnia v riadiacom procese viacero funkcií: Sú

- prostriedkom pre tvorbu plánov;
- masou pre kontrolu a riadenie;
- nástrojom zvyšovania vedomostí a poznatkov o spoločnosti;
- predmetom komunikácie;

Môžeme povedať, že dnes máme až o 60% viac informácií z danej oblasti, ako pred desiatimi rokmi. Ak sa niektorí manažéri sťažujú na nedostatok informácií, je tam vlastná neefektívnosť spracovania informácií, alebo sa pletie kvalita s kvantitou. Je však aj možný „ prah nasýtenia“, ktorý napovedá neschopnosť už ďalšie informácie spracovať. Hodnotenie kvality informácií môžeme merať , že sú :

- pravdivé – objektívne
- pragmatické – praktické
- konzistentné – súdržné, pevné
- pohotové
- inteligentné
- relevantné – vierohodné, správne
- presnosť
- aktuálnosť – včasnosť informácie

Hodnota informácií

Vzhľadom na to, že dochádza k zámene termínov **údaj, správa, informácia**, musíme si aj toto ozrejmiť:

Údaj- je také oznámenie, ktoré neznižuje entropiu (usporiadanosť) systému. Informácie môžeme získať vhodným spracovaním údajov. V tomto zmysle každá informácia je údajom, ale nie každý údaj je informáciou.

Predstavuje kvantitatívnu stránku informácie – nemá výpovednú hodnotu (predpoveď počasia – oznam „bude polooblačno“)

Správa- (oznam, anonsa) – má už aj kvalitatívnu hodnotu. Ak sa správa stáva dôležitou (príklad: „do konca týždňa budú prízemné mrazy“) je už informáciou.

Informácia – je len také oznámenie prijaté príjemcom na základe ktorého on koná, správa sa, realizuje určitú pre neho významnú činnosť. Len príjemca môže posúdiť, či je pre neho prijatá správa užitočná, či potrebuje uskutočniť zmeny, alebo zostane v doterajšej činnosti.

Informácia je len vtedy informáciou, keď: rozširuje vedomosti o systéme, je využiteľná na cieľ a účel, pomáha narušiť, alebo odstrániť neurčitost a poruchu v systéme !

Klasifikáciu kritérií nebudeme rozoberať, avšak podľa obsahu informácie ich pre náš cieľ spomenieme ako informácie o trendoch spoločenského života, takže aj o sociálnej oblasti.

V praxi sa stretávame s rôznymi postojmi miest a obcí týkajúcimi sa sociálnej oblasti. Zákon č.448/2008 Z. z. o sociálnych službách určuje účastníkov právnych vzťahov – prijímateľa sociálnej služby, poskytovateľa sociálnej služby, obec, vyšší územný celok. Z toho vyplývajú aj povinnosti týchto subjektov. Nie sú to však len povinnosti. Je to aj suma informácií, ktoré sú nutné dostať sa k občanovi, aby sa vedel v sociálnych záležitostiach orientovať.

Sú to jednak možnosti, ktoré zákon vymenúva, sú to aj zdroje financovania za sociálne služby určené v § 71: z rozpočtu verejného poskytovateľa + z úhrad prijímateľa. Zákon presne určuje povinnosti právnych účastníkov sociálnych služieb. Je preto nadmieru jasné, čo v ktorom ohľade a možnosti v rámci sociálnej služby je potrebné urobiť a prijať okrem dikcie spomínaného zákona. Je tu ďalší zákon, ktorý v svojom paragrafovom znení určuje čo je povinnosťou obce – zákon č. 369 / 1990 Zb. z. s jeho novelami o obecnom zriadení. V ňom v § 6, odstavci (1) sa uvádza, že obec môže vo veciach územnej samosprávy vydávať nariadenia; nariadenie nesmie byť v rozpore s Ústavou Slovenskej republiky, ústavnými zákonmi, a zákonmi Slovenskej republiky. Tieto nariadenia majú názov Všeobecné záväzné nariadenia (ďalej VZN) a na území obce, alebo mesta sú záväzné pre všetkých obyvateľov a ním sa musia riadiť aj organizácie mesta, sídliace na jeho území.

V § 7 citovaného zákona financovanie obce je cez svoje potreby predovšetkým z vlastných príjmov, dotácií zo štátneho rozpočtu – podielových daní a z ďalších zdrojov. Jednými z orgánov obce, resp. mesta sú aj komisie, ktoré podľa zákona možno zriaďovať. Nás zaujímajú sociálne veci, teda sociálna komisia. Plní úlohy v zmysle zákona 448/2008 Z. z., robí si plán činnosti, má zabezpečovať náležitosti určené zákonom.

Nie vždy sa darí jednotlivým subjektom naplňovať literu zákonov a v každom prípade je tu aj ľudský faktor, ktorý veľmi dokáže ovplyvňovať dianie nielen v sociálnej oblasti. Práve v čase predvolebnom sa siahla po sľuboch v sociálnej oblasti o budovaní denných stacionárov, opatrovateľskej služby, nocľahárňach atď. a prijímaní záverov, ak budú voľby úspešné. Ľudský faktor spomíname preto, lebo je nesmierne dôležitý. Závisí veľmi od čelného funkcionára – starostu, primátora a následne pracovníkov zodpovedných za sociálnu oblasť, ako dokážu filtrovať informácie, ktoré sú povinní dať, ale aj informácie, ktoré dostanú a sú spätou väzbou pre vylepšovanie úloh.

Vážnosť dostupnosti informácií si zasluhuje dennodennú pozornosť. Mestá a obce na ktoré prešli kompetencie z výkonu štátu si zasluhujú nesmiernu pozornosť. Financie pomáhajú mestám na riešenie úloh, ktoré samosprávy vykonať majú. Oproti polovici 90-tych rokov mestá a obce narábajú s možno desať násobným nárastom financií. Samozrejme, ale aj úloh. Skoro všade, možno len v menších obciach nie, sa vydávajú „mesačníky, občasníky, novinky a pod.“, zriaďuje sa mestská televízia, internet. V nich ale veľa krát tieto slúžia na vlastnú propagáciu a nie na to, aby podrobne a hlavne zrozumiteľne a jasne informovali o možnostiach napr.: denných stacionárov, opatrovateľskej služby, poplatkoch za túto službu s jasným vysvetlením, z čoho sa skladajú a čo stojí táto služba.

Sú prípady, že sa v mieste / nechceme menovať mesto/ prijme „Koncepcia sociálnych služieb“, sú tam vymenované silné a slabé stránky, všetko čo sa bude robiť v zmysle zákona a ešte aj naviac, vzorne napísané, ale po uverejnení na oficiálnej stránke územnej

samosprávy už časť nie je pravdou. Napriek tomu, že tam stálo, „budeme zdokonaľovať“, časť povinností „odišla“ k inému subjektu, postupne ďalšia a občan to dostane už len ako informáciu, že sa to stalo. Takýmto spôsobom znižujú úroveň nielen koncepcie, ale hlavne dôveryhodnosť služieb.

Veľmi dobrým príkladom s ktorým sme sa v praxi stretli je „Sociálny sprievodca“ mesta zo západu Slovenska, ktorý v malom formáte prináša veľa informácií pre občana. Je to príklad, ktorý je možné nasledovať. Tento sprievodca informuje o možnostiach občana v krízovej situácii, o rodine, o sociálnych službách a zariadeniach v meste. Obsahuje adresár subjektov a dôležité telefónne čísla.

Na sociálne služby sú vo veľkej časti odkázaní starší obyvatelia. Im treba jasne podávať informácie. Nemôže to byť tak ako je aj skúsenosť, že sa prieskum potreby robil v meste cez facebook, stránku mesta a pritom sa do každej domácnosti dodáva mesačník, kde mohol byť dotazník. Preto v skoro 40 000 meste prišlo len 160 vrátených dotazníkov. To nie je vzorka, na ktorej základe sa dajú robiť závery. Ako sa mohli starší k veciam vyjadriť? Drvivá časť starších neovláda počítač, nechodí na facebook! To je to, čo sme spomenuli, že oddanosť sociálnym veciam nemôže byť len pred voľbami a žiada si to oddaných a zanietených ľudí.

Informovanosť obidvoch strán – poskytovateľa a príjemcu musí byť vzájomná. Príjemcovia musia byť informovaní o možnostiach, novinkách, dostupnosti a hlavne platbách. Aj z toho dôvodu, že medzi nami je dosť ľudí, ktorí žijú z malej penzie, respektíve nemá im kto pomôcť, nemajú príbuzných a nemajú na to, aby si, aj keď by mali záujem sa naučiť používať internet a mali tak dostatok informácií, nemajú na to prostriedky.

Záverom možno konštatovať, že informovanosť občanov je prepotrebná už aj preto, čo sme uviedli v predchádzajúcich riadkoch. Žiada si to však zanietených pracovníkov, ktorí svoje zamestnanie berú vážne dostatočne empaticky, so záujmom o sociálne služby a ich dôsledné vykonávanie.

Zoznam použitej literatúry

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách

Zákon č. 369/1990 Zb. z. o obecnom zriadení

Kontakt na autora

PhDr. Miroslav Semeš, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

email: semes@vssvalzbety.sk

Telefón: 0905030158

BEZPEČNOST A KVALITA PÉČE PŘICHÁZÍ DOMŮ

Safety and quality of care comes home

Snopek P., Plisková B.

Abstrakt

Systém zdravotní péče se v několika posledních letech odklání od svého historicky převažujícího zaměření na lůžkovou péči, kterou řídí především ekonomika, demografie, preference pacienta a rovněž technologie a soustřeďuje se na zdravotní péči poskytovanou v domácím prostředí. Přesto je bezpečnosti pacientů v domácí péči věnována menší pozornost než bezpečnosti pacientů ve zdravotnických či sociálních zařízeních. Právě bezpečnost pacientů v domácí péči je tématem tohoto příspěvku.

Klíčová slova: Bezpečnost. Domácí péče. Ošetrovatelství.

Abstract

In the past few years, the health care system has deviated from its historically predominant focus on health care settings as the best place for ill to be best treated and is moving towards home health care. This trend is driven primarily by the economical factors demographics, patient preferences, as well as technological progress. Nevertheless, the safety of patients in home care is given less attention than the safety of patients in health and social facilities. Safety of patients in home care system is main subject of this article.

Keywords: Safety. Home care. Nursing.

Domácí péče

Slovo „domov“ představuje pro většinu z nás bezpečnost a pohodlí. Nicméně pro mnoho vážně nemocných a starší pacienty představuje domácí prostředí také určité riziko zranění a sníženou kvalitu života.

Domácí zdravotní péče zahrnuje lékařskou péči, ošetrovatelskou péči a poskytování sociálních služeb. V současné době je na vzestupu přesun péče mimo tradiční nemocniční a ambulantní prostředí. Přes zmíněný fakt posunu trendu k domácí péči, se problematice bezpečnosti pacientů v domácím prostředí se nedostává takové pozornosti a rozvoje, jak by bylo vhodné a jak je věnováno problematice bezpečnosti pacientů ve zdravotnických zařízeních. Bezpečnost pacientů v domácím prostředí je přitom stejně důležitá jako jejich bezpečnost ve zdravotnických zařízeních. Nežádoucí podmínky v domácnosti mohou vést k zhoršení zdravotního stavu a k následným nežádoucím hospitalizacím.

Související faktory

Poskytovatelé v domácí péči se snaží o vysoce kvalitní a bezpečnou péči tak, aby byla ctěna autonomie pacienta a jeho individuální potřeby, ale také potřeby jeho blízkých. Je přizpůsobena i požadavkům prostředí, zlepšuje zdravotní výsledky a snižuje délku hospitalizace a náklady.

Právě snižování délky hospitalizace, náklady zdravotnického systému na hospitalizaci, stárnutí populace, ale i rozvíjející se technologie patří mezi faktory, které vedou k rozmachu domácí péče.

Pokud jde o snižování délky hospitalizace, je nutné uvést, že průměrná ošetrovací doba v Československu ve zdravotnickém zařízení v roce 1992 byla 11,8 dne. V roce 2016 již byla v České republice průměrná délka 6,2 dne (ÚZIS).

Dalším klíčovým faktorem je zcela určitě stárnutí populace České republiky. Spolu s očekávanými demografickými trendy plodnosti, úmrtnosti a migrace se počty osob v jednotlivých věkových skupinách budou měnit. Tyto nepravidelnosti dosavadního vývoje, resp. posouvání početné silných populačních ročníků do důchodového věku a úroveň plodnosti pod hranici prosté reprodukce, radikálně změní věkovou strukturu obyvatelstva České republiky. Ze současného stavu je zřejmé, že největší změny se odehrají v kategorii seniorů. V průběhu první poloviny 21. století se podle všech variant demografického vývoje zastoupení 65 a víceletých osob zhruba zdvojnásobí s dnešní jedné šestiny na jednu třetinu. Jejich počet by měl kulminovat na konci 50. let ve střední variantě na úrovni 3,2 mil. osob oproti současným 1,8 mil. I když bude v dalším období seniorů ubývat, na konci století by jich přesto mělo žít výrazně více než dnes. Věková kategorie seniorů tak bude jedinou částí populace, která početně poroste. Významně totiž ubude osob ve věku 15–64 let i dětí do 15 let. Podle střední varianty vývoje by měl podíl obyvatel ve věku 15–64 let klesnout ze 68,4 % na 55,3 %, podíl dětí ze 14,8 % na 12,2 %. Průměrný věk obyvatel ČR se tak zvýší ze 41,3 let na 50,0 let (ÚZIS). Vzhledem k těmto demografickým faktorům se očekává stále větší posun k domácí zdravotní péči v ČR jako méně nákladné alternativy k institucionální péči.

V rozvoji domácí péče jsou zcela jistě významným faktorem vyvíjející se technologie, které umožňují pacientům zůstat doma a stávají se pro tyto nemocné významným zdrojem podpory a vzdělávání. Internetové programy, aplikace či zařízení mohou přispět ke zlepšení komunikace, kvality a bezpečnosti domácí péče. Mezi významné kategorie technologií patří portály pro pacienty, sítě online podpory, vzdělávací zdroje pro pečovatele.

Bezpečnost pacientů – významné aspekty

Každoročně je poskytnuta domácí péče v průměru 141 934 pacientům, z toho 61 % tvoří ženy a 39 % muži. V roce 2016 využilo domácí péče 141 369 pacientů, tj. 13 pacientů na 1 000 osob v populaci (ÚZIS). Přes obrovské výhody, které systém domácí péče má, zde můžeme najít mnoho problémových témat k řešení.

Zvyšující se posun od akutní péče do domácí péče přináší obavy o bezpečnost pacientů právě se stále narůstajícím trendem zkracování hospitalizace, kdy dle studií krátkodobější pobyty v nemocnicích vedou k tomu, že pacienti se vrátí domů „rychleji“ ale v „horším“ stavu, což přispívá ke zvyšování složitosti domácí péče. Rovněž velkým problémem je management léčby, kdy zvláště starší pacienti mají problémy s léčebnými režimy i s užíváním léků. Významným nežádoucím jevem v domácí péči jsou pak také pády pacientů a následná péče o úrazy v domácí péči.

Podstatným prvkem je také fakt, že domácí prostředí je vnímáno jako nedotknutelné a jedinečné, pacient zde má větší autonomii v rozhodování než v nemocničním prostředí, ale také v řízení péče o sebe sama. Mnohé závisí na jeho osobnosti a schopnostech bezpečně zvládnout svoji nemoc i léčebný režim. Například v institucionální péči mohou zdravotníci

hrát významnou roli při zajišťování toho, aby nemocní dostávali antibiotika v terapeuticky vhodných intervalech. V domácnosti se však pacient může rozhodnout, že bude z rozličných důvodů užívat antibiotika v nepravidelných intervalech.

Také vztah lékaře, sestry a jiných nelékařských zdravotnických pracovníků je pozměněn. Sestra je svým způsobem hlavním komunikačním bodem pro všechny ostatní členy týmu, i pro samotného lékaře, právě v hodnocení a sdělování zjištěných informací. Navíc je v domácím prostředí „ztížená“ týmová spolupráce, kdy je poskytování zdravotní péče difundováno mezi několik poskytovatelů, kteří poskytují péči epizodicky a nemají spolehlivou metodu a nástroje k tomu, aby komunikovali. Dostupnost poskytovatelů péče může být další výzvou.

Při domácí péči je pak nutné počítat i s větší rolí blízkých i jiných pečovatелů, kteří nemusejí být na péči dostatečně připraveni a kvalifikováni. Rodinní příslušníci, kteří jsou neplacenými pečovateli, jsou často bez zdravotnického vzdělání mnohdy rovněž již ve starším věku a vyrovnávají se s vlastními zdravotními problémy. Často jsou nevyspalí, protože zabezpečují nepřetržitou péči. To je v ostrém kontrastu s institucionální péčí. Únava je potenciálním bezpečnostním rizikem pro klienty domácí péče, protože ovlivňovat rozhodování nebo vést k činům, které mohou způsobit rizikovou situaci (Lang a kol., 2009). Dále únava, fyzické i psychické dopady stresu na pečující mohou vést k depresi nebo vyššímu užívání návykových látek, které ohrožují jak samotné pečovatele tak i nemocné.

