

**Supplement vybraných kapitol vo vedných  
odboroch sociálna práca a ošetrovatel'stvo V.**

---

© Autori: Kolektív autorov

Zostavovatelia:

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD.

ThLic. Peter Laca, PhD.

Názov: Supplement vybraných kapitol vo vedných odboroch  
sociálna práca a ošetrovatel'stvo V.

Recenzenti:

prof. PhDr. Pavol Dancák, PhD.

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

doc. PaedDr. Slavomír Laca, PhD.

Vydavateľ: Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna Příbram (Česká  
republika).

Vydanie: prvé

Rok vydania: 2017

Náklad: 220 kusov

Počet strán: 197

Tlač: Petr Dvořák - Tiskárna a grafické studio Dobříš, (Česká  
republika).

ISBN 978-80-88206-07-1

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

## **ZOZNAM AUTOROV**

**BÉREŠOVÁ Anna, doc., PhDr., PhD.**

LF UPJŠ v Košiciach

Ústav sociálnej a behaviorálnej medicíny

Tr. SNP 1, 040 01 Košice.

**DIMUNOVÁ Lucia, doc. PhDr., PhD.**

LF UPJŠ v Košiciach

Ústav ošetrovateľstva

Tr. SNP 1, 040 01 Košice.

**FERENČIKOVÁ Ingrid, PhDr., PhD.**

VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava

Detašované pracovisko bl. Sáro Salkaházi

Kósu Schopera 22, 048 01 Rožňava.

**HULKOVÁ Viera, doc., PhDr., PhD.**

VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava

Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna

Jiráskovy sady 240, 261 01 Příbram.

**HULKA Jozef, Mgr.**

VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava

Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna

Jiráskovy sady 240, 261 01 Příbram.

**KILÍKOVÁ Mária, prof., PhDr., PhD.**

VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava

Detašované pracovisko bl. Sáro Salkaházi

Kósu Schopera 22, 048 01 Rožňava.

**KUNOŠÍK Michal, JUDr., CSc.**

VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava

Detašované pracovisko bl. Sáro Salkaházi

Kósu Schopera 22, 048 01 Rožňava.

**LACA Peter, ThLic., PhD.**

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

**MRÁZ Martin, Mgr., doktorand.**

VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava  
Palackého 1  
80000 Bratislava.

**NEMČOKOVÁ Adriana, PhDr., doktorandka.**

VŠZ a SP sv. Alžbety Bratislava  
Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi  
Kósu Schoppera 22, 04801 Rožňava.

**RAKOVÁ Jana, PhDr., PhD.**

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

**ŠEVČOVIČOVÁ Andrea, PhDr., doktorandka.**

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

## **OBSAH**

<b>ÚVOD .....</b>	<b>8</b>
<b>1 CHRONICKÁ OBŠTRUKČNÁ CHOROBA PEŤC V KONTEXTE KVALITY ŽIVOTA .....</b>	<b>9</b>
1.1 Charakteristika ochorenia.....	9
1.2 Kvalita života.....	13
1.3 Cieľ a metodika výskumu .....	15
1.4 Analýza výsledkov výskumu.....	17
1.5 Porovnanie kvality života podľa klasifikácie GOLD chronickej obštrukčnej choroby pľúc .....	20
1.6 Diskusia.....	23
1.7 Záver.....	26
<b>2 ZVLÁDANIE BOLESTI U ONKOLOGICKÝCH PACIENTOV Z PSYCHOSOCIÁLNEHO HĽADISKA.....</b>	<b>28</b>
2.1 Úlohy sestry pri zvládaní pacientovej bolesti.....	29
2.2 Metodika výskumu .....	34
2.3 Výsledky výskumu.....	36
2.4 Diskusia.....	41
2.5 Závety a odporúčania.....	43
<b>3 KVALITA ŽIVOTA ŽIEN S ONKOLOGYNEKOLOGICKÝM OCHORENÍM .....</b>	<b>45</b>
3.1 Metodika prieskumu .....	47
3.2 Výsledky prieskumu.....	48
3.3 Diskusia .....	49
3.4 Záver .....	51

<b>4 TERMINOLOGICKÝ ZÁKLAD VEDENIA ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE .....</b>	<b>52</b>
4.1 Výskum a vývoj databáz na Slovensku .....	54
4.2 Význam terminologickej databázy pre vedenie dokumentácie.....	56
4.3 Vybrané terminologické databázy .....	57
<b>5 OCHRANA OSOBNÝCH ÚDAJOV V ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIÍ .....</b>	<b>63</b>
5.1 Implementácia nariadenia o ochrane osobných údajov v zdravotníckom zariadení .....	65
5.2 Ochrana osobných údajov v zdravotnej dokumentácii .....	68
5.3 Záver .....	70
<b>6 ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ O VÄZŇOV V KONCENTRAČNOM TÁBORE GROSS-ROSEN .....</b>	<b>72</b>
6.1 História vzniku a existencie koncentračného tábora. ....	73
6.2 Životné podmienky v tábore .....	76
6.2.1 Práca väzňov v kameňolome .....	78
6.2.2 Chorobnosť väzňov.....	79
6.2.3 Táborová nemocnica – revír .....	81
6.2.4 Personálne zabezpečenie táborovej nemocnice.....	83
6.2.5 Materiálne vybavenie nemocnice.....	85
6.2.6 Táborový revír ruských vojnových zajatcov.....	86
6.2.7 Schonungy pre slabých väzňov.....	88
<b>7 SÚSTAVNÉ VZDELÁVANIE OŠETRUJÚCICH V KONTEXTE POŽIADAVIEK EURÓPSKEJ ÚNIE.....</b>	<b>90</b>
7.1 Definícia a systémy CPD.....	94
7.1.1 Povinný systém CPD .....	96
7.1.2 Dobrovoľný systém CPD.....	97

7.2 Obsah a realizácia CPD .....	98
7.3 Systémy CPD vo vybraných krajinách.....	100
7.4 Rozvoj systémov CPD.....	109

## **8 ANALÝZA MOTIVAČNEJ ŠTRUKTÚRY ŠTUDENTOV SOCIÁLNEJ PRÁCE..... 113**

8.1 Ciele výskumu.....	117
8.2 Výskumný súbor.....	117
8.3 Metodika výskumu.....	118
8.4 Výsledky a diskusia.....	120
8.5 Záver.....	131

## **9 MANAŽMENTE KVALITY SOCIÁLNYCH SLUŽIEB 134**

9.1 Teoretické východiská manažmentu kvality.....	136
9.2 Nástroje manažmentu kvality.....	141

## **10 KONCEPT RELIGIOZNO-FILANTROPOLOGICKÉHO PONÍMANIA SOCIÁLNEJ PRÁCE.....148**

10.1 Sociálna práca ako forma praktickej sociálnej pomoci....	148
10.2 Sociálna práca a jej religiózno-filantropické ponímanie.....	151

## **11 VYBRANÉ PRÁVNE PROBLÉMY SÚČASNOSTI.....164**

11.1 Profesionálne náhradné rodičovstvo a niektoré právne rozpory.....	164
11.2 Vianočný príspevok pre dôchodcov.....	169

## **ZÁVER..... 174**

## **ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV.....175**





## ÚVOD

O uchopenie konceptu kvality života, vedeckej analýzy faktorov determinujúcich kvalitu života, celkový stav zdravia a riziká možných ochorení sa usilujú vedeckí pracovníci v rezorte zdravotníctva. Verejnosť si však neuvedomuje skutočnosť, že táto problematika má multidimenzionálny charakter a zasahuje do aj do iných oblastí spoločenského a vedeckého života.

Výskumy dokazujú, že tieto témy treba skúmať aj z pohľadu sociálnej práce a ošetrovateľstva, ako vedných odborov a disciplín, ktoré poznajú metodiky zvládania deficitov zdravia v súlade s zdravotnou a sociálnou politikou štátu. Nachádzajú možnosti ako zlepšiť existenčné podmienky zdravia napr. budovaním systému manažérstva kvality v zdravotníctve alebo v zariadeniach poskytujúce sociálne služby. Poskytovateľmi komplexných služieb v starostlivosti o zdravie sú odborne spôsobilí zdravotníci alebo sociálni pracovníci, ktorým sa v 21. storočí ponúka možnosť pripravovať sa na výkon povolania v súlade s európskymi kritériami vysokoškolského vzdelávania. Dôkazom ich odbornej spôsobilosti je schopnosť viesť dokumentáciu prijímateľa služieb a schopnosť používať medzinárodný dorozumievací jazyk. Neodmysliteľnou súčasťou je poznanie platnej legislatívy a schopnosť implementovať ju v starostlivosti o osobu, komunitu alebo rodinu. To sú dôvody pre ktoré sa autorský kolektív rozhodol o spracovanie vedeckej monografie s daným obsahom.

Cieľom autorského kolektívu je upriamiť pozornosť širokej verejnosti na vyššie uvedené obsahy a charakteristiky kapitol supplementa. Výsledky výskumov sú originálnym zistením, ktoré neodporúčame generalizovať.

# **1 CHRONICKÁ OBŠTRUKČNÁ CHOROBA PĽÚC V KONTEXTE KVALITY ŽIVOTA**

Podľa odborných odhadov má chronickú obštrukčnú chorobu pľúc (CHOCHP) celosvetovo 600 miliónov osôb. Je druhou najrozšírenejšou neinfekčnou chronickou chorobou, na ktorú trpí 4 – 10 % obyvateľov Zeme a štvrtou najčastejšou príčinou smrti vo svete (Rozborilová, 2014).

Na Slovensku je odhadovaná prevalencia vo veku 45 rokov 5%, štatistika uvádza viac ako 7 tisíc hospitalizácií ročne a ročná mortalita je viac ako 10 000 osôb (Vondra a kol., 2014).

## **1.1 Charakteristika ochorenia**

Chronická obštrukčná choroba pľúc je chronické pomaly progredujúce ochorenie charakterizované obmedzením prúdenia vzduchu dýchacími cestami. Má zvyčajne progresívny vývoj a je spojené so zápalovou odpoveďou dýchacích ciest a pľúc na chronickú inhaláciu škodlivých častíc, plynov a aerosólov. Chronické obmedzenie prúdenia vzduchu (obštrukcia DC) je spôsobené zápalovou reakciou dýchacích ciest ako aj deštrukciou pľúcneho parenchýmu, pričom podiel oboch procesov je u jednotlivých pacientov odlišný (Abramson, et al., 2006). Rizikové faktory vzniku ochorenia je možné rozdeliť do dvoch skupín, a to na exogénne a endogénne faktory, ktoré sa navzájom prelínajú. Fajčenie cigariet je dlhodobo hlavným rizikovým faktorom vzniku, rozvoja a progresie ochorenia. Riziko chronickej obštrukčnej choroby pľúc u fajčiarov je v priamej súvislosti s celkovým počtom vyfajčených cigariet. Vek, v ktorom osoba začne fajčiť, množstvo vyfajčených cigariet a aktuálny stav fajčenia sú všetko prediktívne faktory mortality pri chronickej obštrukčnej chorobe pľúc (Abramson, et al., 2006). Okrem cigariet sú to aj fajky, cigary a znečistenie vzduchu vo vnútornom prostredí z

kúrenia biomasou a varenia v slabo vetraných miestnostiach, znečistenie vonkajšieho prostredia. Pre vznik a rozvoj chronickej obštrukčnej choroby pľúc je dôležitá pracovná anamnéza, profesijné škodliviny sa podieľajú na 1/5 ochorenia u fajčiarov a až v 1/3 u nefajčiarov (Drugdová a kol., 2011). Chronická obštrukčná choroba pľúc je častejšia u mužov ako u žien, ale prakticky celosvetovo sa súbežne s alarmujúcim stúpajúcim počtom fajčiacich mladých dievčat a žien zvyšuje výskyt aj u nich. Chronická obštrukčná choroba pľúc je liečiteľné ochorenie.