Někteří členové rodiny nebo přátelé, kteří pečují o nemocné v domácím prostředí, pracují 24 hodin denně, sedm dní v týdnu a mnozí z nich pro udržení určité úrovně finančního rozpočtu rodiny pokračují v práci mimo domov. Rodina a přátelé dělají mnohdy sliby z lásky a pocitu odpovědnosti udržet nemocného v domácím prostředí, aniž by si uvědomili, že tento cíl může být nad rámec jejich kapacity. Struktura rodiny je velmi odlišná od rodin, které jsme znali před mnoha lety. V rodině se rodí méně dětí, rodinní příslušníci jsou více geograficky rozptýleni. Rodiče v současné době nemohou očekávat, že jejich děti budou mít možnost pečovat o ně doma. Proto se starší pacienti, kteří se rozhodnou zůstat v domácí péči, musí spoléhat na své manžele nebo na podporu svých přátel. Příliš často jsou navrženi do role se kterou se příliš neztotožňují. Předpokládá se totiž, že pokud potřebuje např. manželka péči a pokud je manžel doma, bude to reálné. Ve skutečnosti ne všichni pečovatelé mají fyzický, kognitivní nebo emoční předpoklady k této roli. Navíc v kombinaci s nedostatečným proškolením může vést tato situace rovněž k bezpečnostním rizikům v domácí péči (Marx, Vlček. 2017).

Další komplikace spočívá v nedostatečné systematické komunikaci a koordinaci mezi pacienty, pečovateli a dalšími poskytovateli. Na rozdíl od péče v nemocnici, která je prováděna dle plánu, je domácí péče méně řízená a strukturovaná. Nemocnice využívají systémy, které podporují mezioborovou spolupráci a komunikaci. V domácím prostředí takovéto systémy nejsou a aktivní role je právě na pacientovi, který má zásadní odpovědnost, že např. výsledky testů a doporučení jednotlivých odborníků poskytne a budou k dispozici všem poskytovatelům péče. Tyto skutečnosti představuje příležitost pro lidskou chybu a komplikaci v koordinaci péče.

Langův model

V posledních letech se objevily různé koncepční modely zaměřené na bezpečnost pacientů v domácím prostředí. Například Světová zdravotnická organizace vytvořila mezinárodní

klasifikační systém koncepce bezpečnosti pacientů pro všechny typy péče, včetně péče v domácím prostředí. Jde o Langův model, který kategorizuje bezpečnostní otázky týkající se domácí péče a definuje čtyři rozměry bezpečnosti. Jde o rozměr fyzický, emocionální, sociální a funkční. Fyzická dimenze zahrnuje technické zabezpečení péče a prostředí, tj. jak bezpečné je domácí uspořádání a hygienické podmínky, ale i infrastrukturu a ekologické vlivy. Emocionální rozměr zahrnuje psychologické aspekty a dopady nemoci a léčby na osobnost pacienta, ale i pohodu pacienta, stres, traumata a nepohodlí související s přijímáním a poskytováním péče. Sociální a funkční rozměr péče zahrnuje širší kontext tj. jak nemoc i léčebný režim zasahuje sociální a funkční aspekt a zahrnuje do svého systému celou rodinu a komunitu a zabývá se celým systémem podpory (Marx, Vlček 2017).

Využití Langova modelu poskytuje organizační rámec pro bezpečí péče a je zároveň důkazem, že bezpečnost a kvalita domácí péče se stává významným a palčivým tématem nejen pro diskuzi, ale a to především, tématem k systematickému a urgentnímu řešení.

Závěr

Cílem tohoto sdělení je upozornit na problematiku bezpečnosti a kvality poskytované péče v domácím prostředí. Péče o nemocného v domácí prostředí je stále frekventovanějším trendem proti vysoce strukturované a standardizované péči ve zdravotnických zařízeních. Bezpečnost byla do značné míry definována institucionálními normami. Vzhledem k tomu, že potřeby péče jsou stále složitější, a že bezpečnost nemocných a poskytovatelů péče jak ve zdravotnických zařízeních, tak na domácí a komunitní úrovni jsou vzájemně propojeny, je nezbytná spolupráce všech zakomponovaných subjektů péče s cílem řešit prevenci, rizika a kvalitu péče. Všechny účastníky péče je potřeba vzdělávat o možných rizicích poskytované péče v domácím prostředí a o možnostech jejich minimalizace.

Seznam použité literatury

ÚZIS – Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2016 Zdravotnická statistika ČR. Vydává Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR Praha 2, Palackého nám. 4. Citované [2017-12-12]. Dostupné z www.uzis.cz.

LANG, Ariella a kol. 2009. *Home Care Safety Perspectives from Clients, Family Members, Caregivers and Paid Providers*. ResearchGate. 12 Spec No Patient(sp):97-101

Citované [2017-12-12]. Dostupné z

https://www.researchgate.net/publication/51437704_Home_Care_Safety_Perspectives_from_Clients_Family_Members_Caregivers_and_Paid_Providers.

MARX, David, VLČEK, František. 2017. *Řízení kvality a bezpečí při poskytování zdravotní péče*. [Učební texty z přednášky]. Zlín: UTB ve Zlíně.

ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0062-0.

Kontaktní adresa

PhDr. Petr Snopek, Ph.D., DiS.

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd

email: snopek@fhs.utb.cz

VÝHRADA SVEDOMIA V OŠETROVATEĽSTVE

Conscience objection in nursing

Simočková V., Zamboriová M.

Abstrakt

V článku sa orientujeme na výhradu svedomia a jeho právnu úpravu vo vybraných krajinách a na Slovensku. Pozornosť venujeme možnosti uplatňovania výhrady svedomia v ošetrovateľstve.

Kľúčové slová: Výhrada svedomia. Ošetrovateľstvo.

Abstract

The article is focused on the conscience objection and its legal regulation in Slovakia and other selected countries. The attention is paid to the possibility of applying the conscience objection in nursing.

Key words: Conscience objection. Nursing.

Úvod

Život v súlade s vlastným svedomím sa odjakživa pokladal za jednu z podmienok šťastného života. Svedomie človeka patrí medzi psychickú vlastnosť osobnosti, prejavujúcu sa ako vnútorný hlas, ktorý je základom morálneho usudzovania človeka o sebe samom a o iných ľuďoch.

Aby sme mohli lepšie porozumieť výhrade svedomia, musíme najprv definovať a lepšie poznať pojem svedomie. Tomáš Akvinský charakterizuje svedomie pojmami *conscientia* a *synderesis*. *Conscientia* je uplatňovanie mravných zásad v určitých prípadoch. *Synderesis* je poznanie najvšeobecnejších mravných princípov (Bužgová, 2013). Vansač (2012) uvádza, že ak chceme mať dobré svedomie, musíme sa usilovať nájsť pravdu a v súlade s ňou vynášať úsudky. Svedomie je vo všeobecnosti chápané ako vnútorný pocit, ktorý nám hovorí, čo je správne a čo nesprávne (Newman, 2013). Pojem svedomie sa používa aj v súčasnej sekulárne rozdelenej spoločnosti ako schopnosť človeka rozlišovať a vnútorne hodnotiť morálnu hodnotu svojich skutkov.

V zdravotníckej etike nachádzame veľa dilem, ktoré nás nútia uvažovať nad správnosťou nášho konania. Za najznámejší a zároveň najstarší etický kódex určujúci správanie zdravotníckych profesionálov sa považuje Hippokratova prisaha. Hippokrates žil v staroveku v rokoch 460 – 370 pred Kristom. Bol považovaný za jedného z najvýznamnejších lekárov všetkých čias, ktorý položil základy niekoľkých odborov medicíny. Hippokratova prisaha pochádza z 5. – 4. storočia pred Kristom. Hoci má tento starogrécky sľub viac ako dvetisíc rokov, má svoju trvalú platnosť aj v súčasnosti, i keď sa pohľad na etiku v zdravotníctve mení (Schott et al., 1994).

Teoretická analýza

Otázka svedomia sa stáva pre zdravotníckych profesionálov stále viac závažnejšou. Neprestajne sa na nich vyvíja nátlak, aby konali v súlade s normami. Podľa Grey (2013) jedna časť spoločnosti očakáva od zdravotníckych pracovníkov, aby sa vo svojom súkromnom

živote i pri výkone svojho povolania riadili kladnými hodnotami, aby svoju prácu vykonávali obetavo, aby boli ústretoví, ochotní, empatickí, láskaví a mali pevné zásady. Druhá strana spoločnosti si však myslí, že zdravotnícki pracovníci by mali jednoznačne potlačiť svoje vlastné hodnoty a prispôbiť sa hodnotovému rebríčku klienta. Odopierajú im tak právo na výhradu svedomia.

Jeden z najvýznamnejších predstaviteľov medzinárodného protipotratového hnutia v druhej polovici 20. storočia bol profesor Jérôme Jean Louis Marie Lejeune (1926 – 1994). Cieľom tohto francúzskeho genetika, pediatra a objaviteľa príčiny Downovho syndrómu bolo liečiť deti s Downovým syndrómom. Stal sa však svedkom toho, že výsledky jeho práce boli zneužit. Jeho objav viedol k medicínskemu holokaustu, nakoľko sa začal používať v prenatalnej diagnostike s cieľom odstrániť plod s trizómiou 21. chromozómu a ukončiť tehotenstvo. Napriek tomu sa nevzdával a zastal sa života od počatia. Známý je jeho výrok, že život má veľmi dlhú históriu, ale každý z nás má veľmi presný počiatok, a tým je moment počatia (Viglaš, 2016).

Právo na výhradu svedomia uznáva viacero európskych štátov, prístup k nemu je však odlišný v rôznych odborných oblastiach, ako aj v zdravotníctve. Vo väčšine európskych štátov si môžu zdravotnícki pracovníci uplatniť výhradu vo svedomí v súvislosti s určitými medicínskymi výkonmi, ktoré súvisia najmä s reprodukčným zdravím žien. Krajiny ako Slovensko, Maďarsko, Poľsko, Rakúsko, Francúzsko, Veľká Británia, Nórsko, Belgicko, Portugalsko či Taliansko umožňujú uplatnenie výhrady vo svedomí za určitých podmienok (Lamačková, 2008).

V Českej republike je výhrada svedomia upravená v druhom odseku § 50 zákona o zdravotných službách a týka sa predovšetkým vykonávania interrupcií, oblasti asistovanej reprodukcie, podávania transfúzií, resuscitácie, antikoncepcie a alternatívnej medicíny. Podľa tohto zákona zdravotnícky pracovník, ktorý si chce uplatniť výhradu svedomia je povinný o tom informovať svojho zamestnávateľa. Zamestnávateľ v takom prípade musí na vykonanie danej činnosti zabezpečiť iného zdravotníckeho pracovníka. Podľa zákona zdravotnícky pracovník sa nemôže odvolať na výhradu svedomia a tým odmietnuť ošetrovanie pacienta v prípade, kedy by mohlo dôjsť k vážnemu ohrozeniu života pacienta.

Podľa Kolejáka (2011) v Taliansku si môžu zdravotnícki pracovníci uplatniť výhradu svedomia, musia však o tom dopredu informovať kompetentné orgány. Až tak môžu byť oslobodení od vykonávania takých zákrokov, ktoré vedú napríklad k prerušeniu tehotenstva. Lekári môžu odmietnuť podanie liekov, ktoré sú určené na vyvolanie potratu, ale aj podávanie inštrumentov počas zákroku. Výhrada vo svedomí však nie je platná v krízových situáciách kedy ide o život matky, aj v prípade, že k tejto situácii došlo počas potratového zákroku.

Podľa zákona aj farmaceuti v určitých oblastiach Španielska majú právo odmietnuť vydať určité lieky pre výhradu svedomia. Aj tu však platí výnimka, že sa to môže týkať len tých prípadov, kedy takéto konanie neohrozuje práva či zdravie pacienta (Lamačková, 2008). Významným obhajovateľom uplatnenia si výhrady vo svedomí na Slovensku bol MUDr. Anton Neuwirth (1921 – 2004). Za nemarxistickú výučbu a činnosť v spoločenstve Rodina bol v roku 1953 zatknutý a odsúdený na dvanásť rokov väzenia za „velezradu a špionáž“. V rokoch 1994 – 1998 bol prvým veľvyslancom Slovenskej republiky pri Svätej Stolicy v Ríme. Pričinil sa o prijatie Základnej zmluvy medzi Slovenskou republikou a Svätou stolicou, ktorej súčasťou je aj schválenie ďalších štyroch rámcových zmlúv medzi Slovenskou republikou a

Svätou stolicou (Palko, 2012). Základná zmluva medzi Slovenskou republikou a Svätou stolicou. č. 326/2001 Z. z. sa vzťahuje na nižšie uvedené oblasti:

- Pastoračná činnosť v armáde a polícii (čl. 14 ods. 4),
 - Prijatá zmluva: o duchovnej službe katolíckym veriacim v ozbrojených silách a ozbrojených zboroch Slovenskej republiky (648/2002 Z. z.),
- Školstvo a vyučovanie náboženstva (čl. 13 ods. 9),
 - Prijatá zmluva: o katolíckej výchove a vzdelávaní (394/2004 Z. z.),
- Finančné zabezpečenie Katolíckej cirkvi (čl. 20 ods. 1),
 - Zmluva doteraz nebola schválená.
- Uplatnenie výhrad vo svedomí (čl. 7),
 - Zmluva doteraz nebola schválená.

Nižšie venujeme pozornosť poslednej zmluve – Uplatnenie výhrad vo svedomí. Návrh zmluvy o práve uplatňovať výhrady vo svedomí sa upriamuje na tieto odvetvia:

- zdravotníctvo,
- oblasť činnosti v ozbrojených silách,
- oblasť súdnictva,
- oblasť výchovy a vzdelávania,
- oblasť životného prostredia alebo bezpečnosti práce.

Súčasná legislatíva Slovenskej republiky upravujúca vzťah výhrady svedomia niekoľkými právnymi normami. Sú to:

- Ústava Slovenskej republiky čl. 24 (460/1992 Z. z.),
- Zmluva medzi Slovenskou republikou a registrovanými cirkvami a náboženskými spoločnosťami (250/2002 Z. z.),
- Základná zmluva medzi Slovenskou republikou a Svätou stolicou (326/2001 Z. z.),
- Zákon o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (576/2004 Z. z.),
- Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti (578/2004 Z. z.).

V Ústave Slovenskej republiky čl. 24 (460/1992 Z. z.) sa uvádza: Sloboda myslenia, svedomia, náboženského vyznania a viery sa zaručujú. Toto právo zahŕňa aj možnosť zmeniť náboženské vyznanie alebo vieru. Každý má právo byť bez náboženského vyznania. Každý má právo verejne prejavovať svoje zmýšľanie.

V zákone O poskytovaní zdravotnej starostlivosti (576/2004 Z. z. § 12) sa uvádza: v bode 2) poskytovateľ nemusí uzatvoriť dohodu s pacientom. Jedná sa o tieto prípady:

- a) ak by uzatvorením takejto dohody prekročil svoje únosné pracovné zaťaženie,
- b) osobný vzťah zdravotníckeho pracovníka k osobe, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytovať, alebo k jej zákonnému zástupcovi nezaručuje objektívne hodnotenie jej zdravotného stavu alebo
- c) poskytovaniu zdravotnej starostlivosti bráni osobné presvedčenie zdravotníckeho pracovníka, ktorý má zdravotnú starostlivosť poskytovať. Výnimka uvedená v písmene c) sa týka len umelého prerušenia tehotenstva, sterilizácie a asistovanej reprodukcie.

V zákone O poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti (578/2004 Z. z.) sa uvádza: Právo zdravotníckeho pracovníka uplatniť výhradu vo svedomí je explicitne upravené v Etickom kódexe zdravotníckeho pracovníka (čo je príloha č. 4 uvedeného zákona). Hovorí sa tam: „Od

zdravotníckeho pracovníka nemožno vyžadovať taký výkon alebo spoluúčasť na ňom, ktorý odporuje jeho svedomiu okrem prípadov bezprostredného ohrozenia života alebo zdravia osôb.“ Ak si zdravotnícky pracovník uplatní výhradu svedomia, je povinný o tejto skutočnosti informovať svojho zamestnávateľa a pri uplatnení výhrady svedomia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti aj svojich pacientov.

Parlamentné zhromaždenie Rady Európy prijalo 7. októbra 2010 rezolúciu č. 1763 o výhrade vo svedomí pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorá hovorí: Žiadna osoba, nemocnica, alebo inštitúcia nemôže byť nútená, braná na zodpovednosť, alebo diskriminovaná v žiadnom ohľade preto, že odmietla vykonať alebo spolupodieľať sa na vykonaní potratu, či eutanázii, alebo na akomkoľvek úkone, ktorý by mohol spôsobiť smrť ľudskému plodu alebo embryu, alebo akejkoľvek osobe. Súčasne rezolúcia sformulovala princípy uplatnenia výhrady vo svedomí, podľa ktorých musí ten, ktorý takúto výhradu vzniesol, vopred o tejto výhrade pacienta informovať a zabezpečiť pre neho starostlivosť náhradného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

Diskusia a záver

Profesia zdravotníckeho pracovníka je spojená s dodržiavaním etických a právnych noriem. Základné etické normy sú obsiahnuté v Etickom kódexe zdravotníckeho pracovníka. Už v staroveku v 5. – 4. storočí pred Kristom spísal Hippokrates prísahu, ktorá má svoju trvalú platnosť aj v súčasnosti, hoci sa pohľad na etiku v zdravotníctve mení. Realita v niektorých európskych krajinách je taká, že zákony, ktoré mali chrániť menšiny, slúžia na potlačenie slobody prejavu, svedomia a náboženskej slobody. Nie je a nebude možné uplatniť si výhradu svedomia na hocičo. Je nesporné, že v prípade uplatnenia výhrady vo svedomí na seba narážajú dve základné ľudské práva – dve hodnotové spektrá a to právo pacienta na ochranu súkromia a právo zdravotníckeho pracovníka na slobodu myslenia, svedomia a náboženského presvedčenia. Zástancovia eliminácie využívania výhrady vo svedomí argumentujú, že zdravotnícki pracovníci majú povinnosť poskytovať zdravotnú starostlivosť bez ohľadu na svoje náboženské presvedčenie a namietajú, že výhrada vo svedomí je mnohokrát zneužívaná v neprospech nevzdelaných, či chudobných osôb, ktorým sa na jej základe upiera prístup k zdravotnej starostlivosti. Obhajovatelia výhrady vo svedomí zas argumentujú, že zdravotnícky pracovník nemôže byť nútený vykonávať také činnosti, ktoré negujú jeho vnútorný svet. Ján Pavol II. v *Evangelium vitae* (1995) uvádza: „Kto sa odvoláva na námitky svedomia, nemôže byť vystavený trestným sankciám.“

Pri využívaní výhrady svedomia platia dve maximá:

1. Odmietnutie vykonať/spolupodieľať sa na zdravotnom výkone musí bezprostredne vyvierať zo svedomia a hodnotového založenia zdravotníckeho pracovníka.
2. Realizácia tohto práva nemôže bezprostredne ohroziť inú hodnotu – ľudský život, teda realizácia tohto práva nemôže prevážiť nad právom pacienta na život.

Z uvedeného vyplýva, že zdravotnícky pracovník je povinný vykonať zdravotný výkon, u ktorého si uplatnil výhradu vo svedomí, ak by jeho nevykonaním bol bezprostredne ohrozený život pacienta.

Citlivým spôsobom je možné docieľať, aby každý pacient získal zdravotnú starostlivosť, o ktorú má záujem a súčasne, aby zdravotnícky pracovník nebol pri svojom náročnom povolání zbavený práva nechať hovoriť svoje svedomie. Ján Pavol II. (1995) poukazuje na to, že

odmietnutie spolupráce pri konaní nespravodlivosti nie je len morálnou povinnosťou, ale aj základným ľudským právom.

Zoznam použitej literatúry

- BUŽGOVÁ, R. 2013. *Etika ve zdravotnictví*. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. 81 s. ISBN 978-80-7464-409-2.
- GREY, E. 2013. Sociálny pracovník a výhrada vo svedomí. In *Aplikovaná etika v sociálnej práci*. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, 2013. s. 68-72. ISBN 978-80-8132-087-3.
- JÁN PAVOL II. 1995. *Evangelium vitae*. [Encyklika]. Tmava : SSV, 1995. 195 s. ISBN 80-7162-097-1.
- PALKO, V. 2012. *Levy prichádzajú*. Prešov : Vydavateľstvo Michala Vaška, 2012. 488 s. ISBN 978-80-7165-870-2.
- SCHOTT, H. et al. 1994. *Kronika medicíny*. 1. vyd. Bratislava : Fortuna Print, 1994. 648 s. ISBN 80-7153-081-6.
- KOLEJÁK, M. 2011. Výhrada vo svedomí v zdravotníctve. In *Spolupráca pomáhajúcich profesií v paliatívnej a hospicovej starostlivosti*. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, 2011. 118-130 s. ISBN 978-80-8132-016-3.
- LAMAČKOVÁ, A. 2008. *Výhrada vo svedomí k službám reprodukčného zdravia* [online]. [cit. 2015-10-18]. Dostupné na internete: <<http://diskriminacia.sk/adriana-lamackova-vyhrada-vo-svedomi-k-sluzbam-reprodukneho-zdravia/>>.
- NEWMAN, L. 2013. The Compromise of Coscience : Conscientious Objection in Healthcare. In *LLM Research Paper*. Victoria University of Wellington, Faculty of Law, 2013. 59 s.
- SIMOČKOVÁ, V. *Právo a legislatíva v ošetrovateľstve*. Košice : Multiprint s. r. o., 2014. 106 s. ISBN 978-80-89551-20-0.
- Ústava Slovenskej republiky*. 2011. 64 s. ISBN 978-80-8921-393-1.
- VANSÁČ, P. 2012. Sloboda človeka a jeho zodpovednosť za konanie. In *Humanum*, 2012, roč. 2, č. 9, s. 393-403. ISSN 1898-8431.
- Vatikánske zmluvy a výhrada svedomia*. [online]. [cit. 2016-04-02]. Dostupné na: <<https://vaticanskezmluvy.wordpress.com>>.
- VIGLAŠ, J. 2016. *Výhrada vo svedomí*. 1. vyd. Bratislava : DON BOSCO, 2016. 45 s. ISBN 978-80-8074-366-6.
- Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov*.
- Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov*.
- Základná zmluva medzi Slovenskou republikou a Svätou stolicou*. č. 326/2001 Z. z.
- Zmluva medzi Slovenskou republikou a registrovanými cirkvami a náboženskými spoločnosťami* č. 250/2002 Z. z.

Kontakt na autora

doc. PaedDr. PhDr. Viera Simočková, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Námestie A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

email: viera.simockova@ku.sk

OSOBNOSŤ SESTRY ANGELY PRI POMOCI CHORÝM VO VÄZENSKEJ NEMOCNICI KONCENTRAČNÉHO TÁBORA OSVIENČIM Z POHLEDU SLOVENSKEJ LEKÁRKY

Personality of nurse angela in helping the ill in prison hospital of oswiecim
concentration camp from the viewpoint of a slovak doctor

Ševčovičová A.

Abstrakt

Úvod: Koncentračný tábor v poľskom Osvienčime sa stal od roku 1942 zároveň strediskom hromadného vyvražďovania. Počas celého obdobia jeho existencie v ňom pracovali väzni v extrémnych podmienkach, ktoré vyústili do vzniku epidémií rôznych chorôb. Na ošetrovaní väzňov sa v táborovej nemocnici – revíri okrem nekvalifikovaného personálu podieľali aj ošetrovateľky, lekárky, medičky a rehoľné sestry.

Jadro: Medzi ošetrojúcim personálom na ženskom revíri pôsobila aj sestra Angela - mníška, pôvodom z Vestfálska. Na revíri sa starala o rozdeľovanie jedla a bielizne. V rámci možnosti poskytovala základnú ošetrovateľskú starostlivosť. Pri pomoci trpiacim väzenkyniam v tábore ohrozovala samu seba organizovaním rôznych foriem pomoci. Rozdávala zvyšné jedlo a vodu; väzenkyniam pod hrozbou z odhalenia umožnila vykonať očistný kúpeľ a vymeniť osobnú bielizeň. Pred selekciou do plynovej komory ich ukrývala v táborovej nemocnici. V svojej neúnavnej snahe pomáhať pokračovala aj po preložení do kuchyne lazaretu esesmanov, kde pri výbuchu muničného skladu v dôsledku srdcovej porážky skonala.

Záver: Sestra Angela sa počas svojho pôsobenia na revíri snažila, aj napriek nedostatku materiálu a neprimeraným hygienickým podmienkam, v rámci dostupných možností zmierniť táborové utrpenie čo najväčšiemu počtu väznených. V stave absolútnej bezmocnosti a zúfalstva sa v neľudských podmienkach koncentračného tábora spolu s ďalším personálom väzenskej nemocnice denne mobilizovala v boji za ľudské životy.

Kľúčové slová: Formy pomoci. Koncentračný tábor Osvienčim. Personál revíru. Sestra Angela. Väzenská nemocnica.

Abstract

Introduction: Concentration camp in Oswiecim, Poland, became a center of mass slaughter in 1942. During the time of its existence, the prisoners worked there in extreme conditions, which lead to the occurrence of epidemics of different illnesses. Besides unqualified personnel, nurses, doctors, medics and nuns participated in the care of the prisoners in the camp hospital – ward.

Main part: Among attending personnel, there was also Nurse Angela – a nun, coming from Westphalia. Her responsibility in the ward was the distribution of food and clothes. She also provided basic health care within her range of possibilities. In her help to suffering female prisoners she was jeopardized by organizing different forms of help. She distributed leftover food and water, she enabled the female prisoners to take a bath and exchange their underclothes taking a risk to be identified. She hid female prisoners in the camp hospital from the selection for gas chambers. She continued in her unyielding effort to help also after being

transferred into a general military hospital kitchen for SS soldiers where she died during ammunition store explosion as a result of heart stroke.

Conclusion: During her work in the ward, Nurse Angela tried to relieve the suffering in the camp to the largest possible amount of the imprisoned in spite of the lack of material and insufficient hygienic conditions and within her opportunities. She mobilized her power in the fight for human lives in the state of absolute helplessness and desperation and in the inhumane conditions of the concentration camp.

Key words: Forms of help. Oswiecim concentration camp. Ward personnel. Nurse Angela. Prison hospital.

Úvod

Koncentračné tábory zakladané predovšetkým na území krajín okupovaných nacistami, predstavovali miesta masového sústredenia veľkého počtu nepohodlných osôb (Ševčovičová, 2014). Priamou príčinou vzniku koncentračného tábora Auschwitz na predmestí poľského miesta Osvienčim bol zväčšujúci sa počet Poliakov zadržaných nemeckou políciou a s tým spojené preplnenie väzníc. Od jeho vybudovania v polovici roku 1940 spĺňal tábor funkciu nacistického systému teroru. Od roku 1942 sa stal zároveň strediskom hromadného vyvražďovania Židov (Świebocka, 2011). Koncentračný tábor Osvienčim pozostával zo sústavy 39 táborov, rozdelených do štyroch skupín. Najznámejším bol Osvienčim I – Auschwitz ako hlavný, riadiaci tábor, v ktorom bola ústredná správa, ústredňa gestapa, hospodárske a zbrojené podniky pracujúce pre nemeckú armádu. K Osvienčimu II – Birkenau patrili aj menšie tábory a chemické laboratória (Kraus, Kulka, 1955). Birkenau sa skladal z troch veľkých úsekov. Najprv bol dokončený prvý úsek – ženský tábor (Kulka, 1966). Spomedzi minimálne 1,3 milióna všetkých osôb deportovaných do Osvienčimu 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 národnosti. Išlo predovšetkým o Židov, politických, policajných a kriminálnych väzňov, asociálov, väzňov na prevýchovu, vojnových zajatcov, svedkov Jehovových a homosexuálov. Viac ako polovica z nich zahynula v dôsledku hladu, teroru, práce nad rámec vlastných možností, veľmi zlých životných podmienok, chorôb, epidémií, trestov, mučenia, zločineckých lekárskeho pokusov a pri popravách. Takmer 200 tisíc väzňov Nemci previezli do iných koncentračných táborov, kde sa veľká časť z nich nedožila konca vojny (Świebocka a kol., 2011).



Obrázok 1 Vstupná brána do koncentračného tábora Osvienčim - Birkenau
Zdroj: Ševčovičová, 2013

V táborovej nemocnici, tzv. *revíri*, boli sústredení chorí väzni. Na ich ošetrovaní sa podieľal okrem vyškoleného personálu z radov deportovaných väzňov aj personál, ktorý nemal takéto postavenie z civilného života (Ševčovičová, 2017). V auguste 1942 sa ženské väzenkyne presťahovali z Auschwitz do Birkenau, čo malo za následok splynovanie asi 80 percent pacientok z revíru (Schwalbová, 1992).

Väzenská nemocnica - revír v Birkenau

Slovenská lekárka Schwalbová, ktorá bola do Osvienčimu deportovaná prvými transportmi zo Slovenska v marci 1942 ponúka svedectvo o situácii, ktorá vládla v táborovej nemocnici. Po presťahovaní žien do Birkenau mali revír umiestnený v bývalých drevených maštaliach pre kone. Nemal umrlčiu komoru a skoro žiadne lieky. Vznikol židovský revír, blok číslo 27, kde boli kóje a tisíce ťažko chorých. Niekoľko sto väzenkýň zomieralo denne, pričom ich telá ostávali ležať za blokom obhryzené potkanmi. 3. októbra 1942 všetky pacientky splynovali; vyšiel zákaz prijímať na revír židovské pacientky a vôbec ich ošetrovať. Židovské ženy tak chodili do pracovných kománd s horúčkami a mnohé prekonali bez chvíľky ležania i škvrnitý týfus. Pokiaľ nešli z pracovných kolón priamo do plynu a boli zhromaždené na bloku 25 (blok smrti), zdravotníčky sa snažili vymieňať ich kartotečné lístky za lístky žien zomrelých v táboře, keďže súhlasiť musel len počet (Schwalbová, 1992).



Obrázok 2 Väzenská nemocnica - revír v ženskej časti tábora

Zdroj: Ševčovičová, 2013

Každodenná práca vo väzenskej nemocnici kládla veľké nároky najmä na psychiku zdravotníckeho personálu (Schwalbová, Hradská, 2001). 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 žien do blokov, kde už selekcia prebehla a podobne (Schwalbová, 2011).

Chorobnosť a úmrtnosť neklesala, v tábore boli prítomné hnačky, sepsy. So škvrnitým týfusom sa pacientky tajne prijímali na revír hlavne popoludní, kedy nebol prítomný SS lekár, ktorý ináč všetky ženy s touto diagnózou posielal do plynu. V roku 1943 narástol počet väzenkýň natoľko, že sa rozloha tábora rozšírila na dvojnásobok a revír na 14 blokov (Schwalbová, 1992). K šíreniu epidémií rôznych chorôb dochádzalo vzhľadom na počet väznených v obmedzenej priestorovej kapacite, nedostatočným hygienickým podmienkam a vplyvom ďalších negatívnych faktorov. Na revíri sa poskytovala väzneným odborná pomoc podľa dostupnosti zdravotníckeho materiálu a medikamentov (často v úplne primitívnych podmienkach) (Ševčovičová, 2017).

Personál väzenskej nemocnice

Medzi ošetroujúcim personálom boli okrem personálu SS aj lekárky, medičky, ošetrovateľky, rehoľné sestry a nevyškolený personál z radov väzenkýň, ktoré sa podieľali na zmierňovaní táborového utrpenia.

Členovia zdravotníckeho personálu 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 zmierňovaní utrpenia a tragédie tých, s ktorými zdieľali spoločný osud (Ševčovičová, 2015). Jednou z nich bola obetavá lekárka v osviečenskom Auschwitzu aj v Birkenau – doktorka Schwalbová, ktorá 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 už 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).

Podobne reagovali aj ďalšie zdravotníčky. Medzi nimi pracovala aj štyridsaťročná mniška Mária Angela Autsch, pôvodom z Vestfálska. V tábore trávila za urážku fűhrera (pozn. Hitlera) a poburovanie už tretí rok, pričom v revíri mala na starosti rozdeľovanie bielizne a jedla (Schwalbová, 2011). Počas svojho pobytu na revíri sa táto malá, útlá žena javila ako nesmierne obetavá nielen k ženám na revíri, ale aj v celom tábore.

Sestra Angela pri pomoci väzenkyniam

V svojich spomienkach sa doktorka Schwalbová vracia do svojho prvého dňa, kedy bola ako jediná Židovka pridelená na revír. V starej dotrhanej ruskej uniforme, s oholenou hlavou a drevákmi na nohách vyvolala v Angele nesmierny súcit (Schwalbová, Hradská, 2001). Večer jej mniška pripravila k posteli hygienické potreby, čistú bielizeň a prišla jej aj všetky gombiky na blůze (Schwalbová, 2011). Pomoc sestry Angely však pokračovala voči doktorke aj naďalej, keď sama ochorela na škvrnitý týfus. Spaľovala ju horůčka a zožierali vši. Trápilo ju neskutočné dusno. Večer, keď potrebovala ísť na „kýbeľ“ (pozn. vedro na revíri, do ktorého väzni vykonávali potrebu), nedokázala sama trafiť do postele. *„Každú noc ma niekto z blůzniacich škrtil, bil alebo polial kávu či vlastným močom. Vedľa mňa, nado mnou, podou mnou umierali, kričali, blůznili, šaleli moje kamarátky. Stovky ľudi umierali denne,*“ (Schwalbová, 2011, s.24). Angela jej zabíjala vši a sediac na podobne zavšivavenej posteli jej krátila čas rozprávaním o svätých a ich zázrakoch, hoci vedela, že doktorka je neveriaca (Schwalbová, 2011). *„Angela prichádzala za mnou každý deň, umývala ma, namiesto vody mi prinášala nejaký odvar, krmila ma, prikladala mi obklady, rozprávala mi o jej viere v Boha a o láske k ľloveku*“ (Schwalbová, Hradská, 2001, s.32). Rovnakú obetavosť však prechovávala aj k iným. Denne zomieralo na revíre niekoľko žien a tak Angela podľa počtu osôb deň predtým pridelené jedlo, rozdeľovala rekonvalescentom a ženám v tábore.