Pľúcna zložka tohto ochorenia je charakterizovaná obštrukciou dýchacích ciest, ktorá nie je plne reverzibilná. Obštrukcia dýchacích ciest je zvyčajne progredujúca. Klinický obraz ochorenia zahŕňa najmä prítomnosť dýchavice, chronického kašľa s vykašliavaním spúta rôznej konzistencie a fyzickú neschopnosť. Jej základným znakom je progresívne sa zhoršujúca porucha priechodnosti dýchacích ciest, ktorá vedie k respiračnej insuficiencii, až k smrti. Komorbídne psychické poruchy ako depresia a úzkosť sa vyskytujú často a sú spájané so zvýšenou morbiditou. Celkovo zhoršujú kvalitu života (Kendrová et al., 2014). Na negatívne ovplyvnenie kvality života a sociálnu izoláciu, do ktorej sa človek dostáva pre zníženú schopnosť tolerancie námahy a aktivity upozorňuje aj Musil (2012). Napriek tomu, že prvé symptómy začínajú typicky vo vyšších vekových kategóriách, nie je zriedkavosťou ani vek 35 – 40 rokov (Rozborilová, 2014). Klasifikáciou CHOCHP sa zaoberá Svetová iniciatíva o chronickej obštrukčnej chorobe pľúc označená skratkou GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), ktorá spolupracuje s poprednými odborníkmi v tejto oblasti zdravotníctva na celom svete s cieľom zlepšenia prevencie, diagnostiky a liečby ochorenia. Táto organizácia stanovila v roku 2011 nové hodnotenie závažnosti ochorenia. Základom pre stanovenie skupiny CHOCHP je

spirometrické vyšetrenie, počet exacerbácií za rok a intenzita symptómov (Gold, 2011).

Hodnotenie chronickej obštrukčnej choroby podľa závažnosti obštrukcie rozlišuje štyri stupne:

a) *ľahká* - chronické príznaky alebo aj bez príznakov, pacient má problémy s dýchaním pri námahe (rýchla chôdza do kopca), FEV1 je nad 80%.

b) *stredne ťažká* - chronické príznaky zhoršujú, objaví sa námahová dušnosť (musí chodiť pomalšie ako ľudia v rovnakom veku), pacient v tomto štádiu vyhľadáva lekársku pomoc, FEV1 v rozmedzí od 50% do 80%.

c) *ťažká* - zhoršenie dušnosti, ktorá pacienta obmedzuje v jeho činnostiach, objavujú sa exacerbácie, FEV1 v rozmedzí od 30% do 50%.

d) *veľmi ťažká* - dušnosť pri minimálnej námahe (obliekanie, ranná hygiena, aj v kľude), kvalita života je veľmi zhoršená, časté exacerbácie môžu byť život ohrozujúce, pridružuje sa respiračné a srdcové zlyhanie, FEV1 pod 30%.

Hodnotenie podľa škály dušnosti (MMRC) rozlišuje štyri skupiny:

A skupina - *nízke riziko, málo symptómov* - môžeme ju rozdeliť na dve podskupiny GOLD 1 a GOLD 2, vyskytuje sa tu menej ako 2 exacerbácií za rok, CAT menej ako 10 alebo MMRC 0-1. V tomto štádiu pacienta dôsledne nabádame k pravidelným kontrolám, fyzickej aktivite, zdravej životospráve. Je dokázané, že práve v skupine pacientov s GOLD 2 je najrýchlejší pokles pľúcnych parametrov a následne najväčšia ovplyvniteľnosť poklesu FEV1 bronchodilatačnou liečbou.

B skupina - *nízke riziko, viac symptómov* - podskupina GOLD 1 a GOLD 2, menej ako 2 exacerbácie za rok, CAT viac ako 10 alebo MMRC viac ako 2. V tejto skupine pacientov je častý výskyt komorbidít, pridružujú sa hlavne kardiálne ochorenia, ktoré sú

zodpovedné za zníženie komfortu aj pri dobrých pľúcnych parametroch.

C skupina - *vysoké riziko, málo symptómov* - podskupina GOLD 3 a GOLD 4, prítomnosť 2 a viac exacerbácií za rok, CAT viac ako 10 alebo MMRC 0 - 1. U pacientov v tejto skupine je znížený funkčný nález – FEV1 je pod 50% a veľmi často sú títo pacienti hospitalizovaní pre exacerbácie a celkovú nepohodu.

D skupina - *vysoké riziko, viac symptómov* - podskupina GOLD 3 a GOLD 4, prítomnosť 2 a viac exacerbácií za rok, CAT viac ako 10 alebo MMRC viac ako 2. V tejto skupine pacientov využívame kombináciu viacerých skupín liekov, podľa prevažujúcich príznakov a ťažkostí pacienta. Liečime pokles pľúcnych funkcií, dyspnoe, expektoráciu, exacerbácie (Medikom, 2012).

Pre prax je veľmi dôležité, aby všetci pacienti s diagnózou chronická bronchitída a zvlášť s fajčiarskou anamnézou boli považovaní za rizikovú skupinu s možným vznikom CHOCHP. Cieľom liečby je redukovať symptómy, zlepšenie tolerancie záťaže a celkového zdravotného stavu, predísť progresii ochorenia, zabránenie vzniku a liečba exacerbácií, redukcia mortality. Stratégia liečby sa riadi štyrmi krokmi:

1. krok – eliminácia rizík (cigaretový dym)
2. krok – paušálna liečba (u všetkých chorých bronchodilatancia s dlhodobým účinkom)
3. krok – fenotypicky cielená liečba (pri vyhranenom fenotype v kategórii B a D)
4. krok – liečba respiračnej insuficiencie a terminálnych štádií (kyslík, transplantácia pľúc, opiáty) (Češka a kol., 2015). Podporná liečba zahŕňa oxygenoterapiu, neinvazívnu a invazívnu ventiláciu pozitívnym pretlakom, podporu expektorácie. U všetkých pacientov s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc sa v rámci nefarmakologickej liečby odporúča pravidelná fyzická aktivita.

O signifikantne pozitívnych účinkoch pravidelnej fyzickej aktivity vo vzťahu k zníženému počtu hospitalizácii hovorí štúdia autorov Garcia-Aymeric et al. (2006).

Cvičenie sa považuje za základnú súčasť pľúcnej rehabilitácie. Pľúcna rehabilitácia redukuje dýchavicu, slabosť, strach, depresiu, zlepšuje toleranciu záťaže, emočné funkcie, kvalitu života a podporuje u pacienta pocit kontroly nad svojim zdravotným stavom (Ries et al, 2007; Knap, 2017). Zdravie, podpora, udržiavanie a prinavrátenie zdravia sú ústrednou témou ošetrovateľstva (Raková, Jaballah, 2014), ktorého predstaviteľkami sú sestry. Prevencia chronickej obštrukčnej choroby predstavuje elimináciu všetkých rizikových faktorov prostredia podľa poradia významnosti:

1. tabakový dym
2. profesionálna expozícia (prašné prostredie a chemikálie)
3. znečistenie vzduchu vo vonkajšom prostredí a miestnostiach
4. infekcie a socioekonomické postavenie podmieňujúce zdravý vývoj a život
5. endogénne faktory (genetické vlohy, hyperreaktivita dýchacích ciest, rast pľúc)
6. ostatné aspekty, súvisiace s vekom, pohlavím, povoláním, komorbiditami a i. (Drugdová, a kol., 2011).

## **1.2 Kvalita života**

Kvalitu života je možné vnímať subjektívne alebo hodnotiť objektívne. Podľa Gurkovej (2011) kvalita môže byť vyjadrená kvalitatívne - vychádzajúc z hodnotového systému toho, kto ju posudzuje a kvantitatívne - objektívnymi a merateľnými indikátormi. Život človeka chápeme na biologickej úrovni, ale aj na komplexnej úrovni, čiže zahrňujeme tu rodinný, citový, spoločenský, pracovný život (Gurková, 2011). Kvalita života sa odvíja od veku, zdravotného

stavu, sociálnych a ekonomických podmienok, ale ovplyvňuje ju aj psychické vnímanie, prania, očakávania, osobné ciele človeka.

V holistickom prístupe k pacientovi má hodnotenie kvality života významné miesto. Pacient sa stáva aktívny účastník liečebného procesu, pozeráme sa naňho ako na individualitu, starostlivosť je zameraná na jeho subjektívne pocity. V súčasnosti pri hodnotení úspešnosti liečby, u pacienta s chronickým ochorením, je potrebné sústrediť sa na jeho pocity, v minulosti kritériom úspešnosti liečby bol počet hospitalizácií daného pacienta. Samotní pacienti pri hodnotení úspešnosti liečby, prikladajú veľakrát význam kvalite života pred jeho dĺžkou. Je to významný faktor pri hodnotení celkového zdravotného stavu.

Kvalita života sa u pacienta spája s jeho funkčným stavom. Pri chronickej obštrukčnej chorobe pľúc sú pre pacienta dôležité jeho pľúcne funkcie, ktoré zhodnotíme spirometrickým vyšetrením. Na hodnotenie kvality života sa používajú všeobecné alebo špecifické dotazníky zamerané na respiračné príznaky. Nimi vieme hodnotiť alebo porovnať rozdiel medzi jednotlivými štádiami ochorenia. Podľa Gurkovej (2011) sa u pacientov s respiračnými ochoreniami používajú dotazníky: St. George Respiratory Questionnaire (SGRQ) a Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ). Podľa Kalovej et al. (2005) sa holistický náhľad na pacienta, klinické hodnotenie liekov, ako aj výsledky starostlivosti dajú zisťovať použitím dotazníkov pre bodovanie Health Related Quality of Life (HRQOL) kvality života podmienenej zdravotným stavom. Ide nástroj, ktorým vieme hodnotiť stav pacienta pred a po liečebných a ošetrovateľských intervenciách. Sledujeme pritom fyzické funkcie, emočné obmedzenia, duševné zdravie, bolesť, sociálne role, vnímanie vlastného zdravia.

Pacienti s ťažkou chronickou obštrukčnou chorobou pľúc a komplikovanou chronickou hypoxémiou sa sťažujú na obmedzujúcu dýchavičnosť a znížené pohybové schopnosti. Okrem toho, trpia

depreciou a zhoršením kognitívnych funkcií. U pacientov s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc možno očakávať ovplyvnenie kvality života závažnosťou chronickej hypoxémie (Tsolaki et al., 2011; Salajka, 2013). Vzťah medzi subjektívnym vnímaním dušnosti a objektívnymi ukazovateľmi dyspnoe a funkčnej kapacity pľúc u pacientov s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc bol sledovaný v štúdií Akinci (2012), ktorá dokazuje, že úroveň dušnosti sa zväčšuje s poklesom respiračných funkcií a súčasne sa znižuje kvalita života.

Chronická obštrukčná choroba pľúc postihuje organizmus ako celok, čo naznačuje, že k jej prejavom patria ďalšie ťažkosti pacienta v bežnom živote. Trpia poruchami výživy, úbytkom kostrového svalstva a aj jeho porušenou funkciou. Pomocné dýchacie svaly majú zvýšené nároky na energetický príjem, a tak sa často u týchto pacientov stretávame s malnutríciou. Celkový stav výživy jednoznačne ovplyvňuje funkčné parametre ventilácie aj celkovú prognózu ochorenia. Ide o bežné a časté komplikácie pri chronickej obštrukčnej chorobe pľúc, ktoré sú spojené s progresiou ochorenia a poklesom funkčných parametrov čo má priamy vplyv na kvalitu života pacienta.