Zásobovala ich aj vodou, ktorú si mohla ako jediná vziať z táborevej kuchyne, čím ale veľa riskovala (Schwalbová, Hradská, 2001). *„Čo robila Angela v tábore pre svojich spoluväzňov, robila úplne prirodzene a samozrejme pomáhala trpiacim. Tisíc ráz ohrozovala sama seba, nespočetne veľa ráz mohla zaplatiť životom, no nikdy ani sekundu nezaváhala*“ (Schwalbová, 2011, s.23). Doktorka Schwalbová ju požiadala o pomoc pre ženy v tábore, ktoré chodili niekoľko týždňov v rovnakej bielizni, bez možnosti si ju vyprať. Aj keď bol vstup do revíru obyčajným väzňom prísne zakázaný, v neďelňu dokázali potajomky previesť na revír niekoľko dievčat. Za pomoci Angely sa mohli umyť v teplej vode a dostali čistú bielizeň (Schwalbová, 2011). Svoju šľachetnosť a odvahu prejavila aj pri záchrane osemnásťročnej slovenskej Židovky Ofgy trpiacej na zápal pľúc. Mniška ju ukryla v sklade na bielizeň, v malom priestore úplne pod strechou. *„Angela jej nosievala jedlo i vodu, ba dokonca, pokúšala sa jej dávať obklady. Robiť to mohla len vtedy, keď bol na revíre čistý vzduch, keď do skladu neprišiel na kontrolu nejaký esesák*“ (Schwalbová, Hradská, 2001, s.33). O poľudštenie krutých táborových podmienok sa pokúsila sestra Angela na Štedrý deň v roku 1942, kedy navarila veľký hrniec vianočnej polievky a pripravila aj stromček. Darčeky a polievku zanesla aj ženám v tábore. V sviatočný večer zazneli v izbe na revíri vianočné piesne takmer všetkých národov Európy (Schwalbová, 2011).

Na začiatku roka 1943 ju preložili do kuchyne SS lazaretu, kde však ostala verná svojim zásadám (Schwalbová, Hradská, 2001). „*Vykrádala sa z lazaretu k pracujúcim kolónam a donášala im jedlo, horúce nápoje, bielizeň, cigarety určené pre SS*“ (Schwalbová, 2011, s.29). Do pôvodného ženského revíru sa dostala už len zriedka. Zdravotníčky však aj tak mimoriadne zasiahla správa o jej tragickom úmrtí. Sestre Angele spôsobila smrteľné zranenie 23. decembra 1944 po nevysvetliteľnom výbuchu skladu munície črepina, ktorá u nej spôsobila srdcovú porážku (Schwalbová, 2011).

Záver

Pôsobenie sestry Angely medzi múrmi väzenskej nemocnice v Osvienčime prinášalo denne zúboženým chorým ženám uľahčovanie krutých táborových podmienok, čo si však vyžadovalo obrovskú dávku odvahy. Ani vystavovanie sa trestu z odhalenia pri zásobovaní pracujúcich kolón v ženskom tábore jej nebránilo v nezištnej pomoci. Doktorka Schwalbová prežila pochod smrti v januári 1945, kedy tábor opustili väzni hnani na pomoc do vojnu zničeného a porazeného Nemecka. Celý zvyšok svojho života však nedokázala zabudnúť na túto výnimočnú ženu, väzenkyňu číslo 512 s večne podávajúcimi rukami. „*Kedykoľvek som začala pochybovať o ľuďoch, spomienka na Angelu, na toho krásneho človeka, mi vrátila moju vieru*“ (Schwalbová, Hradská, 2001, s.34).

Zoznam použitej literatúry

- HRABOVECKÁ, H. 1998. *Ruka s vytetovaným číslom*. Bratislava: Vydavateľstvo PT, 1998. 110 s. ISBN 80-88912-04-0.
- KRAUS, O. - KULKA, E. 1955. *Továrna na smrť*. Praha, Orbis, 1955. s.15.
- KULKA, E. 1966. *Soudcové, žalobci, obhájci*. Praha: Svoboda, 1966. s.70.
- SCHWALBOVÁ, M. 1992. Slovenské židovky v Osvienčime. In *Tragédia slovenských Židov*. Materiály z medzinárodného sympózia Banská Bystrica 25.-27. marca 1992. Banská Bystrica: Ministerstvo kultúry SR a Múzeum Slovenského národného povstania, 1992. s.309-313. ISBN 80-85306-04-2.
- SCHWALBOVÁ, M. 2011. *Vyhasnuté oči*. Bratislava: Marenčin, PT, 2011. s.22-30. 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.32-34. ISBN 80-968662-0-6.
- ŚWIEBOCKA, T. – PINDERSKA-LECH, J. – MENSFELT, J. 2011. *Auschwitz-Birkenau. Dejiny a súčasnosť*. Oświęcim: Państwowe Muzeum Auschwitz-Birkenau, 2011. s.4, s.8. ISBN 978-83-7704-023-2.
- ŠEVČOVIČOVÁ, A. 2013. Fotodokumentácia: koncentračný tábor v Osvienčime – časť Birkenau. Súkromný archív.
- 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. ISBN 978-80-89542-45-1.
- ŠEVČOVIČOVÁ, A. 2015. V tábore smrti prichádzali na svet deti v nefudských podmienkach. In: *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. E-časopis, 2015, číslo 5. s.20-21. ISSN 1339-5920.

ŠEVČOVIČOVÁ, A. 2017. Činnosť zdravotníkov pri záchrane životov v komunite väznených v koncentračných táboroch. In *Zborník III. medzinárodnej vedeckej konferencie „Komunitná starostlivosť v pomáhajúcich profesiách“*. Varšava: Katedra Filozofii, Wydział Psychologii, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie, 2017. s.397. ISBN 978-83-61087-41-0.

Kontakt na autora

PhDr. Andrea Ševčovičová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava – externá doktorandka

Detašované pracovisko bl. Sáry Salkaházi

Kósu Schoppera 22

04801 Rožňava

email: ada.sevcovicova@gmail.com

STRATÉGIE PRE ROZVOJ PREVENČIE, INTEGRÁCIE A PRACOVNEJ TERAPIE PRE RODINY V NÚDZI V OZ MAJÁK NÁDEJE

Strategies for development of prevention, integration for families in needs in maják nádeje

Vancáková S.

Abstrakt

Príspevok uvádza čitateľa do problematiky rodín v núdzi. V súčasnej dobe sa počet týchto rodín stále zväčšuje. Medzi rodiny v núdzi patria najmä osamelé matky s deťmi, ktoré sa nachádzajú v ťažkej životnej situácii a často krát potrebujú pomoc „z vonku“, aby dokázali zabezpečiť fungovanie svojej rodiny. Hlavným cieľom príspevku je poukázať na dôstojnosť človeka v rodine, ktorý sa nachádza v stave núdze a ukázať, že aj v súčasnej dobe je možné pomáhať rodinám konkrétnym spôsobom, a tak pomôcť prekonať alebo zmierniť stav núdze. Práca popisuje činnosť združenia Maják nádeje, cez prevenciu, pracovnú terapiu a následnú integráciu do spoločnosti.

Keľúčové slová: Integrácia. Núdza. Prevencia. Rodina. Rozvoj.

Abstract:

A contribution introduces a reader into the problems of families in need. Nowadays is its number still increasing. Into the group of families in need mainly belong single mothers with children who are in difficult life situation and they often need help from the „outside“ so they could ensure order of family. The main aim of this contribution is to point to dignity of person in family who is in need and to show that even nowadays it's available to help by concrete way and help to overcome or moderate state of need. The work describes activity of corporation Maják nádeje through the prevention, work therapy and integration to the society.

Key words: Integration. Need. Prevention. Family. Development.

Úvod

Rodina v súčasnej dobe sa nachádza v kríze. Kríza rodiny je však prejavom krízy spoločnosti. Zasahuje nielen jednotlivých členov rodiny, ale celú rodinu. Nárast domáceho násillia, nárast závislých členov a prítomnosť patologických prejavov v rodinách spôsobujú, že počet osamelých matiek s deťmi narastá a stále väčší počet týchto matiek hľadá útočllšte v krízových centrách. Môžeme tu hovoriť aj o emocionálnom zlyhaní rodiny, ktoré má podľa odborníkov súvislosť so vznikom deviantného správania detí (kriminalita, závislosť, delikvencia). *Napriek technickému pokroku rozdiel medzi bohatými a chudobnými narastá a mnohé rodiny sa ocitajú v chudobe. Združenie Maják nádeje vzniklo práve kvôli pomoci rodinám – ktoré sa nie vlastnou vinou ocitli v stave núdze. Chce sprevádzať členov týchto rodín a podať im pomocnú ruku v čase, keď nevládzu ísť sami a nemajú dostatok zdrojov na prekonanie ťažkej životnej situácie.*

Maják nádeje a jeho činnosť

Hlavným cieľom združenia Maják nádeje je ochraňovať ľudskú dôstojnosť, zmierňovať a odstraňovať príčiny morálnej a hmotnej biedy rodín v núdzi. Združenie sa zameriava na celé rodiny, ale aj na ich jednotlivých členov. Uvedomuje si dôležitosť rodiny vo svete, a preto jeho cieľom je sprevádzať rodiny v ťažkých situáciách, z ktorých sa nevedia svojou pomocou dostať. Združenie sa snaží odstrániť nielen následky, ale aj príčiny nedostatkov. Pomoc rodinám v núdzi je v OZ Maják nádeje poskytovaná rôznymi spôsobmi:

- terénna sociálna práca,
- základné a špeciálne sociálne poradenstvo,
- finančná a materiálna pomoc,
- zakúpenie konkrétnych materiálnych potrieb pre domácnosti,
- potravinová pomoc,
- zber a distribúcia obuvi, drogerie a školských potrieb,
- formačno-edukačné aktivity pre rodiny, predovšetkým prednášky odborníkov z oblasti finančného hospodárenia a výchovy detí,
- projektová činnosť zameraná na pomoc rodinám,
- tvorivé dielne pre rodiny so zameraním na sociálnu inklúziu a formovanie pracovných návykov,
- uhradenie táborov, kultúrnych podujatí a výchovno-vzdelávacích programov pre deti zo sociálne slabých rodín,
- odborné školenia, formácia členov a dobrovoľníkov združenia,
- vzdelávanie odbornej i širokej verejnosti formou prednášok, workshopov, školení, kurzov a konferencií v oblasti práce s rodinami v núdzi,
- realizácia výskumov,
- publikácia kníh a článkov (Stanovy OZ Maják nádeje).

Konkrétnu a adresnú pomoc sociálne slabým rodinám schvaľuje správna rada. Po vyplnení vstupného dotazníka, ktorý je umiestnený na našej webovej stránke, správna rada urobí výber rodín, zistí naliehavosť situácie a rozhodne o forme konkrétnej pomoci danej rodine. Takisto určí spôsob pomoci a upovedomí rodinu o podmienkach spolupráce. Adresátmi našej pomoci sú sociálne slabé rodiny, viacdetné rodiny v sociálnej a hmotnej núdzi, osamelé matky s deťmi a siroty – predovšetkým z Košíc a jeho okolia.

Integrácia verzus sociálne vylúčenie

Pod pojmom **sociálne vylúčenie** môžeme chápať proces, v ktorom jednotlivcom, ale aj celým skupinám osôb chýba prístup k nevyhnutným zdrojom. Tieto zdroje sú nevyhnutné pre zapojenie sa do ekonomických, sociálnych a politických aktivít spoločnosti. K sociálnemu vylúčeniu prispieva v prvom rade chudoba a nízke príjmy, ale aj zlé životné podmienky a nízke vzdelanie. Sociálne vylúčenie sú odrezaní od inštitúcií a služieb, sociálnych sietí a vzdelávacích príležitostí. Sociálneho vylúčenie sa prejavuje napríklad dlhodobou nezamestnanosťou, závislosťou na sociálnych dávkach, životom v priestorovo vylúčených častiach obcí, nízkou kvalifikáciou, zlým zdravotným stavom, rozpadom rodín, ale aj stratou sebaúcty. Sociálne vylúčenie je nevyhnutné považovať za najzávažnejší faktor chudoby v dnešnej modernej spoločnosti. Trpieť chudobou znamená byť deprimovaný, čo znamená

trpieť fyzické, psychické strádanie. Chudobní trpia nedostatkom fyzického komfortu, často im chýba zdravie, nedostatok úcty, bezpečie, istota. Takto strácajú životný štandard, ktorý má väčšinová časť spoločnosti. Títo ľudia sú potom spoluobčanmi aj spoločnosťou odsudzovaní a odvrhovaní. Spoločnosť sa od nich distancuje. Stávajú sa sociálne vylúčení a ich znovu zaradenie do pracovného a spoločenského života je veľmi ťažké. Ak im chýba vnútorná sila, podpora rodiny, či blízkeho okolia, je to často nemožné. Každý človek má právo na dôstojnosť a na to, aby sa s ním jednalo ako s človekom rovnakých šancí, aké majú iní ľudia. Ani upadnutím do chudoby človek nestráca svoju dôstojnosť. Chudobní však trpia nielen nedostatkom fyzického komfortu, ale často im chýba zdravie, bezpečie, úcta a istota. Dôsledky chudoby sú alarmujúce. Spája sa s nimi siahanie na ľudskú dôstojnosť. Spoločnosť chudobných často odsudzuje, odvrhuje a distancuje sa od nich. Stávajú sa sociálne vylúčenými a je pre nich veľmi ťažké sa znovu zaradiť do pracovného a spoločenského života (Vancáková, S., 2013. s. 118).

Osamelé matky s deťmi a sociálne vylúčenie

Počet osamotených rodičov rastie a stáva sa závažným sociálnym problémom. Najčastejším prípadom je rozvedená žena, ktorá vychováva svoje nezaopatrené deti. Ako hovorí Matoušek, len v 10% rodín stojí na čele muž. Osamelá matka nesie ťažobu každodenných problémov, ktoré prináša rodičovstvo: problémy vo výchove, zdravotné problémy detí, pomoc v štúdiu, každodennú starostlivosť a zvyčajne výrazné zníženie životnej úrovne (Matyjas, B. 2008. s. 224). Osamelá matka sa stretáva často s nezamestnanosťou, následne s problémom ekonomicky zabezpečiť rodinu a so sociálnou izoláciou. (Vancáková, S. 2014. s. 56). Osamelá matka je zodpovedná za všetko, čo sa deje s deťmi, a väčšinu času je v „službe“ (Wallerstein, J. – Blakeslee, 2005. s. 207). Krízová situácia osamelej matky je spôsobená mnohými činiteľmi. Zvyčajne je to kombinácia viacerých objektívnych príčin. Jednou z nich je prostredie, v ktorom osamelé matky prežili detstvo a dospievanie. Časť z nich vyrastala v detskom domove alebo bez rodičov s najbližšími príbuznými. Ďalšie osamelé matky vyrastali síce v úplných, ale patologických rodinách (alkoholizmus otca, násilie v rodine, agresivita). Medzi našimi participantkami sú aj také, ktoré mali rodičov, ale tí o nich nejavili záujem. Absencia pozitívnych rodinných vzorov predznamenalala problémy, ktoré zažívajú v dospelosti. Z rôznych dôvodov partnerské vzťahy osamelých matiek v našom výskume stroskotali – kvôli alkoholizmu partnerov, domácu násiliu, absencii starostlivosti otca o svoje deti. Vyššie spomenuté málo podnetné rodinné prostredie participantiek sa podpísalo pod ich nízku úroveň vzdelania. Iba jedna participantka má ukončené stredoškolské vzdelanie s maturitou, ostatné osamelé matky majú ukončené stredné odborné učilišťa alebo len základné vzdelanie. Táto skutočnosť ich veľmi obmedzuje v možnostiach nájsť si trvalé zamestnanie. Aj keď sa im naskytnú možnosti pracovať, len vo výnimočných prípadoch si dokážu zamestnanie aj udržať. Tri participantky aktuálne pracujú na trvalý pracovný pomer, ostatné nepracujú buď kvôli tomu, že sú na materskej dovolenke, alebo si nedokázali nájsť zamestnanie. Nájdenie zamestnania je však podmienené nielen výškou vzdelania, ale aj životnými podmienkami, v akých sa participantky nachádzajú. Veľkú úlohu tu zohráva fakt, že sú osamelými matkami a nemôžu pracovať vo večerných hodinách kvôli starostlivosti o deti.

Osamelé matky v Majáku nádeje pochádzajú z úplných, aj z neúplných rodín, no niektoré prežili detstvo v detskom domove. Absencia rodiny a jej opory je veľkým deficitom pre každého, kto sa v takejto situácii ocitne. Rodina hrá v našich životoch veľmi dôležitú úlohu. V prípade, ak ju človek nemá, stráca veľmi veľa.

Absencia starostlivosti otca o dieťa

Problémom osamelej matky je, že sa musí naučiť splňať dvojité úlohy – matky aj otca. Musí si zároveň vedieť poradiť s takými pocitmi, ako je pocit opustenia, nešťastia, životnej prehry alebo nenávisti (Matyjas, B. 2008. s. 227). Neprítomnosť otca v rodine, jeho nezáujem o deti a nezodpovednosť voči nim prináša v životoch detí aj osamelých matiek veľké ujmy. Osamelé matky žijú v trvalej neistote z budúcnosti. Z výpovedí participantiek vyplynulo, že otcovia ich detí sú nezodpovední a nezrelí. Je aj skupina otcov, ktorí sú vo výkone testu. Iní zamlčujú svoj pobyt, aby nemuseli platiť výživné.

Násilie v partnerskom vzťahu

V praxi sa stretávame s patologickou stratégiou riešenia záťažových konfliktných situácií. Manželské konflikty často nadobúdajú agresívne prvky. Násilie na ženách sa netýka len nižších sociálnych vrstiev, ale môžeme sa s ním stretnúť kdekoľvek (Vágnerová, M. 1999. s. 350). Násilní muži držia svoje obete v zajatí strachu, úzkosti a neslobody. Ich vyhrážky často zablokujú obeť natoľko, že je absolútne paralyzovaná. Matky v takýchto situáciách nevedia čo ďalej. Často je žena rozhodnutá oznámiť páchanie násilia na políciu, ale muž ju opätovne presvedčí, že sa násilie nebude opakovať. Žena je tak nanovo vtiahnutá do situácie obete a zažíva nové a nové násilie.

Strata bývania

Existujú viaceré dôvody, následkom ktorých osamelé matky stratili strechu nad hlavou. Bolo to napríklad v dôsledku konfliktov v rodine alebo v dôsledku neschopnosti platiť podnájom. Pre osamelé matky je zabezpečenie vlastného bývania veľmi náročné, dokonca v mnohých prípadoch nemožné. Ak nemajú podporu rodiny a žijú len z rodičovského príspevku alebo z dávky v hmotnej núdzi, ich príjem nepostačuje na výdavky spojené s platením podnájmu. V kritických situáciách sa osamelá matka s malými deťmi ocitne doslova na ulici. Zo skúsenosti a praxe s osamelými matkami vieme, že prípadov, keď matka ostala s deťmi na ulici aj viac dní, nie je málo. Je to alarmujúce zistenie v našej spoločnosti (Vancáková, S. 2016. s. 104).

Ekonomické zabezpečenie rodiny, vedenie domácnosti a čas, ktorý venuje starostlivosti o deti je pre osamotenú matku veľkou záťažou. Často krát sa stáva, že nedokáže naplniť potreby svojich detí tak, ako si to predstavuje, a to jej prináša pocity menejcennosti a beznádeje. Neprítomnosť otca má viacero negatívnych dopadov – vzniká zlá ekonomická situácia a chýba vzor mužskej role. Ten môže spôsobiť väčšie výchovné problémy, ako sú bežné v úplných rodinách.

Materiálne problémy majú častejšie osamotené matky v prípade nízkeho sociálneho statusu (a to nielen z dôvodu nižšieho príjmu, ale aj kvôli väčšiemu počtu detí). Kvalitu zabezpečovania každodenných potrieb (strava, bývanie, vzdelávanie, zdravotná

starostlivosť...) priamo ovplyvňuje príjem rodiny. Možnosti detí v týchto rodinách sú obmedzené a to pri realizácii mimoškolského duševného, kultúrneho a športového rozvoja.

Uspokojovanie **základných existenčných potrieb** neúplných rodín (hlavne matiek s deťmi) ohrozuje často krát nedobytnosť výživného. Situácie sú kritické, pretože súdne pojednávania sa ťahajú často krát mesiace, až roky. U osamelých matiek s malými deťmi predstavuje **nezamestnanosť** veľké riziko a to z dôvodu, že prípadná chudoba sa dotkne životnej situácie matky, ale jej detí (detská chudoba). Osamelá matka s malými deťmi je na trhu práce neatraktívna. Práve oni sa ocitajú najčastejšie na úrade práce. Po materskej dovolenke majú osamelé matky často malú, alebo žiadnu prax a zamestnávateľia sa ich odmietajú aj preto, lebo sa starajú o deti bez pomoci druhého rodiča. Z toho dôvodu potrebujú tieto matky okrem finančnej pomoci aj služby, ktoré napomáhajú zvládaniu výchovnej a zabezpečovacej funkcie rodiny, ako aj podmienky pre skĺbenie pracovných a rodinných rolí. Medzi ďalšie ťažkosti osamelej matky patrí aj **sociálna izolácia**. Matka je nútená v rodine zastávať obidve role, a to so sebou prináša obmedzenie jej vlastného voľného času, aj sociálnych kontaktov prevažne len na pracovné a príbuzenské. Na kultúrne, športové kontakty alebo stretnutia s priateľmi jej neostáva čas.

Faktormi sociálneho vylúčenia sú nedostatočné bývanie bez základného vybavenia, nedostatok vzdelania, zlý zdravotný stav, strata sociálnych kontaktov... Práve osamelé matky s deťmi patria k skupinám, ktoré sú sociálnym vylúčením najviac ohrozené. (Matoušek, O. a kol. 2005. s. 46)

Integrácia

V združení Maják nádeje sa nachádzajú rodiny, ktoré zápasia s existenčnými ťažkosťami. Sú to rodiny ktoré poberajú dávky v hmotnej núdzi – no celkový príjem rodiny nestačí pokryť základné potreby ich členov. Najviac trpia deti – nedostatkom financií sú vylúčené zo všetkých aktivít, ktoré sa ponúkajú ich rovesníkom a nielen to. Tieto deti nemajú zabezpečenú stravu (na desiatu im rodičia nemajú z čoho dať a obedy rodina nevládze zaplatiť – výnimku tvoria žiaci základných škôl, ktorým prispieva na obedy štát). Deti z týchto rodín sú frustrované, pretože nemajú školské pomôcky, nemajú doma počítač a nemôžu si pripravovať domáce úlohy – ktoré sú v dnešnej dobe zadávané často na počítači. Často krát sa stáva, že sa nemajú ako dostať do školy, pretože im rodičia nemôžu zaplatiť cestovné. Niektoré rodiny nechávajú deti doma, iné pošlú deti cestovať „na čierno“. Deti svoje talenty nemôžu rozvíjať v krúžkoch a ostávajú za svojimi spolužiakmi v úzadí. Práve týmto deťom chce OZ Maják nádeje poskytnúť svoju pomocnú ruku.

V Majáku sa snažíme poskytnúť hlavne morálnu podporu a pomoc rodinám v núdzi, vytvoriť rodinám nové sociálne kontakty a rozšíriť možnosti ich využitia sociálnych zdrojov. Rodiny, ktoré žijú v hmotnej núdzi sú často krát vylúčené z možnosti sociálneho kontaktu. Začlenenie chudobných do širších spoločenských vzťahov, dáva chudobným väčšiu príležitosť aj motiváciu k zlepšeniu svojej nežiadúcej situácie ako opačný stav, keď sú od spoločnosti odtrhnutí (Darnaudet, T. 2010. s. 134).

Integrácia v Majáku nádeje

Rodiny v núdzi majú za sebou často dlhé roky bolestí, neistoty, osamelosti a negatívnych zážitkov v rôznych oblastiach života. Ich integrácia do spoločnosti je často namáhavá a najmä

vyžaduje dlhý čas a ich spoluprácu. Rodičom, alebo mladým dospelým z týchto rodín ponúkame brigády, alebo pracovné miesta, ak nám ich ponúknu podnikatelia. Mamičky, ktoré nemajú ukončené stredoškolské vzdelanie, motivujeme k dokončeniu školy. Preplácame im školné, alebo opatrovateľské kurzy. Vďaka ukončeniu tohto kurzu si jedna mamička s deťmi našla prácu v Čechách a tak sa postavila na vlastné nohy. Preplatili sme aj autoškolu mladému mužovi, ktorý mal sľúbenú prácu pod podmienkou, že bude mať vodičský preukaz. Takisto sme zaplatili zväračské kurzy pre mužov, ktorí sa následne zamestnali.

Deti z týchto rodín sa snažíme integrovať do spoločnosti zabezpečením základných pomôcok do školy, pretože kvôli zlej finančnej situácii sú často vylúčené z kolektívu a nemôžu si plniť základné školské povinnosti. Patrí tu napríklad zabezpečenie počítačov, ktoré sú potrebné na vypracovanie denno-denných projektov v rámci domácich úloh. Takisto preplatenie školských výletov, lyžiarskeho zájazdu, dokonca maturitného večierku, pomáha deťom k integrácii do kolektívu.

V podmienkach neustáleho napätia, nedostatku a dlhov rodina nemôže ani pomyslieť na to, aby sa deti formovali v športových alebo umeleckých krúžkoch. Práve tu sa snaží pomáhať OZ Maják nádeje, aby deti z týchto chudobných rodín napriek chudobe mohli svoje talenty rozvíjať, aby sa mohli zapájať medzi rovesníkov a neboli vyčlenení zo spoločnosti. Členovia občianskeho združenia motivujú tieto deti k voľno časovým aktivitám a preplácajú tieto krúžky. Majú radosť ak vidia, že deti z rodín v núdzi, ktoré doteraz svoje talenty nemohli rozvíjať v žiadnych krúžkoch majú možnosť sa začleniť medzi rovesníkov. Preplácame napr. modernú gymnastiku pre dievča základnej školy, ktoré má veľký talent. Takisto tanečnú, futbal pre iné deti. Rodičov, ktorí nemohli dávať deti na krúžky podporujeme a motivujeme k tomu, aby objavovali talenty svojich detí a začali ich aj rozvíjať. (Vancáková, S. 2015. s. 53)

Pracovná terapia

V súčasnej dobe vplýva na rodinu mnoho negatívnych faktorov. Práca s týmito rodinami je ťažká, náročná, spája sa niekedy aj so sklamaním a neúspechom. Niekedy je ťažké čo i len počúvať životné príbehy týchto rodín. Na druhej strane – ak sa nám podarí pomôcť týmto ľuďom a roznieť v ich srdciach nádej na aspoň maličkú zmenu v ich životoch, je to odmena, ktorá členov združenia motivuje a naplňa veľkou radosťou.

Rodiny, v ktorých členovia združenia robia terénnu prácu sú otvorené a vybudovaný vzťah dôvery napomáha rastu týchto rodín. Vzťahy s rodičmi (pováčšine matkami) a deťmi v týchto rodinách sú neformálne a srdečné. Deti sú prítomné pri rozhovoroch a hovoria o tom čím aktuálne žijú. Aj tí, ktorí boli spočiatku utiahnutí, hanbliví a neistí, sa po čase otvárajú a začínajú komunikovať. Na takýchto vzťahoch vzájomnej dôvery sa dá začať budovať. Nové sociálne kontakty, nové príležitosti, brigády pre deti, ich postupné zapájanie do športových a kultúrnych aktivít.

V organizácii môžeme budovať vzťahy tým, že rodinám poskytneme podporné systémy: budeme sa o nich zaujímať, motivovať ich k úspechu, ponúkne im životné vzory. Podporné systémy nie sú nič iné ako naša sociálna sieť vzťahov. Ak sa nám podarí zlepšiť život aspoň niektorej rodine, alebo jej jednotlivým členom, bude to v budúcnosti obrovský pokrok oproti súčasnej situácii, v ktorej sa rodina nachádza. Keď sa potom tieto rodiny obzrú späť, budú si pamätať predovšetkým na ľudí, s ktorými sa zbližili. Je veľmi dôležité, aby prvou kontaktnou

osobou voči našim klientom (v našom prípade voči rodinám v núdzi) bol niekto, kto má najlepšie predpoklady nadväzovať osobné vzťahy (Payne, R. 2010. s. 152).V Majáku nádeje sa snažíme pracovnú terapiu realizovať obnovením pracovných návykov pre rodiny v núdzi (najmä osamelé matky) a tiež získavaním nových pracovných zručností, ako aj rozširovaním vedomostí z rôznych oblastí. Pomoc pre rodiny v núdzi je u nás podmienená ich aktívnou účasťou na tvorivých dielňach (1x v týždni) a aktívnou účasťou na formálnych stretnutiach rodín (1x v mesiaci). Vidíme ovocie týchto stretnutí, aj ovocie tvorivých dielní. Ženy a osamelé matky sa menia, začínajú si veriť, sú odvážnejšie a najmä sa necítia „degradované“ dávaním a závislosťou od iných, pretože vedia, že nielen dostávajú, ale aj dávajú.

Cieľom tvorivých dielní je:

- vzájomná výmena skúseností,
- rozšírenie kontaktov,
- rozšírenie zručností,
- zvýšenie sebaistoty.

Prínosy pracovnej terapie pre osamelé matky

Tvorivé dielne prebiehajú v pravidelných týždenných intervaloch vo viacerých skupinách v počte 6-10 pod vedením dobrovoľníkov. Výsledným produktom tvorivých dielní sú výrobky, ktoré sú následne ponúkané za dobrovoľný príspevok. Výťažok z predaja smeruje do rodín vo forme stravných lístkov, preplácania liekov, nájomného, atď. Výška pomoci sa odvíja aj od aktívnej a pravidelnej účasti na pracovnej terapii – na tvorivých dielňach.

Spočiatku sa robili výrobky z rôznych materiálov rôznymi technikami, neskôr sme ešte získali prostriedky z projektov na zakúpenie šijacích strojov, na ktorých sa učia šiť na spoločných stretnutiach, pre niektoré sme zakúpili stroje aj na doma, aby sa zdokonaľovali v šití. Nie všetky ženy však môžu byť na týchto dielňach prítomné (majú malé deti, pracujú, majú ťažko zdravotne postihnuté deti, alebo samé sú vážne choré). Tieto mamičky vyrábajú výrobky doma. Sú však ochudobnené o aktívne spoločenstvo.

Sociálne odkázané rodiny potrebujú okrem materiálnej pomoci aj prijatie a ľudský prístup. Láskavý prístup, osobná účasť na potrebách každého jednotlivca, vytvorenie vzťahu dôvery a jedinečnosti, je zárukou vytvorenia spoločenstva ľudí, pre ktorých sa stretnutia stávajú niečím výnimočným, a v radostnom očakávaní naň prichádzajú. Stretnutia prebiehajú v družnej atmosfére. Na začiatku v krátkej modlitbe ďakujeme za seba navzájom, prosíme o pomoc a požehnanie. Káva alebo čaj sa stali spostením a utužujúcim prvkom.

V každej skupine sú členovia viac, či menej zruční, s lepšou aj slabšou motorikou. Na základe vlastných schopností je im pridelená činnosť tak, aby sa každý člen cítil rovnako potrebný. Každá dielňa je dôležitá pre konečný výsledok. Každá pochvala, povzbudenie, milé slovo, je motivujúcim prvkom v ďalšom napredovaní a získavaní pocitu účasti na spoločnom diele, pocitu dôležitosti a užitočnosti. Kvalitu práce si vzájomne kontrolujú... Dôležitá je pochvala, ale aj upozornenie na nekvalitu, chybovosť. To si vyžaduje cit a osobitý prístup. Dôležité je viesť ich k aktivite, samostatnosti, nechať im priestor na vlastné nápady. Každý dobrý nápad vzbudzuje v nich pocit výnimočnosti .

Snažíme sa vytvoriť prostredie, v ktorom sa cítia dobre a bezpečne. Prostredie, v ktorom majú priestor na sebaopoznávanie, objavovanie svojich schopností, priestor na sebarealizáciu.

Väčšina z nich nesie v sebe veľa bolesti, duševných i telesných zranení. Matky sú uzatvorené do seba, sú málo komunikatívne, ustrašené. Na začiatku našich stretnutí to bolo strohé, napäté, až postupom času sa začala budovať dôvera, padali zábrany, začali sa budovať vzťahy. Tým, že mnohé prešli podobnými životnými skúškami, vedia sa vzájomne pochopiť, povzbudiť, cítiť, že v svojom trápení nie sú osamelé. Za veľký úspech považujeme skutočnosť, že žena, ktorá k nám prišla, dlho bola uzavretá, ustráchaná, mlčanlivá, smutná, ťažko čitateľná, sa po niekoľkých stretnutiach otvorila a rozhovorila a neskôr k tomu pribudol srdečný smiech...

Za obrovský prínos považujeme skutočnosť, že pracovná terapia je pre osamelé matky relaxom, miestom oddychu, miestom, kde aspoň na krátku dobu zabudnú na každodenný tvrdý boj o holú existenciu.