### **1.3 Cieľ a metodika výskumu**

Hlavný cieľom výskumu bolo zhodnotenie kvality života u pacientov s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc.

Súbor tvorilo 80 pacientov s primárnou diagnózou chronická obštrukčná choroba pľúc. Výber respondentov bol zámerný. Realizácia prebiehala na oddeleniach pracovného lekárstva a oddeleniach pneumológie v košickom regióne, kde sa zaoberajú liečbou sledovaného ochorenia. Ako metóda zberu dát bol použitý dotazník WHO, WHOQOL-BREF dotazník má výsledky pre hodnotenie rozdelené do 4 domén, kde skúmame fyzické zdravie, prežívanie, sociálne vzťahy a prostredie. Samostatne vyhodnocujeme



dve nezávislé položky týkajúce sa celkovej kvality života a zdravia. Rozpätie škály pri jednotlivých otázkach je od 1 do 5. Vyššie skóre znamená lepšiu kvalitu života. Vyplnenie dotazníka trvalo približne 10 minút. Kvalitu života tu zisťujeme pomocou jednotlivých domén, ktoré sa vzájomne ovplyvňujú. Domény dotazníka WHOQOL-BREF potvrdzujú blízkosť konštruktú kvality života a emočnej pohody, (napríklad neprítomnosť depresie) a zároveň poukazujú na to, že aj keď má kvalita života významný vzťah k zdravotnému stavu, je podmienená aj inými faktormi (Dragomirecká, Prajsová, 2009).

Výsledné dáta dotazníka sú vyhodnocované v podobe štyroch doménových skóre a transformovaného skóre. Skóre je priemerný súčet spočítaný z jednotlivých výsledkov odpovedí. Pri meraní kvality života podľa WHOQOL-BREF je potrebné spočítať hrubé skóre jednotlivých domén, ktoré predstavujú štandardizované priemerné hodnoty z jednotlivých položiek príslušných ku každej doméne. *Prvú doménu* týkajúcu sa fyzického zdravia sme vyrátavali z priemerných hodnôt siedmych otázok pod číslom 3, 4, 10, 15, 16, 17 a 18. Táto doména hodnotí ako ovplyvňuje bolesť život človeka, aká je závislosť na lekárskej starostlivosti, ako je človek spokojný so svojou pohyblivosťou, spánkom, ako pociťuje únavu, ako zvláda vykonávať každodenné pracovné činnosti.

*Druhú doménu* týkajúcu sa prežívania tvoril priemer zo šiestich otázok s číslom 5, 6, 7, 11, 19 a 26. Tieto otázky sú zamerané na potešenie zo života, zmysel života, schopnosť sústredenia, spokojnosť so sebou a na negatívne pocity ako je úzkosť, depresia alebo beznádej. Je to doména psychického zdravia.

*Tretiu doménu* týkajúcu sa sociálnych vzťahov, kde sú hodnotené osobné vzťahy, sexuálny život, spokojnosť s podporou priateľov, pocit osobného bezpečia, sme vyrátavali z priemerných hodnôt troch otázok pod číslom 20, 21 a 22.

*Poslednou doménou* je prostredie, ktorú prezentujú priemerné hodnoty ôsmich otázok pod číslom 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25. Tu sa zameriavame na finančnú situáciu, životné prostredie v okolí bydliska, informačné zdroje, dostupnosť zdravotnej starostlivosti a dopravy. Je to doména faktorov prostredia. Samostatné položky tvoria dve nezávislé otázky hodnotiace celkovú kvalitu života a spokojnosť so zdravím. Jedná sa o otázku číslo 1, ktorá hodnotí celkovú kvalitu života a otázku číslo 2, ktorá hodnotí zdravotný stav. Rozpätie hrubého skóre pri jednotlivých doménach je od minima 4 do maxima 20, pričom vyššia hodnota poukazuje na lepšiu kvalitu života (Dragomirecká, 2006).

Pre porovnanie dosiahnutých výsledkov so zdravou populáciou sme použili populačné normy (bežná populácia) prevzaté z Príručky pro uživatele dotazníku WHOQOL (Dragomirecká, Bartoňová, 2006). Získané dáta boli spracované v programe SPSS 20.0. deskriptívnou a indukčnou štatistikou. Bol použitý test ANOVA test - na analýzu kategoriálnych (viac ako 2 kategórie nominálnych) premenných a spojitých premenných výsledkov a Fisherov LSD post - hoc test na zistenie významnosti medzi aritmetickými priemerami medzi skupinami. V hodnotení testu ako štatisticky významne významnosti boli výsledky s hodnotou  $p < 0,05$ .

#### **1.4 Analýza výsledkov výskumu**

Sledovaný súbor tvorilo 80 pacientov s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc, z toho bolo 24% ( $n=19$ ) žien a 76% ( $n=61$ ) mužov. Priemerný vek respondentov bol  $45 \pm SD 9,1$  rokov. Výsledky sú uvedené v jednotlivých doménach (fyzické zdravie, prežívanie, sociálne vzťahy a prostredie). Samostatne sú vyhodnotené dve nezávislé položky týkajúce sa celkovej kvality života a zdravia (Tabuľka 1a, 1b). Výskumnú vzorku tvorilo 80 respondentov.

Z výsledkov vyhodnotenia dotazníka vyplýva, že opýtaní pacienti s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc v jednotlivých položkách dotazníka najlepšie hodnotili podporu priateľov, osobné vzťahy, zmysel života, prostredie v okolí bydliska, dostupnosť zdravotnej starostlivosti a aj životné prostredie. Naopak najhoršie hodnotili pracovný výkon, finančnú situáciu, závislosť na lekárskej starostlivosti, celkovú spokojnosť so zdravím, bolesť a nepríjemné pocity, energiu a únavu. Celkovú kvalitu života hodnotili skôr negatívne. V porovnaní našej vzorky s populačnou normou sme dospeli k záveru, že sú výrazné rozdiely medzi zdravou populáciou a pacientmi s diagnostikovanou chronickou obštrukčnou chorobou pľúc. Ide o tieto oblasti - hodnotenie celkovej kvality života a zdravia, ďalej vo vnímaní bolesti, závislosti na lekárskej starostlivosti, pociťovaní únavy. Ochorenie má negatívny vplyv na vykonávanie každodenných činností, pohyblivosť, spánok a pracovný výkon. Lepšie hodnotenia ako sú uvedené pri populačnej norme sme zistili pri hodnotení životného prostredia.

Pri hodnotení jednotlivých domén u pacientov s CHOCHP bola najlepšie hodnotená oblasť sociálnych vzťahov. Najnižšie skóre bolo dosiahnuté pri doméne fyzického zdravia.

Tabuľka 1a Priemerné skóre položiek dotazníka WHOQOL-BREF

<b>Doména</b>	<b>n</b>
Fyzické zdravie	47,36
Prežívanie	54,80
Sociálne vzťahy	61,81
Prostredie	52,84

Tabuľka 1b Priemerné skóre položiek dotazníka WHOQOL-BREF

<b>Položky</b>	<b>priemer</b>
Q1 celková kvalita života	2,95
Q2 spokojnosť so zdravím	2,6
q3 bolesť a nepríjemné pocity	2,65
q4 závislosť na lekárskej starostlivosti	2,5
q5 potešenie zo života	3,4
q6 zmysel života	3,61
q7 sústredenie	3,33
q8 osobné bezpečie	2,98
q9 životné prostredie	3,24
q10 energia a únava	2,71
q11 prijatie telesného vzhľadu	3,43
q12 finančná situácia	2,48
q13 prístup k informáciám	3,21
q14 záľuby	2,71
q15 pohyblivosť	2,84
q16 spánok	2,72
q17 každodenné činnosti	2,7
q18 pracovný výkon	2,44
q19 spokojnosť so sebou	2,91
q20 osobné vzťahy	3,6
q21 sexuálny život	3,19
q22 podpora priateľov	3,61
q23 prostredie v okolí bydliska	3,55
q24 dostupnosť zdravotnej starostlivosti	3,44
q25 doprava	3,05
q26 negatívne pocity	3,21

### 1.5 Porovnanie kvality života podľa klasifikácie GOLD chronickej obštrukčnej choroby pľúc

Závažnosť ochorenia určuje viacero faktorov, preto v roku 2011 svetová organizácia GOLD stanovila novú klasifikáciu, ktorá určuje štyri skupiny a to A, B, C a D. Základom pre stanovenie skupiny CHOCHP je spirometrické vyšetrenie, počet exacerbácií za rok a intenzita symptómov (podľa škály dušnosti MMRC alebo CAT dotazníka). Pri hodnotení jednotlivých domén u pacientov s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc z hľadiska závažnosti – stupňa ochorenia podľa klasifikácie GOLD A – D (tabuľka 2) pacienti najlepšie hodnotili sociálne vzťahy. Najhoršie hodnotili oblasť fyzického zdravia. V porovnaní jednotlivých stupňov ochorenia najhoršiu kvalitu života udávali respondenti zo skupiny klasifikácie ako GOLD C. Táto skupina má v porovnaní s GOLD A, B aj D najhoršie skóre vo všetkých štyroch doménach. Z dôvodu malého počtu - iba jeden respondent v skupine GOLD D nie je možné hodnotiť túto skupinu.

Tabuľka 2 Priemerné skóre domén WHOQOL-BREF u pacientov s CHOCHP podľa klasifikácie GOLD 2011

Doména	Stupeň CHOCHP	Priemer
Fyzické zdravie	GOLD A	53,96
	GOLD B	46,55
	GOLD C	40,59
	GOLD D	50,00
	Spolu	47,36

Prežívanie	GOLD A	58,12
	GOLD B	55,71
	GOLD C	48,95
	GOLD D	69,00
	Spolu	54,80
Sociálne vzťahy	GOLD A	66,85
	GOLD B	62,48
	GOLD C	54,32
	GOLD D	75,00
	Spolu	61,81
Prostredie	GOLD A	57,62
	GOLD B	53,10
	GOLD C	46,36
	GOLD D	63,00
	Spolu	52,84

Klasifikáciu GOLD sme hodnotili aj vo vzťahu k dvom nezávislým položkám z dotazníka WHOQOL-BREF a to „q1 celková kvalita života“ a „q2 spokojnosť so zdravím“ (tabuľka 3 a tabuľka 4).

Tabuľka 3 Klasifikácia GOLD verzus kvalita života

CHOCHP GOLD	Kvalita života				
	veľmi zlá	zlá	ani dobrá ani zlá	dobrá	veľmi dobrá
GOLD A	0	4	15	5	2
GOLD B	1	7	15	7	1
GOLD C	1	11	6	4	0
GOLD D	0	0	1	0	0
<b>n</b>	<b>2</b>	<b>22</b>	<b>37</b>	<b>16</b>	<b>3</b>

Pri porovnávaní celkovej kvality života podľa jednotlivých stupňov klasifikácie CHOCHP vidíme, že v skupinách GOLD A a GOLD B hodnotia pacienti kvalitu života prevažne ako ani dobrú, ani zlú. Avšak v skupine GOLD C je celková kvalita života hodnotená ako zlá.

Tabuľka 4 Klasifikácia GOLD verzus spokojnosť so zdravím.

CHOCHP GOLD	Spokojnosť so zdravím				
	--	-	0	+	++
GOLD A	0	9	11	6	0
GOLD B	1	12	15	2	1
GOLD C	1	16	5	0	0
GOLD D	0	1	0	0	0
<b>n</b>	<b>2</b>	<b>38</b>	<b>37</b>	<b>8</b>	<b>1</b>

Legenda: -- (veľmi nespokojný); - (nespokojný); 0 (ani spokojný, ani nespokojný); + (spokojný); ++ (veľmi spokojný).

V hodnotení celkovej spokojnosti so zdravím v jednotlivých skupinách klasifikácie podľa GOLD 2011 sú najviac nespokojní so zdravím respondenti v skupine GOLD C. V skupine GOLD B prevažuje nespokojnosť so zdravím, a to tak, že polovica respondentov udáva, že je ani spokojná, ani nespokojná a menšia časť tejto skupiny udáva nespokojnosť so zdravím. V skupine GOLD A je najmenšia nespokojnosť so zdravím, respondenti udávajú, že nie sú ani spokojní, ani nespokojní so svojím zdravím. Pri analýze hypotéz sme posudzovali štatistickú významnosť ANOVA testom, v prípade štatistickej významnosti podľa jednotlivých domén Fisherov LSD post - hoc testu. V hodnotení testu ako štatisticky významné boli výsledky na hladine významnosti s hodnotou  $p < 0,05$ .

Nami stanovená hypotéza znela: H1 Predpokladáme, že existuje štatisticky významný rozdiel vo vnímaní kvality života medzi pacientmi so stupňom ochorenia GOLD A, GOLD B, GOLD C. Pri posudzovaní štatistickej významnosti kvality života u pacientov s chronickou obštrukčnou chorobou medzi jednotlivými stupňami ochorenia a doménami sme zistili najvýznamnejšiu hladinu štatistickej významnosti pri **doméne fyzického zdravia**, kde  $p < 0,001$ . Ďalšie rozdiely na štatisticky signifikantnej hladine významnosti boli zistené v **doméne prostredia**  $p = 0,010$  a **doméne prežívania**  $p = 0,049$ . Pri vyhodnocovaní štatisticky signifikantnej významnosti rozdielov medzi jednotlivými stupňami ochorenia GOLD A, GOLD B, GOLD C sme zistili, že v doméne fyzického zdravia je štatisticky signifikantná významnosť medzi všetkými skupinami. V doméne prežívania je štatistická významnosť medzi GOLD A a GOLD C  $p = 0,017$ . V doméne sociálnych vzťahov a prostredia sme zistili štatistickú významnosť medzi skupinami GOLD A a GOLD C.

## 1.6 Diskusia

Chronická obštrukčná choroba pľúc je chronické civilizačné ochorenie, ktoré negatívne ovplyvňuje kvalitu života pacienta. Vo vysokej miere oslabuje dýchanie pacienta a obmedzuje ho aj po fyzickej, psychickej, sociálnej, ekonomickej stránke. Hlavným cieľom nášho výskumu bolo vyhodnotenie kvality života u pacientov so sledovaným ochorením. Výsledky poukazujú na to, že život človeka s chronickým ochorením je obmedzený v rôznych oblastiach kvality života. Pri sledovaní celkovej kvality života a zdravia u pacientov s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc sme zistili, že hodnotia túto oblasť horšie v porovnaní so zdravou populáciou. Avšak pri hodnotení jednotlivých aspektov týkajúcich sa celkovej kvality života a zdravia sa nepotvrdil rozdiel na štatisticky signifikantnej hladine významnosti.



Na túto tému bol na Slovensku v roku 2012 v Prešove vykonaný prieskum (Jusková, 2012) na vzorke 40 dispenzarizovaných pacientov. Sledovala sa informovanosť o ochorení, fyzické a psychické ťažkosti pri ochorení, zmena života vplyvom ochorenia, ale aj to s kým najčastejšie pacienti hovoria o svojom ochorení. Z výsledkov prieskumu vyplynulo, že pacienti kvalitu života hodnotili ako dobrú aj napriek tomu, že sa im život negatívne zmenil vplyvom ochorenia. Čo sa týka informácií, majú ich dostatok – prevláda internetový zdroj, ťažkosti vykazujú pri ťažších fyzických aktivitách a ochorenie ovplyvňuje aj ich psychický stav. Výsledky tohto prieskumu korelujú s našim výskumom, kde celkovú kvalitu života a zdravia pacienti pri svojom ochorení hodnotili ako dobrú.

Nonato et al. (2015) realizovali zaujímavú prierezovú štúdiu na vzorke 253 pacientov z dvoch latinskoamerických centier (Brazília a Čile) s klinickou diagnózou chronická obštrukčná choroba pľúc, podľa GOLD kritérií (štádií ochorenia). So záverom vyplynulo, že existuje súvislosť medzi kvalitou života v rámci celého spektra rôznych foriem chronickej obštrukčnej choroby pľúc. Potvrdilo sa, že už v skorých štádiách ochorenia je kvalita života pacientov narušená. Pacienti s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc udávajú často zlú kvalitu života v dôsledku príznakov choroby a nižšej fyzickej výkonnosti.

Dôležitým aspektom denných aktivít pacientov je chôdza, ktorá je závislá na respiračných funkciách, od kardiopulmonálneho stavu, výživy a sily periférneho svalstva. Výsledky tejto štúdie jasne ukazujú, že funkčné obmedzenie u pacientov s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc ovplyvňuje kvalitu ich života už aj pri miernom stupni (podľa GOLD stupeň 2), kedy je obmedzená fyzická aktivita. Na Slovensku v roku 2012 bol agentúrou GfK pre spoločnosť Glaxo Smith Kline uskutočnený prieskum GOLD Guidelines, ktorý bol zameraný na chronickú obštrukčnú chorobu pľúc. Bolo

zapojených 46 lekárov – pneumológov a 519 pacientov. Najzávažnejším symptómom tohto ochorenia bola potvrdená dýchavica, definovaná ako pocit nedostatku vzduchu. Preukázalo sa aj vysoké percento vzniku komorbidít, hlavne kardiovaskulárnych. Podľa prieskumu trpí kardiovaskulárnym ochorením až 80% pacientov s diagnózou chronická obštrukčná choroba pľúc. Najvýznamnejším faktorom vzniku a zhoršovania ochorenia bolo preukázané fajčenie, čo predstavovalo až 79% slovenských pacientov. Odhalené však bolo aj to, že až 40% pacientov sa nechce vzdať fajčenia aj napriek závažnosti ochorenia.

Pri porovnávaní ťažkostí medzi jednotlivými stupňami ochorenia podľa klasifikácie GOLD 2011, kde sú definované štyri stupne ochorenia, najväčšie ťažkosti udávali respondenti s klasifikáciou GOLD C. Keďže v skupine GOLD D sme mali iba jedného respondenta, túto skupinu sme nemohli hodnotiť, ani ju zaradiť do hodnotenia vzťahov medzi skupinami a jednotlivými doménami. Preto udávame výsledky štatistickej významnosti medzi prvými tromi skupinami a jednotlivými doménami, kde sa nám potvrdila štatistická hladina významnosti v doméne fyzického zdravia ( $p = 0,001$ ) a v doméne prostredia ( $p = 0,010$ ). Konkrétnejšie pri doméne fyzického zdravia pacienti so stupňom ochorenia GOLD B udávali 7,413 násobne horšie ťažkosti ako v skupine GOLD A. Pri porovnaní stupňa ochorenia GOLD C a GOLD A boli 13,371 násobne väčšie ťažkosti v skupine GOLD C. Medzi stupňami GOLD B a GOLD C boli 5,957 násobne horšie ťažkosti v skupine GOLD C. Pri doméne prostredia 11,252 násobne horšie hodnotenie bolo pri stupni ochorenia GOLD C ako pri stupni GOLD A. V doméne sociálnych vzťahov neboli rozdiely na štatisticky významnej úrovni, ale post hoc testami bolo zistené 12,528 násobne horšie hodnotenie v skupine pacientov so stupňom ochorenia GOLD C ako GOLD A.

Na základe našich výsledkov môžeme odporučiť naďalej zapájať hlavne sestry, ale aj všetkých zdravotníckych pracovníkov do edukácie pacientov o škodlivosti nikotinizmu a význame jeho vylúčenia zo života. Pacienti by sa mali vyhýbať namáhavým činnostiam, pravidelne užívať lieky, venovať dostatok času rehabilitácií, hlavne dýchacím cvičeniam zameraným na odstraňovanie hlienov z dýchacích ciest.

Mali by podporovať zdravý životný štýl, venovať sa rekreačným športom, zdravo a pestro sa stravovať. Je dôležité šíriť osvetu o chronickej obštrukčnej chorobe pľúc a zvýšiť povedomie verejnosti o prejavoch a rizikách tohto ochorenia. Je potrebné poukázať na absenciu úcty jedinca celej spoločnosti k životu i vlastnému zdraviu. Preto považujeme za mimoriadne dôležitú sústavnú edukáciu o problematike fajčenia už u študentov základných a stredných škôl.

## 1.7 Záver

Chronická obštrukčná choroba pľúc je celoživotné chronické pľúcne ochorenie predstavujúce závažný ošetrovateľský, ekonomický a spoločenský problém. Slovensku sa začali v súvislosti so stúpajúcim výskytom tohto ochorenia realizovať rôzne podujatia s cieľom vzdelávať verejnosť a zvyšovať povedomie o tejto pomaly progredujúcej chorobe. Od septembra 2014 nadačný fond Pre zdravé pľúca realizuje **CHOCHP Tour** po Slovensku, kde si môžu obyvatelia miest bezplatne zmerať spirometrickým vyšetrením svoju kapacitu pľúc. Podujatie má upriamiť pozornosť na chronickú obštrukčnú chorobu pľúc a jej dôsledky. Každoročne patrí **tretia novembrová streda Svetovému dňu chronickej obštrukčnej choroby pľúc**. Štatistika tohto závažného ochorenia na Slovensku je sledovaná NCZI, ktoré poukazuje na dlhodobo zvyšujúci sa počet pacientov s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc. Podľa údajov NCZI bolo v roku 2000 evidovaných 52 215 pacientov na

pneumologických ambulanciách, v roku 2014 bol ich počet 86 979, teda takmer o 35-tisíc vyšší. Tieto čísla poukazujú na skutočnosť, že je potrebné venovať veľkú pozornosť primárnej prevencii respiračných ochorení, odstraňovaniu rizikových faktorov a podpore zdravého životného štýlu v celej populácii.

## 2 ZVLÁDANIE BOLESTI U ONKOLOGICKÝCH PACIENTOV Z PSYCHOSOCIÁLNEHO HĽADISKA

Onkologické ochorenie a bolesť, ktorá vzniká mnohokrát následkom primárneho ochorenia alebo protinádorovej terapie, spôsobuje u jedinca radikálnu zmenu v spôsobe jeho života. To, ako sa jednotlivец vyrovná s chorobou a tiež ako zvládne nároky vyplývajúce z ochorenia, predstavuje významný moment v efektívnosti terapie. Dôležitú úlohu v tomto procese zohráva, ako sa jedinec adaptuje na vzniknuté situácie i aké stratégie zvládania uplatní. Sestra, ktorá je s pacientom počas celej liečby, má možnosť pomôcť mu v týchto závažných okamihoch jeho života, predovšetkým humanistickou ošetrovateľskou starostlivosťou – ľudským prístupom a schopnosťou pomáhať (Kvasničková, Kilíková, 2016), empatiou a vytváraním vzťahu dôvery, načúvaním, radou.