Aby pohľad na prínosy nebol len jednostranný, oslovili sme niektoré mamičky otázkou, čím sú pre ne tvorivé dielne, čo im prinášajú. Tu sú vyjadrenia piatich žien:

1., *Veľmi som si to tu obľúbila, je to moja rodina, našla som si tu druhú rodinu, chýba mi, keď sa náhodou niekedy nekonajú, prajem si, aby sme sa pozdvihli, riešili problémy, voláme si navzájom, citím, že nie som sama, učím sa nové veci*“.

2., *Teším sa na stretnutie s milými ľuďmi, na pohodu a relax, mám dobrý pocit, že výrobky sa páčia, pociťujem radosť na tele i na duši, zabudnem na starosti a neplačem, ďakujem všetkým ľuďom, ktorí nám pomáhajú...*“

3., *Potrebujem pomoc, preto sem chodím, napriek tomu sem chodím rada, problém je v tom, že som slobodná matka a všetko musím zvládať sama, poznám tu ľudí s podobným osudom...*“

4., *Cítim sa tu dobre, zabúdam na svoje starosti, problémy, teším sa na kolektív, to, čo sa tu naučím, využívam aj doma, rada sa učím nové veci*“.

5., *Spoznávam nových ľudí, máme na seba kontakty, pomáhame si navzájom, podelíme sa, rada pomôžem keď je to v mojich silách, nie je to len povinnosť*“.

Na základe pozorovania, praktických skúseností z tvorivých dielní, ako aj z pohľadu osamelých matiek, môžeme povedať, že prínos pracovnej terapie je veľmi veľký a pozitívne zasahuje rôzne oblasti života týchto mamičiek:

- materiálny, finančný,
- získavanie a rozvíjanie zručnosti,
- pestovanie kladného vzťahu k práci,
- rozvoj pracovnej disciplíny,
- pestovanie zodpovednosti za zverené úlohy,
- pocit z dobre vykonanej práce, radosť z výsledku,
- uzatváranie nových vzťahov,
- prekonávanie sociálnych bariér, odbúravanie strachu,
- radosť zo spoločenstva,
- budovanie sebadôvery,
- pestovanie sebaúcty,
- rozdávanie radosti iným, cez ručné výrobky,
- zmysluplné využitie času,
- oddych a relax (Vancáková, V. 2015. s. 216)

Prevenencia (lepšie predchádzať, ako hasiť)

Termín „prevencia“ označuje činnosti, ktorých cieľom je zabrániť vzniku patologických prejavov v spoločnosti. V pozitívnom zmysle tento termín označuje činnosti zamerané na minimalizovanie antisociálnych problémov jednotlivcov, rodín a skupín.

Skúsenosti z praxe nám ukazujú na dôležitosť podpory rodín a prevencie sociálnopatologických javov. Táto podpora je dôležitá zo strany širšej rodiny a priateľov, ale dôraz sa kladie aj na intenzívnu pomoc a podporu sociálnych pracovníkov a inštitúcií, ktoré sa venujú rodinám. Prevencia sociálnopatologických javov sa v odbornej literatúre označuje aj termínom *prevencia sociálneho zlyhania*. Sociálne zlyhanie môže mať podobu závislostí, kriminality, nezamestnanosti, bezdomovectva, samovražedného správania, nedokončenia základného vzdelania, tehotenstva pred dovŕšením dospelosti a pod. Prevencia sociálneho zlyhania sa môže byť:

- **primárna prevencia** (všeobecná, nešpecifická, zameraná na všetkých ľudí),
- **sekundárna prevencia** (zameraná na skupiny so zvýšeným rizikom sociálneho zlyhania),
- **terciárna prevencia** (zameraná na osoby, kde sa riziko už manifestovalo: trestný čin, závislosť).

Účinná nešpecifická prevencia musí zahŕňať celý životný štýl. Z toho dôvodu v Majáku nádeje realizujeme preventívne programy zamerané na správnu komunikáciu, riešenie konfliktov, odpustenie, výchovu detí a pod.

Účinná špecifická prevencia spočíva na redukcii rizík, alebo na posilnení kontroly. Preventívne programy môžu reagovať na problém (problém s dlhmi), ale zároveň pripravovať klienta na podobné rizika v budúcnosti – posilňovanie finančnej gramotnosti, plánovanie budúcnosti, oblasť exekúcií a pod. (Vancáková, S., 2015. s. 43).

Našu pozornosť upriamujeme aj na prevenciu negatívneho a patologického správania sa členov rodín, s ktorými sme v priamom kontakte. Deťom zo sociálne slabých rodín pomáhame zmysluplne a kreatívne využiť voľný čas. Prevenciu v Majáku nádeje realizujeme viacerými spôsobmi a v rôznych oblastiach. Sú to napríklad pravidelné aktivity pre deti, aj pre ich rodičov (väčšinou osamelé matky):

- *formačno-edukačné aktivity pre rodiny*
- (prednášky z oblasti finančného hospodárenia, výchovy detí, budovania vzťahov
- v rodine, rebríčku hodnôt, budovania sebavedomia...)
- *tvorivé dielne pre mamičky*
- (zamerané na výrobu rôznych výrobkov: šperky, náramky, ružence, mydlá, sviečky, šitie obrusov, levanduľových srdiečok, záster, kuchynských rukavíc, vankúšov, posteľných prikrývok...)
- *tábory pre deti, víkendovky pre mladých,*
- *kultúrne podujatia* pre rodičov a deti(bábkové a Štátne divadlo, múzeá, jaskyne, hrady, kino, ZOO, Botanická záhrada)
- *športové aktivity a podujatia*(hipoterapia, plávanie, preplácanie športových krúžkov, celodenné výlety do prírody...).

Ako príklad z praxe prinášame dve kazuistiky rodín núdza, ktoré sprevádzame a poskytujeme im potrebnú pomoc, aby sa mohli zaradiť do spoločnosti a stať sa sebestačnými.

Kazuistika 1

Rodinná anamnéza:

Klientka má 5 detí. Je osamelá matka. Jej partner a otec detí je alkoholik, klientku psychicky týral. Aktuálne je vo väzení a má už súdom nariadený zákaz styku s deťmi. Klientka už nechce, aby sa k nej vrátil. Požiadala aj o zmenu priezviska najstaršej dcéry a syna na svoje.

Sociálna anamnéza:

Klientka žije s 3 maloletými deťmi (7 rokov, 4 roky, 10 mesiacov) v podnájme v 2-izbovom byte (400,- € mesačne). Klientka má ešte 2 staršie deti (12, 15 rokov), ktoré jej odňali do pestúnskej starostlivosti. Spočiatku sa s nimi stretávala, no potom sa deťom zapáčilo tam a domov sa už nechceli vracieť. Klientka nemohla časovo ani finančne po deti chodiť do vzdialeného mesta a brať ich na víkendy domov (má dovolené každý druhý víkend ich mať u seba). Deti už nevidela niekoľko rokov. Nie je s nimi v žiadnom kontakte. Platí na nich výživné.

Klientka poberá rodičovský príspevok a príspevky na deti (270,- €). Tiež výživné na deti (27,- €/dieťa). Je doma s najmladšou dcérou. Klientka je vyučená krajčírka. V rámci dielni z Majáku šije tašky doma, čím jej Maják finančne pomáha zaplatiť podnájom.

Kazuistika 2

Rodinná anamnéza: Klientka má tri deti. V krízovom centre býva s dvomi dcérami. Je rozvedená. Hlavným dôvodom rozpadu manželstva boli psychické a fyzické týranie zo strany manžela.

Zdravotná anamnéza: Osamelá matka následkom dlhodobého stresu a spoločného života s agresívnym manželom má trvalé psychické poruchy, na ktoré sa musí liečiť. Dostala aj cukrovku. Najstaršia dcéra je takisto pod dohľadom psychológa – má sociálnu fóbiu. Psychický stav dcéry sa po kontakte s otcom stále zhorší. Psychologička následkom toho neodporúča kontakt otca s dcérou.

Sociálna anamnéza: Matka býva dva roky v krízovom centre so svojimi dvomi dcérami. Nemá zabezpečené súkromie, keďže v byte sú umiestnené v dvoch izbách dve rodiny. Kuchyňa a sociálne zariadenie sú spoločné. Osamelá matka následkom svojho aj dcérinho zlého zdravotného stavu nemôže pracovať na plný úväzok. Finančná situácia rodiny je nežiadúca. Otec neplatí výživné na deti 10 rokov. Klientka sa o pomoc v krízovej situácii obrátila na organizáciu FENESTRA (pomoc pri týraní a hľadaní utajeného ubytovania), OZ Maják nádeje (poradenstvo, zapojenie sa do tvorivých dielní, finančná pomoc), Centrum právnej pomoci (pomoc pri vymáhaní výživného) a nadáciu J&T (finančná pomoc).

Záver

Rodina v hmotnej núdzi žije úplne ináč ako rodina, ktorá nemá finančné problémy. Všetko sa prepočítava na zabezpečenie základných potrieb. Ak rodinu tvorí iba osamelá matka s nezaopatrenými deťmi a navyše bez pomoci širšej rodiny, situácia sa stáva kritickou.

Všetci potrebujeme hľadať spôsoby, ako by sme mohli chudobným – a teda aj osamelým matkám čo najúčinnejšie pomôcť (Knapík, J. 2015. s. 196). Osamelé matky, ktoré sa nachádzajú v krízových situáciách, sú totiž často odkázané na pomoc iných, pretože ich vnútorné zdroje nestačia na vyriešenie tak zložitých problémov, ako je domáce týranie, absencia sociálnych kontaktov, nezamestnanosť, finančné a zdravotné problémy a následne sociálne vylúčenie.

Benedikt XVI. v posolstve k Svetovému dňu pokoja povedal: „Boj proti chudobe potrebuje mužov a ženy, ktorí sú schopní hlboko prežívať medziľudské vzťahy a sprevádzať jednotlivé osoby a rodiny na ich ťažkej ceste.“

Členovia združenia Maják nádeje sa snažia zmierňovať chudobu rodín a ich členov, aby nebola v nich taká forma chudoby, že niekto nebude mať prístup k prostriedkom potrebným na dôstojný život“ (DCE 20). Snažia sa pomôcť rodinám urobiť aspoň malé kroky, ktorých sú schopné, aby sa ich situácia zlepšila. Z toho dôvodu je prevencia, sociálna rehabilitácia a integrácia do spoločnosti, nevyhnutnou podmienkou k zachovaniu dôstojnosti a seba prijatia rodín v núdzi.

Zoznam použitej literatúry

- Benedikt XVI. 2006. Deus caritas est. Trnava: SSV. 2006. 64 s. ISBN 80-7162-594-9.
- Benedikt XVI. Posolstvo Svätého Otca Benedikta XVI. k Svetovému dňu pokoja. (1.1.2009)
- DARNAUDET, T. 2010. Chudoba a korupcia rodín v sociálnej a hmotnej núdzi. In Chudoba – poverty. Bratislava: Magna Deti v núdzi. 2010. 432 s. ISBN 978-80-97036-4-8.
- KNAPÍK, J. 2015. Výchova k solidarite a aktívnej charitatívnej pomoci núdnym. In Človek na periférii spoločnosti. Košice: Equilibria. ISBN 978-80-561-0285-5, s. 195–212.
- MATOUŠEK, O. 2013. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál. 576 s. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MATYJAS, B. 2008. Dzieciństwo w kryzysie. Etiologia zjawiska. Warszawa: ZAK. 440 s. ISBN 978-83-89501-84-4.
- PAYNE, R. Mosty z chudoby. Stratégie pre profesionálov a komunity. Košice : Equilibria s.r.o. 2010. 293 s. ISBN 978-80-89284-53-5.
- VÁGNEROVÁ, M. 1999. Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál. 448 s.
- VANČÁKOVÁ, S. 2014. Rodiny v núdzi. Czestochowa: Wydawnictwo „Eduktor“. 124 s. ISBN 978-83-7542-108-8.
- VANČÁKOVÁ, S. 2015. Aktivita Cirkvi zamerané na pomoc rodinám. Košice: Equilibria. 112 s. ISBN 978-80-561-0277-0
- VANČÁKOVÁ, V. 2015. Prínos pracovnej terapie pre osamelé matky. In Človek na periférii spoločnosti. Košice: Equilibria. 2015. ISBN 978-80-561-0285-5, s. 201-220.
- VANČÁKOVÁ, S. 2013. OZ Maják nádeje a konkrétna pomoc rodinám v hmotnej a sociálnej núdzi. In Lidská práva v proměnách času - „Chudoba a sociální vyloučení“. České Budějovice : 2013. ISBN 978-80-7394-422-3. s. 114-121.

VANCÁKOVÁ, S. 2016. Osamelé matky v krízových centrách. In Lidská práva v proměnách času. České Budějovice: 2016. ISBN 978-80-7394-583-1. s. 101-108.

WALLERSTEIN, J. - BLAKESLEE, S. 2005. Rozvod, a co z dětmi? Jak uchránit vlastní děti před negativními skutky rozvodu. Poznaň : Zysk i S-ka. 380 s.

Kontakt na autora

Soňa Vancáková, PaedDr., Mgr., PhD.

email: sonavancakova@gmail.com

CHOROBA A UZDRAVENIE V BIBLIÍ

Disease and healing in the Bible

Vansač P.

Abstrakt

V príspevku predstavíme jednotlivé choroby, s ktorými sa stretávame v Biblii. Budeme sa zaoberať súvislosťou medzi chorobou a hriechom. Pokúsime sa dať odpoveď na otázku, prečo choroba postihuje aj spravodlivých. Priblížime pohľad Ježiša na chorobu a na jeho súcit s chorými, ktorý vyúsťuje v uzdravenie. Uzdravenie v Biblii budeme analyzovať z pohľadu jednoduchých liekov, ktoré poznali ľudia v biblických časoch a Božích zásahov prostredníctvom anjelov, prorokov a kňazov. Poukážeme na magické praktiky súvisiace s uzdraveniami, ktoré Biblia zakazuje. Osobitne sa budeme zaoberať uzdraveniami, ktoré vykonal Ježiš za svojho pozemského účinkovania s akcentom na telesné a duchovné uzdravenie.

KLúčové slová: Biblia. Choroba. Ježiš. Trpiaci človek. Uzdravenie.

Abstract

In this contribution we present the individual diseases we encounter in the Bible. We will deal with the connection between disease and sin. We will try to give an answer to the question why the disease affects even the righteous. We approach Jesus' view of the disease and his compassion with the sick, which results in healing. We will analyze the healing in the Bible from the point of view of simple cure that people have known in biblical times and God's interventions through angels, prophets and priests. We will point out the magical practices associated with the healings which the Bible forbids. In particular, we will deal with the healings that Jesus did during his earthly effect, with an emphasis on physical and spiritual healing.

Key words: The Bible. Illness. Jesus. A man suffering. Recovery.

Úvod

Biblický človek nosil v sebe hlboké presvedčenie, že choroba je trestom za hriech. Je to zrejme z otázky, ktorú položili apoštoli Ježišovi, keď stretli človeka, ktorý bol od narodenia slepý. Ich otázka znela: „*Rabbi, kto zhrešil – on, alebo jeho rodičia – že sa narodil slepý?*“ (Jn 9, 2). Ježiš im odpovedal: „*Nezhrešil ani on, ani jeho rodičia, ale majú sa na ňom zjaviť Božie skutky.*“ (Jn 9, 3). Touto odpoveďou Ježiš zbúral mýtus o príčine choroby. Podľa Ježišovej odpovede majú sa na chorom prejavovať Božie skutky, to znamená sila a moc živého Boha. Biblia úplne zavrhuje akékoľvek magické praktiky a rituály a to aj také, ktoré by spôsobili telesné uzdravenie.

Choroby v Biblii

Na Východe sa pozerali na chorobu ako na pohromu, vyvolanú škodlivými duchmi, alebo ktorú poslali urazení bohovia nejakým kultovým previnením. Biblia zdôrazňuje, že choroba vošla do sveta ako dôsledok hriechu. Je otázne, či každá choroba má za príčinu osobné hriechy toho, ktorý je ňou postihnutý. (Léon-Dufour, Duplacy a kol. 1990, s. 349 - 350).

V tretej knihe Mojžišovej nachádzame rôzne kožné a vonkajšie choroby ako sú opuchlina, lišaj alebo škvrna, ktorá predpokladá malomocenstvo. (Porov. Lv 13, 2). Príznaky malomocenstva sú vyrážka na koži, jamky v koži a obelenie vlasov na tých miestach, ktoré sú zasiahnuté malomocenstvom. Malomocenstvo začína malými škvrnami, ktoré sa rýchlo šíria po celom tele. Vypadávajú vlasy, obočie, brada aj zuby. Údy napuchnú a pomaly hñijú. Nemoc nie je bolestivá, spôsobuje však malátnosť a slabosť tela, ale aj duše (Poznámka k Lv 13, 1-8).

Biblia uvádza predovšetkým tieto choroby:

1. Malomocenstvo, ktoré môže byť:

- vredovité (elefantiazis) - podľa knihy Exodus toto malomocenstvo sa prejavuje vredmi a pľuzgiermi (Porov. Ex 9, 9).
- malomocenstvo biele - podľa knihy Levitikus sa prejavuje toto malomocenstvo vyrážkou na koži, na ktorej oboleli chlpy a samotná vyrážka je vrytá hlbšie ako okolitá pokožka (Lv 13, 2 – 3).