S prežívaním onkologického ochorenia a podľa Knoteka (2011b) aj s trvaním bolesti, stúpa pravdepodobnosť výskytu psychologických a fyziologických zmien v organizme. Bolesť akútna sa mení na bolesť chronickú, ktorá narúša mechanizmus bolesti, procesy prirodzenej analgézie, hojenia, v konečnom dôsledku vyčerpáva organizmus, ovplyvňuje negatívne afektívne ladenie, postoj a hodnotenie k sebe samému, správanie a vzťahy k príbuzným. Kognitívne spracovávanie bolesti je významné pre vznik názorov a postojov k bolesti. Pri akútnej bolesti dominuje jej intenzita. Pokiaľ bolesť pretrváva a objavujú sa nežiaduce súvislosti (telesný diskomfort, obavy o život), stúpa **nepríjemnosť bolesti**, vzniká prvá afektívna fáza bolesti, ktorá plynule prechádza do strachu z bolesti. **Strach** predstavuje dominantný faktor psychologických zmien, objavujúci sa v súvislosti so vznikom chronickej bolesti. Názory a postoje k bolesti sú výsledkom doterajších skúseností s bolesťou, tie sa v priebehu bolestivých stavov menia a predstavujú určujúci činiteľ

vo vývoji bolesti. Pokiaľ zľaknutie, strach z bolesti a jej pozorovanie dlhodobo pretrvávajú, narúšajú somatickú, psychickú a sociálnu integritu chorého. Primeraný strach podporuje aktívnu spoluprácu pri liečbe, vedie k adaptácii a uzdraveniu. Naopak silný strach z bolesti vyúsťuje do hyperalgézie, hyperestézie a maladaptácie. Absencia strachu však môže viesť k zanedbaniu liečby.

## 2.1 Úlohy sestry pri zvládaní pacientovej bolesti

V súvislosti so zvládaním ochorenia, či bolesti si dovoľíme priblížiť pojem **coping**. Dimunová (2014) sa stotožňuje s definíciou copingu podľa Křivohlavého z roku 1994, keď uvádza, že coping je pojmom, ktorý popisuje snahu tolerovať, riadiť, redukovať vonkajšie a vnútorné požiadavky, ktoré značne zaťažujú a namáhajú, alebo prevyšujú možnosti daného jedinca. Autorky Bérešová, Dimunová (2015) vnímajú coping ako úsilie prekonávania situácií, ktoré vynucujú alebo prevyšujú mieru adaptácie dispozícii jedinca. Môžeme ním tiež označiť všetky spôsoby správania sa, ktoré jedinec využíva na zvládanie závažných životných udalostí. Zvládanie problémov v živote má charakter dynamického procesu, kedy dochádza k vzájomným kontaktom medzi jedincom a zdravotnou ťažkosťou. Počas zvládania stresu dochádza k akciám a reakciám na jednej aj druhej strane (Křivohlavý, 2002). Stres vzniká, ak požiadavky a nároky v súvislosti s ochorením, prevyšujú schopnosti jedinca prispôbiť sa. Následne sa spustia obranné mechanizmy. Priebeh ochorenia významne ovplyvňuje to, ako jedinec konkrétnu situáciu prežíva a akú emocionálnu a sociálnu oporu dostáva konkretizujú Vyšňanová, Tomášková (2011).

Coping v kontexte prežívania bolesti predstavuje hodnotenie vlastných schopností **efektívne zvládať bolesť**. Môžeme ho charakterizovať ako rázcestie medzi adaptívnym a maladaptívnym vývojom bolesti. Výsledok copingu zahŕňa aktívny prístup k liečbe,

rehabilitácii a adaptívne spávanie, alebo vyhybavé správanie, úzkostné unikanie a podliehanie bolesti. **Efektívny coping** stabilizuje psychické procesy podobne ako homeostáza stabilizuje vnútorné prostredie organizmu, zahŕňa hodnotenie bolesti ako výzvy, mobilizujúce afektívne zmeny a realistické vnímanie informácií o bolesti. Podporuje obnovu sociálnej a psychickej integrácie po odstránení bolesti, prípadne relatívnu adaptáciu na neustupujúcu bolesť. Pozitívnym výsledkom copingu po prežívaní bolesti a strachu o život môže byť tiež prehodnotenie malicherných záujmov, hodnôt a konfliktov s ľuďmi. Výsledkom **zlyhania copingu** je **utrpenie** ako komplex negatívnych kognitívnych (negatívne vnímanie a hodnotenie seba samého, druhých ľudí, až strata zmyslu existencie) a afektívnych (zlosť, depresia, úzkosť, pričom tieto komponenty zodpovedajú druhej afektívnej fáze bolesti) procesov. Negatívne afekty poškodzujú kognitívne procesy (hodnotenie a názory na bolesť), konkrétne úzkosť zvyšuje tendenciu k unikaniu a vnímanie ohrozenia, zlosť zvyšuje tendenciu k útočeniu a vnímanie ohrozenia, depresia vyústi k pocitu bezmocnosti a utlmeniu aktivity, čím sa vníma situácia ako neriešiteľná (Brožek, Knotek, 2015).

Jednou z možností, ktorá ponúka pacientom a ich príbuzným zvládnuť onkologické ochorenie s jeho ťažkosťami, a tiež ďalšie spôsoby a stratégie, je psychoonkológia (Vyšňanová, Tomášková, 2011). **Psychoonkológia** predstavuje profesionálne doprevádzanie a liečbu psychických zmien a ťažkostí počas onkologického ochorenia a po ňom. Cieľom psychoonkologickej starostlivosti o pacientov je rozpoznanie, osvojenie a využitie obranných stratégií, zlepšenie psychickej situácie pacienta, sociálnych vzťahov a aktivít, zvýšenie pocitu vlastnej hodnoty, podpora pri hľadaní zmyslu života, sprostredkovanie stratégií zvládania (Angenendt, Schutze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010).

Otrubová, Haluzová, Jankechová (2012) konkretizujú, že copingovými stratégiami zvládania sa primárne zaoberá psychológia, no aj v kontexte ošetrovateľstva má veľký význam poznať ich a využívať. **Stratégie zvládania** predstavujú starostlivo vypracovaný postup na dosiahnutie určitého cieľa. Poznáme stratégie **zamerané na riešenie problému**, vzniknutého vplyvom ochorenia, kedy sa vynakladá snaha a aktivita riešiť konkrétnu situáciu (odstránenie bolesti). Ďalej sú známe stratégie **sústredené na vyrovnávanie sa s emocionálnym stavom**, kedy sa reguluje emocionálny stav zmenený vplyvom ochorenia (bolesti), zmierňujú sa obavy a strach. Obe stratégie sa objavujú súčasne, príklon k častejšiemu výskytu určitej stratégie je ovplyvnený kultúrou a rodinnou výchovou jedinca (Křivohlavý, 2002).

Možné stratégie zvládania prítomné u pacientov uvádzame v tabuľke 1 spracované podľa Angenendt, Schutze-Kreilkamp, Tschuschke (2010, s. 100-103). Napriek tomu, že pacienti využívajú rôzne spôsoby zvládania záťaže, miera, do akej prijímu určité copingové stratégie, závisí na spôsobe, akým vnímajú svoje ochorenie (Hopman, Rijken, 2015). Špecifický okruh procesov zabezpečujúcich adaptáciu na bolestivý stav zahŕňa termín **sociálny coping**. Zavadilová, Knotek (2006) uvádza, že sociálny coping je dynamický proces obnovy psychickej stability, sociálnej integrity a adaptívneho správania u pacienta prostredníctvom komunikácie s druhými ľuďmi. Vzniknuté zmeny môžu pokračovať konštruktívne a adaptívne, alebo deštruktívne a maladaptívne. Následky chronickej bolesti môžu harmonizovať i rozvrátiť sociálne prostredie pacienta a jeho rodinu (Knotek, 2011b). Sociálny coping bolesti prebieha za účasti dvoch podmienok. U pacienta je prítomná potreba pomoci, teda spoluúčasti druhých pri zvládaní záťaže plynúcej z prítomnej bolesti. Druhí vnímajú, že jedinec trpiaci bolesťou potrebuje pomoc a sú ochotní mu danú pomoc poskytnúť (Zavadilová, Knotek, 2006).



**Sociálna opora** predstavuje pomoc poskytovanú inými ľuďmi jedincovi v záťažovej situácii, ide o akúsi ochrannú bariéru onkologického pacienta (Křivohlavý, 2003). Zahŕňa okrem podpory **priateľov** a **rodiny**, aj podporu **zdravotníkov** so svojimi schopnosťami a znalosťami. V rámci sociálnej opory rozlišujeme **poskytovanú a prijímanú sociálnu oporu**, kedy poskytovanú oporu zahŕňa všetko, čo je pre danú osobu určené a prijímanú oporu charakterizuje to, čo daná osoba reálne dostane. Prijemca je ten jedinec, ktorý sociálnu oporu dostáva a pomáhajúci ten, kto ju poskytuje. Ďalej poznáme **očakávanú a doručenú sociálnu oporu**, kedy rozlišujeme, akú sociálnu pomoc jedinec očakáva, že mu bude poskytnutá, a ako daný jedinec vníma skutočne získanú oporu. **Očakávaná** sociálna opora predstavuje mieru osobného presvedčenia jedinca, že je ostatnými ľuďmi akceptovaný, že sú mu ochotný pomôcť, a že si ho vážia, teda je sociálne začlenený (Křivohlavý, 2003).

Medzi jednotlivé spôsoby sociálnej opory sa podľa viacerých autorov (Dobříková, Lekárová, 2010; Hanzalíková, Weberová, 2012, Bačová, Žiaková, Katreniaková, 2015) zaraďujú nasledovné intervencie:

1. **informačná opora** – pacientovi sú poskytnuté informácie, ktoré by mu mali pomôcť v danej situácii, patrí tu tiež zisťovanie informácií o pacientových potrebách a jeho predstavách, vzhľadom na novovzniknutú situáciu,
2. **emocionálna opora** – pacientovi je prostredníctvom empatickej formy podaná emocionálna blízkosť,
3. **inštrumentálna opora** – predstavuje pre pacienta konkrétnu formu materiálnej pomoci (napr. finančná pomoc), tzv. asistencia potrebným,
4. **hodnotiacia opora** – prostredníctvom úcty a rešpektu je podporovaná autoregulácia pacienta a posilnenie jeho sebavedomia.

Tabuľka 1 Príklady stratégií zvládania u pacienta

<b>Odklon od ochorenia</b>	kognitívne rozptýlenie (čítanie, diskutovanie, písanie kníh), rozptyľujúce aktivity, pozitívne predstavy, idealistické prania (zbožné), kontrola rozrušenia (vedomé vyhýbanie sa nepríjemným myšlienkam), kompenzácia potrieb (napr. počúvanie hudby), plnenie tajných prání
<b>Kognitívne usporiadanie/postoj</b>	humor, pozitívne preformulovanie, anticipácia (predpovedanie priebehu ochorenia), atribúcia (snaha nájsť dôvody vzniku ochorenia), relativizácia, hľadanie zmyslu
<b>Rezignácia/pasívne prijatie</b>	vyčkávanie, sťažovanie sa, rezignácia (beznádej, nedostatok odvahy, očakávanie negatívnej budúcnosti), aktívne vyhýbanie sa ochoreniu, sociálny únik (izolácia od rodiny), stoicizmus (vzdorovitý postoj), fatalizmus
<b>Kompliancia (ochota spolupracovať)</b>	akceptácia, aktívna/ pasívna spolupráca na terapii, hľadanie informácií o terapii
<b>Sociálne kontakty</b>	hľadanie emočnej podpory, altruizmus (pomoc iným chorým), modelové učenie (orientácia na ostatných), sociálne rozptýlenie (vyhľadávanie sociálnych kontaktov)
<b>Bojové nastavenie</b>	odpor voči osudu, optimizmus, nádej, vlastná iniciatíva vyriešiť ťažkosti, zlepšenie pocitu vlastnej hodnoty, sebakontrola k zachovaniu bojového nastavenia

**Psychoterapia** chronickej bolesti pozostáva z kontroly a opravy kognitívnych procesov, afektov a správania. Základom je odvádzanie bolesti a záujmov pacienta od somatických príznakov, užívania liekov a výsledkov vyšetrení k fungovaniu v bežnom živote. Ak návrat nie je možný, je potrebné osvojenie si novej sociálnej integrácie a náhradných životných aktivít, teda akceptovanie potrebných opatrení pri danej disabilite (Knotek, 2011b). Podporná krátkodobá psychoterapia v liečbe nádorovej bolesti je podľa Blažkovej (2012) vhodná vo fáze adaptácie na bolesť. Pacient okrem bolesti, pociťuje strach. Cíti sa slabý a vyčerpaný, trpí stavmi úzkosti, depresie, nespavosťou a obavami z ďalšieho ataku bolesti. Potrebuje človeka (podpornú osobu/podporný systém), ktorý mu bude oporou, s ktorým môže zdieľať svoje ťažkosti. V rámci ošetrovateľskej starostlivosti je prostredníctvom efektívnej komunikácie potrebné poskytovať pacientovi informácie, podporu, optimistický pohľad do budúcnosti a tiež ho oboznamovať s možnosťami odbúravania stresu, motivovať ho k využívaniu účinných copingových stratégií a k vedeniu správneho životného štýlu. Pomoc pacientovi, jeho rodine, prípadne iným osobám predstavuje neoddeliteľnú súčasť onkologickej starostlivosti (Yarbro, Wujcik, Gobel, 2011).

## 2.2 Metodika výskum

Bolesť je komplexný biopsychosociálny jav a u onkologických pacientov predstavuje najčastejší problém, ktorý je sprevádzaný strachom, neistotou a obavami z budúcnosti, rovnako i sociálnymi problémami. Vo výskume sme sa zamerali na zvládanie bolesti u onkologických pacientov z psycho-sociálneho hľadiska, predovšetkým na prežívanie bolesti a strachu a na ich zvládanie v súvislosti s požadovanou sociálnou oporou.

Súčasťou *metodiky výskumu* sú dva dotazníky. Dotazník č. 1, ktorého autorom je Knotek (2011a), je zameraný na **psychické**

**spracovávanie bolesti (PZB)** Obsahuje dve vizuálne analógové škály, konkrétne škálu zameranú na intenzitu bolesti a nepríjemnosť bolesti (**VAS-I**, **VAS-N**). Vizuálne analógové škály predstavujú úsečky merajúce 10 cm, ktoré slúžia na vyhodnotenie pocitu bolesti, pričom pravý okraj predstavuje najhorší možný pocit, aký pacient môže pociťovať, ľavý okraj naopak. Súčasťou dotazníka je 34 položiek vo forme tvrdení, ktoré vytvárajú 6 stupní. Stupnice zahŕňajú jednotlivé psychologické procesy prebiehajúce pri chronickej bolesti. Pacienti v nich označujú, do akej miery dané tvrdenie zodpovedá ich pocitom, pričom si vyberajú zo 4 stupňov skóre (1 - nie, 2 - skôr nie, 3 - skôr áno, 4 - áno).

Prvá stupnica zahŕňa **očakávané bolesti (OB)**, je tvorená 5 položkami (1, **8**, **13**, 22, 26), pričom položky **8** a **13** sa skórujú opačne (4. stupeň skórujeme ako 1., 2. ako 3. atď.). Druhá stupnica zahŕňa **strach z bolesti (SB)**, tvorí ju 7 položiek (3, 6, 10, 14, 18, 20, 24). Tretia stupnica zahŕňa **rezignáciu (RE)**, je tvorená 4 položkami (5, 11, 16, 25). Štvrtá stupnica zahŕňa **zmena seba (ZS)**, tvorí ju 7 položiek (28, 29, 30, 31, 32, 33, 34). Piatu stupnicu zahŕňa **únava a vyčerpanie v rodinnom prostredí (RÚ)**, tvorí ju 6 položiek (2, 7, 12, 17, 21, 27). Šiestu stupnicu zahŕňa **konflikt v rodine (RK)**, tvorí ju 6 položiek (4, 9, 15, 19, 23, 27).

Dotazník č. 2 je zameraný na **sociálny coping chronickej bolesti (DSCCB)** (Zavadilová, Knotek, 2006). Sociálnu oporu sme skúmali prostredníctvom dotazníka **DSCCB**, ktorý zahŕňal 11 položiek vytvárajúcich dve škály. Položky sú formulované ako tvrdenia, pacient vyjadruje svoju mieru súhlasu, resp. nesúhlasu (1 – silne nesúhlasím, 2 – nesúhlasím, 3 – súhlasím, 4 – silne súhlasím). Prvá škála zahŕňa **požadovanú sociálnu oporu (SOP)**. Tento faktor charakterizuje aktuálnu potrebu sociálnej opory pre zvládanie bolesti. Tvorí ju 4 položky (1, 3, 5, 7). Druhá škála zahŕňa **vnímanú sociálnu oporu (SOV)**, charakterizuje pacientovo aktuálne vnímanie

ochoty blízkých pomáhať pri jeho bolestiach. Tvoria ju 7 položiek (2, 4, 6, 8, 9, 10, 11). Sociálna opora požadovaná (pomoc, pochopenie od druhých ľudí) vplyva viac na proces zvládania bolesti, vypovedá o pocitoch a potrebách pacienta. Oba dotazníky boli **validizované vyššie uvedenými autormi** a my sme ich preložili z českého do slovenského jazyka.

Výskum bol realizovaný vo **Východoslovenskom onkologickom ústave a.s., v Košiciach**, na základe schválenia žiadosti etickou komisiou uvedeného zdravotníckeho zariadenia. Prebiehal v období od 11/2014 – 02/2015 (podľa Hudáková, 2015). Dotazníky sme distribuovali pacientom počas hospitalizácie konkrétne na oddeleniach Klinickej onkológie 1. a 2. a Radiačnej onkológie 1. a 2.. Spolu sme distribuovali 100 dotazníkov, ktoré boli anonymné a ich vyplnenie bolo dobrovoľné. Hospitalizovaní pacienti sa nachádzali v rôznych štádiách ochorenia a nie všetci z nich pociťovali bolesť. Celková návratnosť bola 74 dotazníkov (74 %).

**Výskumnú vzorku** tvorilo 74 zo 100 oslovených pacientov pociťujúcich bolesť. Vzorku z hľadiska pohlavia tvorilo 36 žien (49%) a 38 mužov (51%). Údaje boli spracované a vyhodnotené prostredníctvom štatistického programu STATISTICA verzia 12. Na spracovanie výsledkov sme využili metódy deskriptívnej štatistiky. Prezentujeme vybranú časť našich výsledkov v súvislosti so zvládaním onkologickej bolesti u pacientov z hľadiska rodových rozdielov.

### **2.3 Výsledky výskumu**

Na základe zistení (tabuľka 2) v rámci dotazníka psychického spracovávanía bolesti vo výskumnej vzorke onkologických pacientov si dovoľíme uviesť, že pri **porovnaní jednotlivých stupníc medzi ženami a mužmi**, sme dospeli k týmto záverom:

- vyššiu intenzitu a nepríjemnosť bolesti uvádzajú muži (VAS I:  $M = 4,14$ ,  $SD \pm 4,14$ ; VAS N:  $M = 4,24$ ,  $SD \pm 2,10$ ) oproti ženám (VAS I:  $M = 3,86$ ,  $SD \pm 2,34$ ; VAS N:  $M = 4,09$ ,  $SD \pm 2,59$ ),
- očakávanie bolesti je v priemere vyššie u žien ( $M = 12,75$ ,  $SD \pm 2,13$ ) ako u mužov ( $M = 11,95$ ,  $SD \pm 1,54$ ),
- strach z bolesti je u onkologických pacientov mužského pohlavia vyšší ( $M = 23,76$ ,  $SD \pm 3,29$ ) ako u žien ( $M = 23,03$ ,  $SD \pm 4,22$ )
- rezignácia z bolesti je prítomná viac u žien ( $M = 11,22$ ,  $SD \pm 2,79$ ) ako u mužov ( $M = 10,45$ ,  $SD \pm 2,55$ ),
- zmena seba je vyššia u mužov ( $M = 16,76$ ,  $SD \pm 4,66$ ) ako u žien ( $M = 16,25$ ,  $SD \pm 5,37$ ),
- únava v rodine je výraznejšia u mužov ( $M = 13,81$ ,  $SD \pm 3,42$ ) ako u žien ( $M = 12,13$ ,  $SD \pm 3,19$ ),
- konflikt v rodine je v priemere výraznejší u mužov ( $M = 11,29$ ,  $SD \pm 2,78$ ) ako u žien ( $M = 10,78$ ,  $SD \pm 2,89$ ).

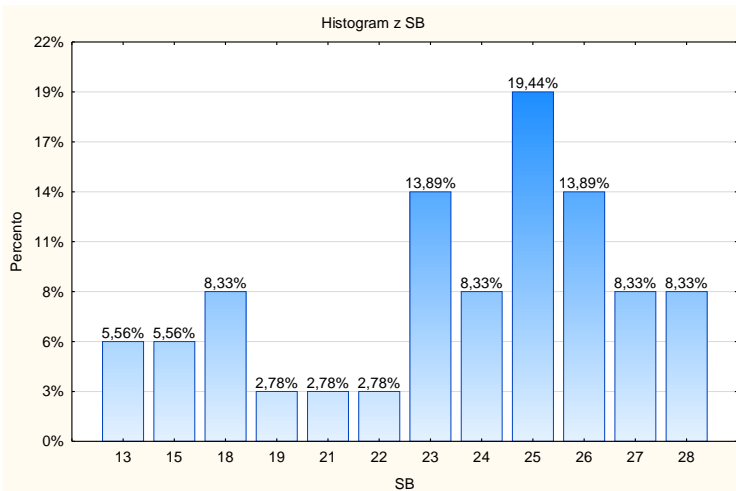
Tabuľka 2 Charakteristika premenných v rámci PZB.

Premenná	Názov	PZB - ženy N=36		PZB - muži N=38	
		Mean	SD	Mean	SD
<b>VAS I</b>	Intenzita bolesti	3,86	2,34	4,14	1,92
<b>VAS N</b>	Nepříjemnosť bolesti	4,09	2,59	4,24	2,11
<b>OB</b>	Očakávanie bolesti	12,75	2,13	11,95	1,54
<b>SB</b>	Strach z bolesti	23,03	4,22	23,76	3,29
<b>RE</b>	Rezignácia	11,22	2,80	10,45	2,55
<b>ZS</b>	Zmena seba	16,25	5,37	16,76	4,66
<b>RÚ</b>	Rodina - únava	12,14	3,19	13,82	3,42
<b>RK</b>	Rodina - konflikt	10,78	2,90	11,29	2,79

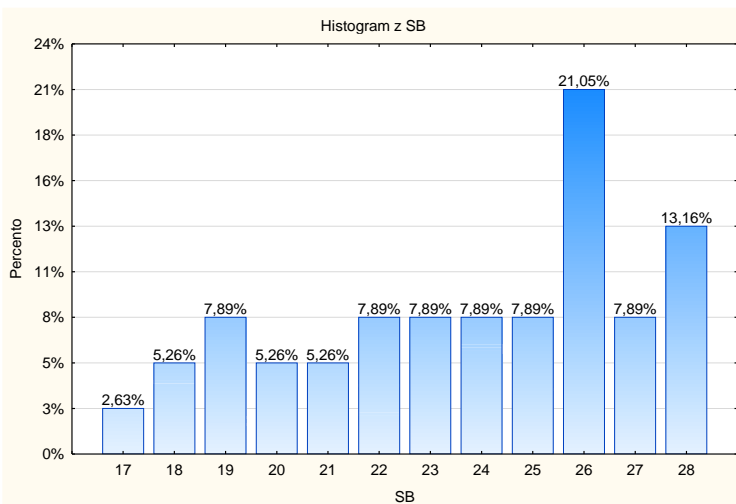
Graf 1 zobrazuje výsledky spracovania stupnice **strach z bolesti (SB)** vo výskumnej vzorke onkologických pacientov ženského pohlavia. Z výsledkov je zrejmé, že najnižšie skóre v tejto výskumnej vzorke má hodnotu 13, ktorú udali 2 pacientky z 36 (5,56%). Najvyššie skóre má hodnotu 28, udané 3 pacientkami (8,33%). Najčastejšie skóre, má hodnotu 25, uviedlo ho 7 pacientiek (19,44%). Druhé najčastejšie sa vyskytujúce skóre sú 23 a 26, obe uviedlo po 5 pacientiek (13,89%). Percentuálne zastúpenie skóre SB vo výskumnej vzorke mužov zobrazuje graf 2. Najnižšie skóre v tejto vzorke má hodnotu 17, ktorú udal jeden pacient (2,63%). Najvyššie skóre má hodnotu 28, udané od 5 pacientov (13,16%), predstavuje druhé najčastejšie sa vyskytujúce skóre. Najčastejšie skóre, ktoré udalo 8 pacientov (21,05%), má hodnotu 26.