2. Pohlavné choroby uvedené v knihe Levitikus nie sú iba nákazlivé choroby ako kvapavka, ale aj jednoduchý výron semena u muža a menštruácia u ženy. Lebo všetko, čo je spojené s plodnosťou, má tajomný a posvätný charakter (Poznámka k Lv 15, 1 *Sväté Písmo Jeruzalemská Biblia*, s. 204).

3. Choroby somatického charakteru - horúčka, zimnica, suchoty, vredy, pľuzgiere, svrab, slepota. Tieto choroby uvádza kniha Deuteronomium v súvislosti s kľatbou voči nevernému Božiemu ľudu (Porov. Dt 28, 15 – 30).

4. Choroby duševného charakteru – šialenstvo, pomátenosť mysle (Porov. Dt 28, 28).

5. Ochrmutie - v Novom zákone máme opísané ochrmutie a jedná sa o stotníkovho sluhu (Porov. Mt 8, 6), chorého, ktorý ležal v Jeruzaleme pri Betesdskom rybníku 38 rokov (Porov. Jn 5, 1 – 18) a ochrnutého, ktorého nosiči priniesli pred Ježiša (Porov. Mt 9, 1 – 8).

6. Osobitnú pozornosť si zaslúži posadnutosť. Biblia dáva niektoré príklady ľudí, ktorí boli posadnutí alebo pod vplyvom démona. Starý zákon uvádza kráľa Šaula, ktorý keď sa vzbúrili proti Jahvem, „*Jahveho duch odstúpil od Šaula a prepadol ho zlý duch*“ (1Sam 16, 14), ktorý spôsobil u neho viditeľné príznaky depresie a zúrivú nenávisť, ktorá vyústila do jeho pokusu kopijou prebodnúť Dávida. (1 Sam 18, 10 – 11; 19, 9 – 10).

V Novom zákone posadnutosť démonmi spôsobuje:

- neschopnosť hovoriť – „*priviedli mu nemého človeka, posadnutého zlým duchom. On zlého ducha vyhnal a nemý prehovoril*“ (Mt 32 – 33),
- epileptické symptómy – otec námesačného syna padol pred Ježišom na kolena a hovoril: „*Pane zmiluj sa nad mojim synom, je námesačný a veľmi trpí*“ (Mt 17 15),
- slepotu – „*Vtedy k nemu priviedli posadnutého zlým duchom, ktorý bol slepý a nemý*“ (Mt 12, 22),
- nadprirodzenú silu – posadnutý v Geraze – „*často ho sputnali okovami a reťazami, ale on reťaze roztrhal a okovy rozlámal*“ (Mk 5, 4). Posadnutý z Gerazy bol posadnutý mnohými démonmi, mal nadprirodzenú silu, chodil nahý a žil v hrobch.
- aby osoba konala zlo, Judáš je hlavným príkladom (Porov. Lk 22, 3).

Teda podľa Biblie existuje veľký počet možných symptómov démonickej posadnutosti, ako fyzická bolesť, ktorá sa nedá pripísať nejakému ozajstnému fyzickému problému, zmeny

osobnosti, ako je depresia alebo necharakteristická agresia, nadprirodzená sila, ignorovanie skromnosti alebo „normálnych“ spoločenských vzťahov, možno schopnosť poznania informácií, ktoré nemohla osoba zistiť prirodzeným spôsobom.

Súvislosť medzi chorobou a hriechom

Choroba sa často dostáva do súvislosti s hriechom ako dôsledok vzbury proti Bohu alebo závažného porušenia zákona či predpisu. Tak sa náhle objavilo malomocenstvo u Mojžišovej sestry Márie, pretože Mária a Áron hovorili zle o Mojžišovi preto, že sa oženil s kušitskou ženou. Avšak na Mojžišovu prosbu bola po siedmich dňoch očistená (Porov. Nm 12, 1-15). Podobne sa stalo po vylicení malomocného Námana, keď po vykúpaní sa vo vodách Jordánu ochorel na malomocenstvo Elizeov sluha Giezi, pretože bežal za Námanom po odmenu, hoci prorok mu to výslovne zakázal (Porov. 2 Kr 5, 1-27).

Najhlbšie teologické výpovede o utrpení môžeme nájsť v biblickom príbehu o Jóbovi. Kniha Jób rieši záhadnú otázku, prečo trpí spravodlivý človek a ako sa voči dobrému a svätému Bohu má správať človek postihnutý telesným alebo duševným utrpením. Táto téma sa v knihe rozoberá umeleckým spôsobom vo forme dialógov medzi trpiacim Jóбом a jeho tromi priateľmi o záhode utrpenia, ktoré Jóba postihlo. Podľa názoru starého semitského sveta, ktorého predstaviteľmi sú Jóbovi priatelia, utrpenie a nešťastie sú vždy trestom za hriechy. Proti tomuto vtedajšiemu všeobecnému presvedčeniu sa Jób vzpiera a vyhlasuje, že nie je hriešny, takže jeho nešťastie nemožno vysvetľovať na základe tézy, že utrpenie je trestom za hriechy. Jób koná na základe vlastnej skúsenosti. Uvedomuje si totiž, že si nezaslúžil taký trest, ba vyznáva, že vo svojom živote konal dobro. Konečne aj sám Boh vyčítal jeho priateľom ich obvinenia a vyhlasuje, že Jób nie je vinný. Jeho utrpenie je utrpením nevinného. A pápež Ján Pavol II. zdôrazňuje, že: *„treba ho prijať ako tajomstvo, ktoré človek svojim rozumom nevie pochopiť do hĺbky. Ak Boh súhlasil pokúšať Jóba utrpením, tak preto, aby sa dokázala jeho spravodlivosť. Utrpenie má charakter skúšky.“*

Podobne to bolo aj u Tobiaša, ktorý oslepol (porov. Tob 2, 10). Aj u Tobiaša choroba mala charakter skúšky a vernosti Bohu (Léon-Dufour, Duplacy a kol. 1990, s. 351).

V Starom zákone už badať premyslenú snahu prekonať mienku, že utrpenie je výlučne trestom za hriech, nakoľko súčasne Starý zákon podčiarkuje výchovnú hodnotu utrpenia. Takto sa v utrpeniach, ktoré Boh posielal Vyvolenému národu, skrýva výzva Božieho milosrdenstva, ktoré vedie národ k obráteniu. Utrpenie má viesť k obráteniu, teda k znovuzrodeniu dobra v človekovi (Ján Pavol II. 1998, čl. 12).

Pohľad Ježiša na chorobu

Ježiš stretáva chorých na svojich cestách počas svojej verejnej činnosti. Evanjelista Marek uvádza, že keď Ježiš prišiel do Genezaretského kraja, prichádzali k nemu ľudia a „na nosidlách začali znášať chorých na miesto kde bol, ako počuli. A všade kdekoľvek prišiel do dediny, mesta či osady, kládli na ulice chorých a prosili ho, aby sa smeli dotknúť aspoň obruby jeho pláštá. A všetci, čo sa ho dotkli, ozdraveli.“ (Mk 6, 54-56).

Ježiš nevysvetľuje chorobu vo veľmi zúženej perspektíve odplaty ale v chorobe vidí zlo, ktorým trpia ľudia, následok hriechu človeka a znak moci Satana na ľuďmi ako to povedal o zhrbenej žene, ktorú uzdravil v sobotu v synagóge. „A túto Abrahámovu dcéru, ktorú satan držal osemnásť rokov spútanú, nebolo treba vyslobodiť z tohto puta hoci aj v sobotu?“ (Lk 13,

16). Ježiš má súcit s chorobou (Porov. Mt 20, 34) a tento súcit vyžaduje čin. Nezdržoval sa tým, aby rozlišoval, čo je prirodzená choroba a čo posadnutosť zlým duchom, vyháňal zlých duchov a uzdravoval všetkých chorých (Porov. Mt 8, 16) (Léon-Dufour, Duplacy a kol. 1990, s. 352).

Na chorom človeku sa mala potvrdiť skutočnosť, že Ježiš je opravdivým Mesiášom. Ako slepý sám povedal: „*Od vekov nebolo počuť, že by bol niekto otvoril oči slepému od narodenia. Keby on nebol od Boha...*“ (Jn 9, 32-33). Vo svojej mesiášskej činnosti uprostred izraelského ľudu, Kristus bez prestania sa približoval k svetu ľudského utrpenia. „*On kade chodil, dobre robil*“ (Sk 10, 38).

Ježiš Kristus nám zjavuje Božie kráľovstvo, a preto Jánovým učeníkom hovorí: „*Chod'te a oznámte Jánovi, čo počujete a čo vidíte. Slepí vidia, chromí chodia, malomocní sú čistí, hluchí počujú, mŕtvi vstávajú a chudobným sa hlása evanjelium.*“ (Mt. 11, 4-5). Príchodom Ježiša Krista nezmizla choroba zo sveta, ale Božia sila, ktorá nad ňou zvíťazila, je už odteraz vo svete. Preto Ježiš od všetkých chorých, ktorí mu prejavujú svoju dôveru, žiada len jedno, a to, aby mu verili, lebo vo viere je všetko možné (porov. Mt 9, 28; Mk 5, 36) (Léon-Dufour, Duplacy a kol. 1990, s. 352).

Uzdravenie v Biblii

Biblia nezakazuje utiekať sa k lekárskeym zásahom:

Judský kráľ Ezechiáš ochorel na smrť. Prišiel k nemu Izaiáš a povedal mu, že zomrie. Ezechiáš sa modlil k Bohu a Pán znova poslal Izaiáša, aby mu povedal: „*Toto hovorí Pán... Počul som tvoju modlitbu, videl som tvoje slzy, hľa, uzdravím ťa a na tretí deň pôjdeš do Pánovho domu.*“ Izaiáš povedal: „*Vezmite figovú náplasť!*“ Keď ju vzali, položili na vred, ožil (2Kr 20, 1 -5).

Pri liečení Tobiaša, ktorý bol slepý, archanjel Rafael radí jeho synovi Tobiašovi, aby mu potrel oči rybou žľou. Liek určite zaberie a beľmo sa mu z očí odlúpne. Tobiaš mu potrel liekom oči a nechal ho pôsobiť, a potom mu odlúpol beľmo z kútikov jeho očí. Otec Tobiaša zvolal: „*Zasa ťa vidím syn môj, svetlo mojich očí!*“ (Tob 11, 7 – 13).

Niektoré lieky sa používajú bežne:

- olej – v knihe proroka Izaiáša čítame: „*Od päty po temä nič na ňom celého, puchlina a jazva a rana čerstvá, nevytlačená, neobviazaná a nezmäkčená olejom*“ (Iz 1, 6). Prorok tu myslí na Izraelský národ, ktorý sa spreneveril Bohu.
- balzam–prorok Jeremiáš hovorí o rane svojho ľudu, ktorá nie je zacelená a to z dôvodu, že chýba balzam v krajine Galaád, ktorá je východne od Jordánu. (Porov. Jer 8, 22).
- liečivá moc korenkov – v knihe Múdrosti je vyjadrená prosba o takú múdrosť, ktorou by človek poznal rozmanitosť rastlínstva a silu a moc korenkov. (Porov. Mud 7, 20).

Podľa Biblie Boh je pre človeka najlepším lekárom. Boh cez Mojžiša povedal Izrelitom na púšti, že keď budú počúvať hlas Pána svojho Boha a poslúchať všetky jeho príkazy, nestihnú ich takými ranami ako Egyptanov (Porov. Ex 7, 14 – 10, 29), „*lebo ja Pán som tvoj lekár*“ (Ex 15, 26 – 27).

Preto anjel, ktorého Boh poslal aby uzdravil Saru (oslobodil ju od zloducha Asmodeja (Tob 3, 17), sa nazýva Rafael (Boh uzdravuje).

Chorí sa v Biblii obracajú na jeho reprezentantov kňazov: Malomocní mali škvrnu ukázať

kňazovi. Kňaz škvrnu mal preskúmať a počkať sedem dní a keď sa škvrna rozšírila, vyhlásil, že človek je malomocný. Podobne keď sa malomocný vyliečil z malomocenstva, musel ho prezrieť kňaz a konalo sa to obradným spôsobom. (Porov. Lv 13, 50 – 51; 14, 1 – 4).

Keď Ježiš uzdravil malomocného dotykom svojej ruky, potom mu povedal, aby šiel a ukázal sa kňazovi a priniesol dar podľa Mojžišovho predpisu (Mt 8, 1 – 4).

Choroba je symbolom stavu, v ktorom sa nachádza hriešny človek, duchovne je slepý, hluchý, chromý... Uzdravenie chorého predstavuje aj duchovné uzdravenie, ktoré Ježiš prišiel vykonať na ľuďoch.

Podľa Nového Zákona, milosť je absolútnym, slobodným pôsobením milujúceho Boha pre spasenie ľudí v osobe a diele Ježiša Krista. Cez nezištnú lásku, akou je Vtelenie Syna Božieho v Ježišovi Kristovi, milosť sa zjavila ako konkrétna historická osoba. Boh – Človek, Ježiš Kristus realizuje v sebe samom vzťah medzi Bohom a človekom. V diele spásy, v smrti a zmŕtvychvstaní dokonáva nové spoločenstvo, je prostredníkom skutočného odpustenia hriechov všetkým ľuďom, i nového stvorenia, ktoré umožňuje nové spasné spoločenstvo ľudí s Bohom. Preto milosť sa ukazuje ako dar Ježiša Krista.

Prameňom milosrdenstva a milosti je Božia láska, lebo „Boh je láska“ (1 Jn 4, 8).

Odpúšťa hriechy ochrnutému a aby ukázal, že má na to moc, uzdraví ho (Porov. Mk 2, 1–12). Tento dosah zázrakov sa vyzdvihuje najmä v Jánovom evanjeliu. Uzdravenie chromého v Betsaide, ktorý 38 rokov ležal na lôžku, znamená dielo oživenia, ktoré vykonal Ježiš (porov. Jn 5, 1–9; 19–26). Uzdravenie slepého od narodenia poukazuje na Ježiša ako na „*Svetlo sveta*“ (Porov. Jn 9, 1–41). Ježišove uzdravenia chorých sa stali predzvest'ou kresťanských sviatostí, lebo prišiel ako lekár chorých (porov. Mk 2, 17), ktorý odstraňuje neduhy a choroby tým, že ich berie na seba (Porov. Mt 8, 17, Iz 53, 4) (Léon-Dufour, Duplacy a kol. 1990, s. 352 – 353). Láska je silnejšia ako choroba. Ochrnutému, ktorého priniesli na nosidlách povedal: „*Dúfaj, synu, odpúšťajú sa ti hriechy.*“ (Mt 9, 2). Ježiš odpúšťa hriechy a takto uzdravuje dušu, a ako vonkajší znak, že chorý má skutočne odpustené hriechy, uzdravuje aj jeho telo. (Sväté Písmo Jeruzalemská Biblia 2013, poznámka k (Mt 9, 3).

Podobenstvo o milosrdnom Samaritánovi nám vykresľuje:

- náročnosť pomáhania – ozbiljaný žid bol ťažko ranený - polomŕtvy ležal na zemi, samaritán mu bol nepriateľom,
- vynaliezavosť v pomáhaní - účinné lieky – na rany mu nalial vína a oleja
- sociálna a zdravotná starostlivosť o chorého – vyložil ho na svoje dobytča a zanesol ho do hostinca a hostinskému zaplatil za starostlivosť. Je to vynaliezavosť v láske. (Sedláček 2016, s. 77). Milosrdný Samaritán, podľa psychológie použil liekové tíšenie bolesti (víno a olej) a poskytol psychologickú a sociálnu pomoc (Skorodenský, Guľašová, 2012, s. 86).

Uzdravenia v apoštolských časoch

Ježiš udelil apoštolom hneď od ich prvého povolania moc uzdravovať chorých. Evanjelista Matúš píše: „Zavolať si dvanástich učeníkov a dal im moc nad nečistými duchmi, aby ich vyhánali a uzdravovali každý neduh a každú chorobu.“ (Mt 10, 1). Pri ich konečnom rozposlaní im sľubuje ustavičné uskutočňovanie tohto znaku, aby sa tak ich ohlasovanie stalo vierohodným. „A tých, čo uveria, budú sprevádzať tieto znamenia, v mojom mene budú vyhánat' zlých duchov... na chorých budú vkladat' ruky a tí ozdravejú.“ (porov. Mk 16, 17 –

18). Aj skutky apoštolov viackrát zaznamenávajú zázračné uzdravenia. Peter apoštol chromému, ktorého stretol pri chrámovej bráne povedal: „Striebro a zlato nemám, ale čo mám, to ti dám: V mene Ježiša Krista Nazaretského vstaň a chod!“ Chytil ho za pravú ruku a zodvihol ho.“ (Sk 3, 6-7). Filip apoštol v Samárii uzdravoval chorých tak, že: „mnohí ochrnuli a chromí ozdraveli.“ (Sk 7, 7). Tieto zázraky ukazujú na moc Ježišovho mena a na skutočnosť jeho zmŕtvychvstania. Aj sv. Pavol medzi darmi Svätého Ducha spomína uzdravenie, ale vždy je to ten istý Duch, ktorý rozdeľuje každému ako chce (porov. 1 Kor 12, 10 – 12). Tento znak stále dáva vierohodnosť Ježišovej Cirkvi (Léon-Dufour, Duplacy a kol. 1990, s. 353).