Graf 3 zobrazuje vyhodnotenie škály **sociálna opora požadovaná (SOP)** vo výskumnej vzorke žien, pričom vychádzame z dotazníka sociálneho copingu chronickej bolesti (dotazník č. 2). Z výsledkov môžeme vidieť, že najnižšie skóre v tejto vzorke má hodnotu 7, ktorú udala jedna pacientka z 36 (2,78%). Najvyššie skóre má hodnotu 16, udané od jednej pacientky (2,78%). Najčastejšie skóre, ktoré udalo 10 pacientiek (27,78%), má hodnotu 11. Druhé najčastejšie skóre má hodnotu 13, uviedlo ho 8 pacientiek (22,22%). Percentuálne zastúpenie skóre SOP vo výskumnej vzorke mužov zobrazuje graf 4. Najnižšie skóre v tejto výskumnej vzorke má hodnotu 6, ktorú udali 2 pacienti z 38 (5,26%). Najvyššie skóre má hodnotu 15, udané od 2 pacientov (5,26%). Najčastejšie skóre, ktoré udalo 8 pacientov (21,05%), má hodnotu 12, ďalšie najčastejšie majú hodnotu 10 a 11, udalo ich pri oboch skóre 7 pacientov (18,42%).

Skóre s nižšou hodnotou poukazuje na to, že pacient požaduje menšiu sociálnu oporu od druhých ľudí, a naopak skóre s vyššou hodnotou, hovorí o väčšej požadovanej sociálnej opore.

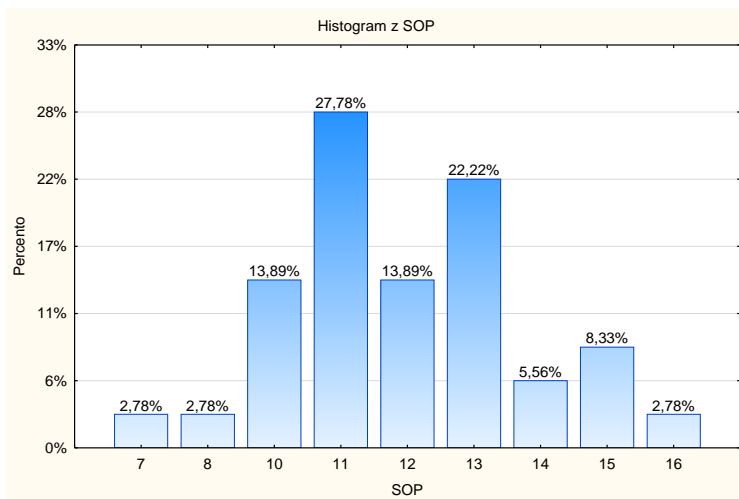


Graf 1 Strach z bolesti u žien

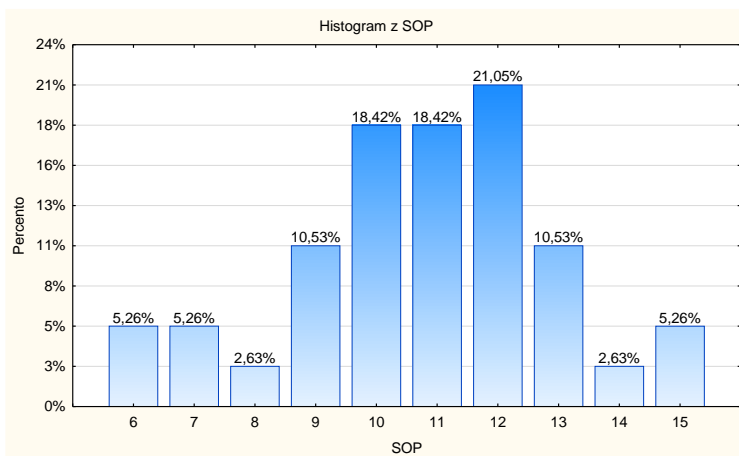


Graf 2 Strach z bolesti u mužov





Graf 3 Požadovaná sociálna opora u žien



Graf 4 Požadovaná sociálna opora u mužov

## 2.4 Diskusia

Vnímanie a interpretácia bolesti je medzi mužským a ženským pohlavím rozdielna interpretuje Rokyta et al. (2009) a tiež uvádza, že vo viacerých štúdiách bolo potvrdené, že ženy vnímajú bolesť viac, pretože majú nižší prah bolesti. Podľa Zacharovej (2008) strach a úzkosť, patria k najčastejším emočným sprievodným javom bolesti, ktoré zosilňujú bolestivý zážitok. Čím viac obmedzuje bolesť sociálne aktivity a bežný život, tým sú väčšie emočné reakcie pacienta. Blažková (2012) uvádza, že jedinec, ktorý sa stane onkologickým pacientom, sa dostáva do hraničnej životnej situácie, ktorá ho dostáva z všednej existencie, do stavu uvedomovania si bytia. V momente objavenia nádorovej bolesti, sa jedinec začne vedome vyrovnávať so strachom so smrťou. Strach z bolesti u onkologických pacientov, je preto omnoho výraznejší ako pri bolesti vyskytujúcej sa pri nenádorovom ochorení. Pre porovnanie v našom výskume priemerné skóre premennej strach z bolesti bolo  $M = 23,41$  ( $SD \pm 3,76$ ), Vo výskume Dobříkovej, Weberovej (2013) vo výskumnej vzorke onkologických pacientov bolo priemerné skóre tejto premennej  $M = 20,49$  ( $SD \pm 4,71$ ) a vo výskume Knoteka (2011b) vo výskumnej vzorke pacientov s chronickou nenádorovou bolesťou bola hodnota priemerného skóre strachu z bolesti  $M = 16,64$  ( $SD \pm 5,58$ ), teda hodnota nižšia, čo vysvetľuje predchádzajúce tvrdenia.

Podľa Trachtovej et al. (2013) strach znižuje prah bolesti, pacienti vnímajú bolesť silnejšie. Dobříková (2008) uvádza, že muži sa zdajú viac zasiahnúť bolesťou ako ženy, a tiež že existencia manželstva sa spája s lepším prispôbením sa zdravotným ťažkostiam. Zacharová (2014) uvádza, že onkologický pacienti, ktorí majú silnú oporu v priateľoch a rodine, sú v procese terapie psychicky odolnejší, majú väčšiu motiváciu k aktívnemu zapájaniu sa do liečebného procesu. Podľa Palkovej, Berča a kol. (2010) udalosti, ktoré sa odohrávajú v rodine vplyvom onkologického ochorenia, môžu byť stmeliť

rodinu, alebo pôsobia deštruktívne, pričom v rodine vznikajú konflikty, hádky, narúšajú sa vzťahy medzi jej členmi. Tschuschke (2004) uvádza, že štúdia od Koopmana et al. (1998) potvrdzuje, že sociálna a emocionálna opora poskytovaná najbližšími rodinnými príslušníkmi pôsobí povzbudivo proti prežívanému stresu vzniknutého z ochorenia a bolesti, a že averzná opora (napr. nedostatočná, alebo minimálna opora), môže viesť ešte k nárastu už prežívaného stresu. Zavadilová, Knotek (2006) charakterizujú, že požadovaná sociálna opora koreluje s očakávaním bolesti v budúcnosti, s rezignáciou, vekom a pohlavím, pričom ženy vyžadujú väčšiu oporu, pričom množstvo poskytnutej bolesti vnímajú rovnako. Sú teda relatívne viac frustrované pocitom nedostatočnej starostlivosti.

Psychologické procesy prebiehajúce pri chronickej bolesti sa ovplyvňujú a vplyvajú na vnímanie a zvládanie bolesti. Každý pacient je individuálny, má rôzny prah bolesti, iný typ ochorenia, ktoré je v rôznom štádiu, prebieha u neho iný typ liečby, má iné sociálne zázemie, vplyv má tiež typ, zrelosť osobnosti, vek, pohlavie, kultúrne a náboženské faktory a existuje ešte mnoho ďalších faktorov, ktoré vplyvajú na výsledný efekt pociťovanej bolesti. Dôležité je pacientovi veriť, že má bolesť a následne ju treba správne zhodnotiť, monitorovať a na základe ordinácie lekára je nutné podávať pravidelne liečbu, aby sa dostavil želaný efekt odstránenia bolesti. Okrem farmakoterapie, je podľa Zacharovej (2014) pre pacienta dôležitý celkový liečebný prístup zohľadňujúci ostatné aspekty pacientovho života, a tiež psychosociálna opora zo strany multidisciplinárneho tímu. Ovplyvnenie bolesti nefarmakologickými intervenciami má svoje opodstatnenie a jeho využívanie v praxi predstavuje podporu kvality ošetrovateľskej starostlivosti (Dimunová, Zamboriová, Šoltésová, 2017). Z pohľadu Bencovej, Krajčovičovej (2011) cieľná psychosociálna podpora podporuje nielen resocializáciu pacienta, ale zlepšuje aj jeho kvalitu života, liečebné

výsledky, rehabilitáciu a celkovú dĺžku života. „Základom psychosociálnej opory je zakomponovanie chorého a jeho blízkych do multidisciplinárneho tímu, pričom nevyhnutný je prístup, v ktorom je liečba orientovaná na pacienta ako celok“ (Dobříková, Lekárová, 2010, s. 75).

## **2.5 Závěry a odporúčania**

„Bolesť predstavuje jeden z najobávanejších symptómov z pohľadu pacienta“ (Bydžovský, Kabát, Hesounová, 2015, s. 45). Výskyt, charakter a intenzita nádorovej bolesti úzko súvisia so štádiom a typom ochorenia, liečbou a mierou pacientovej adaptácie na onkologické ochorenie. Nedostatočná adaptácia, strach, úzkosť a únava ovplyvňujú celkové prežívanie bolesti. Nevyhnutnou súčasťou liečby je komplexný prístup zohľadňujúci všetky aspekty onkologického pacienta berúc do úvahy aktívne vyhľadávanie a uspokojovanie potrieb pacientov a ich rodín (Sušinková, 2013).

Sestra ako poskytovateľ ošetrovateľskej starostlivosti má dôležitú úlohu v manažmente zvládania nádorovej bolesti, kde je okrem technickej stránky starostlivosti dôležitá stránka psychosociálna. Bolesť je vždy hodnotená pacientom subjektívne, predstavuje jav pozostávajúci z viacerých navzájom súvisiacich faktorov. Nádorová bolesť výrazne znižuje kvalitu života, preto je primárnou úlohou sestier bolesť adekvátne monitorovať, hodnotiť a usilovať sa, aby bola u každého pacienta správne liečená. Systematické hodnotenie vplyvu bolesti uvádza Kožuchová (2012) na vybrané dimenzie života pacienta, je dôležitým predpokladom pre pochopenie významu bolesti, ktorá do značnej miery obmedzuje spoločenský život pacienta, ale aj rodiny.