Magické praktiky, ktoré Biblia zakazuje

Človek je postavený zoči voči svetu, ktorý ho obklopuje, ale aj trápi, je postavený zoči voči chorobe, ktorá ho oblieha a trápi. Preto sa usiluje nadobudnúť moc, ktorá prevyšuje jeho sily a pomocou ktorej by vládol nad svojim osudom, ale aj nad osudmi iných ľudí. Biblia uvádza niektoré magické praktiky a rituály ako sú veštenie a kúzelníctvo, čarodejníctvo (magické techné), zaklínania, užívanie obväzov a závojov, zlé oko, ktoré očarí (Léon-Dufour, Duplacy a kol. 1990, s. 531).

V knihe Deuteronomium Mojžiš varuje izraelitov, aby sa nedopúšťali ohavnosti súvisiacej s mágiou: „*Nech niet medzi vami nikoho, kto by kázal svojmu synovi alebo dcére prejsť ohňom, aby sa očistili, alebo kto by sa vypytoval hádačov, dával pozor na sny a na znamenia; nech niet čarodejníkov, zaklínačov, nikoho, kto by sa radil duchov alebo veštcov, alebo by sa pýtal mŕtvych na pravdu. Všetky tieto veci sa ošklivia Pánovi a pre tieto nešlachetnosti ich vyhubí.*“ (Dt 18, 10 – 12).

Proroka Ezechiela vyzval Boh, aby sa postavil voči „*dcéram svojho ľudu, ktoré prorokujú zo svojho srdca*“ (Ez 13, 17). Prorok tlmočil slová Jahveho takto: „*Beda tým, čo šijú na kĺb každej ruky obväzy a hotujú závoje na hlavu pre každý vzrast, aby ulovili duše. Lovíte duše môjho ľudu a oživujete duše pre seba? Znesväcujete ma u môjho ľudu za priehŕstie jačmeňa a za kúsok chleba, keď zabijate duše, ktoré nemajú zomrieť, a oživujete duše, ktoré nemajú žiť, keď luháte môjmu ľudu, ktorý počúva lož. Preto takto hovorí Pán, Jahve: Hľa, ja som proti vašim obväzom, ktorými lovíte duše ako vtáky, a postrhávam ich z vašich ramien; a duše, ktoré ste ulovili, (duše) oslobodím ako vtáky. Roztrhám vaše závoje a vyslobodím svoj ľud z vašej ruky, že nebude viac korisťou vo vašej ruke. I dozviete sa, že ja som Pán. Pretože ste klamstvom zronili srdce spravodlivého, ktoré som ja nezronil, a upevňovali ste ruky zlosyna, aby sa nevrátil zo svojej cesty a neudržal sa nažive, preto nebudete vidieť daromnosť ani veštby viac nebudete veštiť. I vyslobodím svoj ľud z vašej ruky a dozviete sa, že ja som Pán.*“ (Ez 13, 18 – 24).

Čo boli obväzy a závoje presne nevieme. Pravdepodobne to boli akési média, pomocou ktorých veštice veštili to, čo sa komu hodilo a lahodilo. (Poznámka k Ez 13, 18n).

Tirpák (2015, s. 296) uvádza, že prorok Ezechiel prorokuje, že Pán Jahve bude ten, ktorý uzdraví Izrael od modiel a mágií: „*Potom budem na vás kropiť čistú vodu, že sa očistíte od všetkých vašich škvŕn a od všetkých vašich modiel vás očistím. A dám vám nové srdce a nového ducha vložím do vás; odstránim z vášho tela kamenné srdce a dám vám srdce z mäsa.*“ (Ez 36, 25-27).

Skutky apoštolov spomínajú čarodejníka Šimona, ktorý pôsobil medzi samarijským ľudom a ohromoval ich čarami. Keď tam prišiel apoštol Filip, všetci uverili a dali sa pokrstiť, taktiež

uveril aj Šimon a dal sa pokrstiť. Neskôr do Samárie prišiel Peter a Ján, ktorí sa modlili, aby na ľud zostúpil Svätý Duch. „Keď Šimon videl, že vkladáním rúk apoštolov sa udeľuje Duch, ponúkol im peniaze a povedal: "Dajte aj mne takú moc, aby každý, na koho vložím ruky, dostal Ducha Svätého." Ale Peter mu povedal: "Tvoje striebro nech je zatratené aj s tebou, pretože si si myslel, že možno Boží dar získať za peniaze! Nemáš účasť ani podiel na tomto slove, lebo tvoje srdce nie je priame pred Bohom. Rob teda pokánie z tejto svojej neprávosti a pros Pána, azda ti odpustí toto zmyšľanie tvojho srdca. Lebo vidím, že si v horkej žľči a v putách neprávosti." Šimon odpovedal: "Modlite sa vy za mňa k Pánovi, aby ma nepostihlo nič z toho, čo ste povedali." (Sk 8, 18 – 24). Od Šimona sa odvodzuje názov „simónia“, ktorým sa označuje akékoľvek kupčenie so svätými vecami a úradmi v Cirkvi. (Poznámka k Sk 8, 19).

Záver

Biblia nedramatizuje chorobu v tom zmysle, aby z nej nebolo východiska. Boh je ten, ktorý uzdravuje z choroby. Tak sa to udialo v prípade Mojžišovej sestry Márie (Porov. Nm 12, 1-15), v prípade malomocného Námána (Porov. 2 Kr 5, 1-27), v prípade kráľa Ezechiáša (2 Kr 20, 1 – 5), v prípade uzdravenie ochrnutého v Betsaide, (Porov. Jn 5, 1-9; 19-26) v prípade slepého od narodenia (Porov. Jn 9, 1-41). Pri všetkých uzdraveniach sa prejavil Boh ako ten, ktorý zjavuje svoju silu ale predovšetkým lásku. Podľa Starého a Nového zákona najväčším nešťastím nie je choroba, ale hriech človeka.

Zoznam použitej literatúry

- JÁN PAVOL II. (1998) *Slavifici doloris*, Apoštolský list o kresťanskom zmysle ľudského utrpenia, Spolok Svätého Vojtecha Trnava 1998, s. 81, ISBN 80-7162-243-5
- KATECHIZMUS KATOLÍCKEJ CIRKVI.(1999) Trnava, 1999, s. 918, ISBN 80-7162-259-12007
- LÉON-DUFOUR, X., DUPLACY, J. a kol . (1990) *Slovník Biblickej Teológie*, Zagreb 1990, 1632s.
- SEDLÁČEK, J. (2016) Pomáhať je slastné, (vybrané kapitoly a rizika v pomáhajúcej profesii zdravotníka), Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva, Masaryková univerzita, Trenčín/Brno 2016, 93 s., ISBN 978-80-210-8437-7.
- SKORODENSKÝ, M., GULAŠOVÁ, M. (2012) *Základy klinickej psychológie*, Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, Prešov 2012, 100 s. ISBN 978-80555-0601-2.
- SVÄTE PÍSMO JERUZALEMSKÁ BIBLIA,(2013) Dobrá kniha Trnava 2013, ISBN 978-807141-797-1.
- SVÄTE PÍSMO STARÉHO I NOVÉHO ZÁKONA,(1998)Spolok svätého Vojtecha Trnava 1998, 2623 s. ISBN 80-7162-236-2.
- TIRPÁK, P. (2014) *Manželstvo v Zjavení a Učiteľskom úrade Cirkvi*, In: VANSÁČ, P., CHOVANEC, J., ANDREJIOVÁ, L.(eds.), Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou, Rodina ako spoločenstvo v službách človeka 30. výročie Charty práv rodiny, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o. v Bratislave Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča Prešov 2014, s. 287–310, ISBN:978-80-8132-106-1

Kontakt na autora

doc. ThDr. PETER VANSACĎ, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.

Detašované pracovisko bl. Metoda Dominika Trčku, Michalovce

email: vansac.p@gmail.com

PROJEKTY



SENIOR BOX POSOL NÁDEJE V BOJI PROTI PREDČASNÉMU UMIERANIU BEZVLÁDNYCH SENIOROV

Pilotné zariadenia s komplexnou ošetrovateľskou starostlivosťou
„SLNEČNÝ DOM“

Mochnáčová A., Fabiánová Z.



Syndróm geriatrickej krehkosti (frailty syndrom) bezvládnosť.

- Hrozby, IS, veľa vážnych ochorení,
- Narušené životné funkcie,
- Zhoršená funkcia mozgu,
- Preležaniny,
- Podvýživa,
- Náchylnosť na infekcie.

OD IDEY K FÁZE DISTRIBÚCIE



SENIOR BOXY RADIA, OŠETRUJÚ A POMÁHAJÚ

Spolu viac ako 100 partnerov (2015-2017)

235.500 Položíek (2015-2017)

216 620€ Hodnota projektu od roku 2015



SENIOR BOXY – CESTA K INFORMÁCIÁM

Orientačné posúdenie kvality starostlivosti o zdravie bezládného blízkeho v domácich podmienkach alebo „Staráme sa dobre“ ?			
Oblasť, problém, riziko	Otázka	✓	Plán v prípade potreby zásahu
Aktivizácia	Je počas dňa primerane zabezpečená aktivizácia? Usilujeme počas dňa o primeranú stimuláciu, podnety, zamestnanie zmysluplnou činnosťou, ak to stav blízkeho umožňuje? Nemá blízky zamenený deň s nocou?		
Bezpečnosť	Realizovali sme opatrenia na zabránenie pádu z postele, vozika, pri presune? Nie je blízky ohrozený zatúlaním sa, manipuláciou s elektrikou, plynom, užitím nevhodných liekov?		
Čistota prostredia	Je prostredie izby pravidelne vetrané, čisté, bez zápachu? Sú posteľ a stolík čisté, upratané?		
Dekutibia - prevencia	Máme zavedený polohovací plán? Striedame polohy, pomáhame si pomocami na polohovanie? Sú prevazy dekubitov (preležanin) zabezpečené sestrou Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS)?		
Embólia	Predchádzame riziku embólie? (dostatočný príjem tekutín, pohyb, príj. užívanie antikoagulačnej liečby podľa ordinácie lekára...)		
Funkcie vitálne, posúdenie	Sledujeme, zaznamenávame si základné vitálne funkcie blízkeho (dýchanie, pulz, tlak krvi, telesnú teplotu)? Konzultujeme zmeny/odchýlky vo vitálnych funkciách, prípadne v stave vedomia a orientácii v čase a priestore s ošetrojúcim lekárom/sestrou ADOS?		
Glykémia	Nehrozí blízkemu kolísavá hladina glukózy? Je príjem potravy vyvážený, pravidelný? Poznáte príznaky hypoglykémie a viete v takomto prípade pomôcť?		
Hygiena	Je blízky čistý, nezapáchajúci? Sú jeho ústa bez povlakov? Je oblečený v čistej bielizni? Je blízky sprchovaný/kúpaný minimálne raz do týždňa, resp. častejšie, ak je to potrebné?		
Infekcia	Je blízky začočkovaný proti chrípke/pneumónii? Je blízky dostatočne chránený pred prenosnými ochoreniami? Je v prípade prítomnosti infekcie vyšetrené CRP (indikátor bakteriálneho zápalu v krvi) a v prípade potreby včas podané antibiotiká?		
Jedlo – riziko vdychnutia	Nezryme sa blízky doplniť s kúskom jedla? Je potrava primerane upravená (napr. pokrájaná)? Je blízky pri prijímaní potravy pod dozorom?		
Klinika, príznaky chorôb pod kontrolou	Sú (novozistené) príznaky chorôb vrieť? (dýchavica, vyrážka, kašeľ, zvýšená telesná teplota, krv v moči, nevoľnosť...)		
Lieky	Sú lieky podávané pravidelne, na základe poslednej ordinácie lekára?		
Mobilita	Je podporovaný pohyb a rozvoj pohybových a sebaobslužných činností? Používame pomôcky na podporu mobility a sebačinnosti? Čvrtíme s blízky – aktívne, alebo aspoň pasívne, ako to jeho stav umožňuje?		
Negativizmus, depresia, smútok	Je zabezpečená primeraná komunikácia i úskavý prístup? Je v prípade pretrvávajúcich psychických ťažkostí stav konzultovaný s lekárom? Je zabezpečený primeraný spánok, odдых?		
Opuchy	Nie sú prítomné opuchy? (všimajte si predovšetkým dolné končatiny)		
Potrava – príjem	Nie je blízky podvyživený? Je primerane riešená jeho výživa?		
Rany	Sú rany ošetrované vhodnou metódou podľa ordinácie lekára/doporučenia sestry? Sú prevazy zabezpečené sestrou Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS)?		
Sed, zvýšená poloha	Je Váš blízky pravidelne vysádzaný, resp. ukladaný do zvýšenej polohy, ak to jeho zdravotný stav umožňuje?		
Tekutiny - príjem, výdaj primeraný?	Príjem tekutín primeraný? Ak je výdaj tekutín veľmi nízky napriek dostatočnej hydratácii, riešime to?		
Útrpenie, bolesť	Nejaví blízky známky utrpenia, bolesti? Je prípadná bolesť primerane tlmená?		
Vyprázdňovanie	Je vyprázdňovanie pravidelné? Riešime odchýlky vo vyprázdňovaní?		
Well – being	Sú využité pomôcky na polohovanie, je Váš blízky uložený komfortne, je mu teplo, nič ho netlačí, neomina? Je každý deň podporovaný pocit pohody?		
Zápcha	Predchádzame zápchu vhodným zložením potravy, dostatočným príjmom tekutín a ďalšími opatreniami?		

Autory projektu: Mochnáčová Alena DiS.

PhDr. Fabiánová Zuzana

Kost'ová T.

Dobrovoľníctvo je nezištnosť v praxi nemocnice, je to dar v podobe času venovaný chorým ľuďom, ktorí sa ocitli v náročnej životnej situácii. Dobrovoľníctvo nie je platené, nie preto, že je bezcenné, ale preto, lebo je na nezaplatenie. Projekt dobrovoľníckych centier v sieti nemocníc Svet Zdravia, a. s. vznikol od r. 2016. Prvou nemocnicou, ktorá založila dobrovoľnícke centrum bola nemocnica A. Leňa Humenné a projekt „Dobrovoľníci v nemocniciach“ nazvala optimistickým názvom KRAJŠÍ DEŇ. Pred spustením projektu sme informácie čerpali z centier v Českej republike ako je Praha, Kladno a v Slovenskej republike Bratislava, Banská Bystrica. Súčasťou prípravy bola aj komunikácia s tvorcami Zákona o dobrovoľníctve. Projekt sa pripravoval niekoľko mesiacov aj v nadväznosti na financovanie centra, propagácie v meste, náboru a výberu dobrovoľníkov, zaškoľovaniu personálu nemocnice na vybraných oddeleniach, školenie koordinátora a pod.

Cieľom snaženia dobrovoľníkov je vyplnenie času pacientom po diagnosticko-terapeutických zákrokoch prostredníctvom: rozhovorov, tichej prítomnosti, spoločných prechádzok, predčítavaní, lúšteniu krížoviek, spoločenských hier, tvorivých dielničiek, organizácie spoločných malých kultúrnych podujatí na oddelení a pod. Okrem pacientov má prítomnosť dobrovoľníkov význam aj pre ošetrojúci personál, pretože z časti aktivity sociálnej, psychickej a duchovnej oblasti kompenzujú práve dobrovoľníci. Na to je však potrebná príprava, vzájomná informovanosť, dodržiavanie zásad a pravidiel vopred dohodnutých, ale aj ochota pracovať spoločne. Prácu dobrovoľníkov v nemocnici riadi vyškolený koordinátor, ktorý pracuje štandardizovanými postupmi aj s presne stanovenou spisovou dokumentáciou. V roku 2016 a 2017 sme založili dobrovoľnícke centrá v nemocniciach: Humenné, Banská Štiavnica, Trebišov, Rimavská Sobota a Rožňava. V pláne na najbližšie obdobie máme ďalších 5 dobrovoľníckych centier v sieti nemocníc svet zdravia. Ľudia, ktorým vďačíme za to, že sa naši pacienti v nemocnici cítia komfortnejšie sú predovšetkým študenti starší ako 17 rokov, dôchodcovia, ale aj ľudia v produktívnom veku, ktorí pracujú a popri práci sa venujú našim pacientom prevažne na oddelení dlhodobých chorých a detskom oddelení. Všetkých dobrovoľníkov vedieme k tomu, aby pacientov orientovali na zdravé a optimistické veci v ich živote a okolitom prostredí. Úsmev ako aj milé slovo naozaj lieči-☺



Všetky naše aktivity môžete nájsť na stránke: <http://svetzdavia.com/krajsi-den>

Autor a garant projektu: PhDr. Tatiana Kost'ová, PhD, MPH