Profesionálne ošetrovateľstvo je založené na interpersonálnom a holistickom prístupe (Hudáková, Zamboriová, 2006). Z našich zistení pokladáme za potrebné, aby v súčasnej ošetrovateľskej praxi: boli

využívané psychoterapeutické postupy u onkologických pacientov s nádorovou bolesťou ako copingový nástroj, už od začatia diagnostiky, a následne počas celého priebehu ochorenia, a tiež, aby bolo realizované systematické posudzovanie bolesti a hodnotenie vplyvu bolesti na všetky dimenzie života pacienta.

### 3 KVALITA ŽIVOTA ŽIEN S ONKOGYNEKOLOGICKÝM OCHORENÍM

V ošetrovatelstve posudzovanie a hodnotenie kvality života je kompetenciou sestry. Je potrebné si uvedomiť, že kvalita života ženy je veľmi úzko spojená so zdravotným stavom. Onkogynekologické ochorenie prináša do života žien zmeny, na ktoré sa je potrebné adaptovať. Naším cieľom je poukázať na zmeny v kvalite života v doménach fyzické zdravie, prežívanie, sociálne vzťahy a prostredie. V teoretickej rovine sú známe definície kvality života, metodika jej skúmania a hodnotenie. Dragomerická a Bartoňová (2006) klasifikovali domény kvality života tak, ako ich uvádzame v tabuľke 1.

Tab. 1 Prehľad domén a položiek WHOQOL (Zdroj: Dragomerická, Bartoňová, 2006).

<b>Domény</b>	<b>Položky</b>
<b>Fyzické zdravie</b>	Bolesť a nepríjemné pocity
	Závislosť na lekárskej starostlivosti
	Energia a únava
	Pohyblivosť
	Spánok
	Každodenné činnosti
	Pracovná výkonnosť
<b>Prežívanie</b>	Radosť zo života
	Zmysel života
	Sústredenie
	Prijatie vzhľadu tela
	Spokojnosť
	Negatívne pocity
<b>Sociálne vzťahy</b>	Osobné vzťahy
	Sexuálny život

<b>Prostredie</b>	Podpora priateľov
	Osobné bezpečie
	Životné prostredie
	Finančná situácia
	Prístup k informáciám
	Záľuby
	Prostredie v okolí bydliska
	Dostupnosť zdravotnej starostlivosti
<b>Dve samostatné položky</b>	Doprava
	Kvalita života
	Spokojnosť so zdravím

Vnímanie kvality života u ženy je vysoko individuálne a uspokojovanie bio-psycho-sociálnych potrieb predstavuje u každej ženy jedinečný proces. Počet onkologicky chorých žien neustále narastá, a aj keď je liečba z pohľadu lekárov úspešná, žene sa po oznámení diagnózy môže zmeniť celý život (Krištofová, Boledovičová, Macáková, 2010). Ženy signalizujú celý rad problémov v oblasti fyzického, psychického a sociálneho zdravia. Uvedomenie si a prijatie zmeny v stave zdravia nie je pre ženu náročný proces sprevádzaný prekážkami v adaptácii. Aby sme mohli cielene intervenovať, minimalizovať deficity v zdraví, musíme vedieť, ktoré dimenzie kvality života sú narušené. Predpokladali sme, že v súbore respondentov zaznamenáme rozdiely v hodnotení kvality života v závislosti od prognózy ochorenia, lekárskej diagnózy. Sme toho názoru, že najviac deficitné domény zdravia sú doména fyzického zdravia (prejavujúca sa únavou, nechutenstvom, bolesťou, nauzeou, zvracaním). V poradí na druhom mieste to je doména psychického zdravia (strach, depresia, úzkosť, nespavosť). Deficity v doméne sociálneho zdravia manifestujú v oblasti vzťahov v rodine, s priateľmi, zamestnaní.

### **3.1 Metodika prieskumu**

Problémom prieskumu sme vyjadrili otázkou Aká je kvalita života žien s onkogynekologickým ochorením?

#### **Ciele prieskumu**

1. Posúdiť stav kvality života žien v doméne fyzické zdravie.
2. Posúdiť stav kvality života žien v doméne psychologické zdravie – prežívanie.
3. Zhodnotiť zmeny v doméne sociálne zdravie.
4. Zhodnotiť zmeny v doméne sociálne zdravie v doméne prostredie.

V kvantitatívnom prieskume bola použitá metóda štandardizovaného dotazníka WHOQOL-BREF. Dotazník WHOQOL-BREF obsahuje 24 položiek, ktoré sú zoradené do 4 domén. Doména: fyzické zdravie (DOM1), doména prežívanie (DOM2), doména sociálne vzťahy (DOM3) a doména prostredie (DOM4). Do DOM1 sme skúmali vplyv bolesti na fyzické zdravie. Odkázanosť na liečbu ako faktor fyzického zdravia. Ďalej stav dostatku energie, schopnosť pohybu, spánok, vykonávanie denných aktivít a schopnosť pracovať ako faktor fyzického zdravia. DOM2 tvorilo 6 položiek. V oblasti psychického zdravia sme zisťovali, do akej miery sú respondenti spokojní so svojim životom. Hodnotili sme názory respondentov na zmyslupnosť života, sebakoncepciu a výskyt negatívnych emócií. DOM3 – sociálne vzťahy, posudzuje a hodnotí blízke osobné vzťahy, partnerstvá a tiež širšie sociálne prostredie. Predmetom skúmania bola ja oblasť vplyvu onkogynekologické ochorenie na spoločenské vzťahy u žien. DOM4 – prostredie sme hodnotili a zisťovali životné podmienky podnetnosť prostredia, bezpečie, finančnú situáciu a kvalitu starostlivosti. Spolu sme distribuovali 105 dotazníkov. Návratnosť dotazníkov bola 80%. Prieskum sme realizovali v období január až jún 2017. Spracovanie výsledkov bolo vykonané v počítačovom programe MS Excel.



### **Charakteristika výberového súboru**

Výberový súbor tvorili ženy. Výber respondentov bol zámerný. Kritériami výberu boli:

- lekárom diagnostikované onkogynekologické ochorenie
- účasť na pooperačnej kontrole 3 mesiace po skončení hospitalizácie na gynekologickom oddelení.

Výberová súbor tvorilo 84 respondentov. Celkový výberový súbor tvorilo teda 84 respondentov.

### **3.2 Výsledky prieskumu**

#### **Doména 1 (DOM1 – fyzické zdravie)**

Z výsledkov vyplýva, že 81 % žien celkovú kvalitu života ovplyvňuje samotné onkogynekologické ochorenie. 58% respondentov potrebuje medikamentózne ovplyvnenie bolesti pri vykonávaní bežných denných činností. 41 % respondentov užíva lieky na tlmenie bolesti občas a iba 1 % opýtaných, lieky na tlmenie bolesti neužíva. Významným faktorom ovplyvňujúcim kvalitu života respondentov nášho súboru je spánok. 52 % respondentov subjektívne udáva zhoršenie kvality spánku. Iba 25 % respondentov signalizuje spokojnosť s kvalitou svojho spánku. Spokojnosť s vykonávaním denných aktivít udáva len 21 % respondentov. U 27 % respondentov je vykonávanie denných aktivít „veľmi ťažké.“ Za pozitívne považujeme zistenie, že 52% respondentov vyjadrilo subjektívny názor, že onkogynekologické ochorenie nemá vplyv na vykonávanie ich každodenných aktivít.

**Doména 2 (DOM2 – prežívanie).** Až 78 % respondentov uviedlo, že ich život má zmysel. Iba 2% respondentov signalizuje, že ich život nemá zmysel vôbec. Iným faktor tejto domény, ktorý je ovplyvnený onkogynekologickým ochorením je schopnosť prijať svoj fyzický vzhľad. Z prieskumu vyplynulo zistenie, že 33 %

respondentov je schopných prijať svoj fyzický vzťah a až 41 % respondentov prijíma svoj zmenený vzťah celkom. Negatívne pocity v podobe zlej nálady, úzkosť, depresie, zúfalstva pociťuje často alebo stále až 89 % respondentov.

**Doména 3 (DOM3 – sociálne vzťahy)** Z výsledkov vyplýva zistenie, že 50 % respondentov je so svojimi osobnými vzťahmi spokojných. 30 % respondentov vyjadrilo subjektívnu nespokojnosť so svojimi osobnými vzťahmi. Dominuje nespokojnosť so svojim sexuálnym životom. Až 38 % respondentov subjektívne signalizuje tento fakt. Spokojných so sexuálnym životom je iba 13% respondentov.

**Doména 4 (DOM4 – prostredie).** 67% respondentov uviedlo, že má dostatok finančných zdrojov na uspokojenie svojich potrieb 22% respondentov má primerané množstvo finančných prostriedkov a len 11 % respondentov uviedlo, že má niekedy nedostatok finančných prostriedkov na uspokojenie svojich potrieb. Skúmali sme, či onkogynekologické ochorenie má vplyv na získavanie informácií, z výsledkov vyplýva, že až 70 % ( R ) sa vyjadrilo, že informácie sú pre nich dostupné. Rozvíjanie záujmov, ako to vyplýva z našich výsledkov, 70 % ( R ) uvádza rozvoj záujmov za primeraný, nie je onkogynekologickým ochorením ovplyvnené.

### 3.3 Diskusia

Konštatujeme, že v vzorke 84 zámerne vybraných respondentov, faktorom vplývajúcim na kvalitu života v doméne fyzické zdravie je zistenie, že onkologické ochorenie ovplyvňuje ženu po celý zvyšok života. Hnilicová (2005), uvádza že intenzita psychosomatických problémov u pacientov s rakovinou je výrazne ovplyvnená formou liečby. Autorka upriamuje pozornosť na to, že kvalitu života pacientov s onkologickým ochorením najviac ovplyvňuje únava. V našom prieskume sme dospeli k výsledkom, že

bolesť, psychická tenzia a nevoľnosť majú negatívny vplyv na kvalitu života žien s onkogynekologickým ochorením. Môžeme teda súhlasiť s tvrdením Trachtová a kol. (2013), ktorá publikovala názor, že bolesť je najkomplexnejšou ľudskou skúsenosťou, pretože jej prežívanie zasahuje do oblasti fyzickej, psychickej a sociálnej. Bolesť významne ovplyvňuje denný režim, vrátane mobility, samostatnosti a potreby spánku. Trachtová a kol., (2013) popisuje spánok podľa Maslowa, ako základnú ľudskú potrebu, ktorá ovplyvňuje kvalitu života. Spánok a potreba spánku je individuálna potreba, ktorá je determinovaná dennými aktivitami človeka, fyziológiou organizmu a vekom. Naše zistenia sú podobne ako názory autorky. V prieskume sme zaznamenali subjektívny názor zhoršenia kvality spánku až u 52 % respondentov. Únava je najčastejšie sa vyskytujúcim symptómom a vedľajším efektom prežívania žien s onkogynekologickým ochorením. Subjektívne sa nám potvrdilo, že onkogynekologické ochorenie má negatívny vplyv na prežívanie. 89 % respondentovu udávalo úzkostnú, zlú náladu až pocit depresie. Podobný názor má Raudenská (2011), ktorá tvrdí, že zlý psychický stav má negatívny vplyv na výsledky zdravotného stavu. Zároveň popisuje depresie, úzkostné stavy, mánie ako najčastejšie diagnostikované ochorenia sprevádzajúce onkologické ochorenia. Tvrdí tiež, že ako následok psychických porúch vo výnimočných prípadoch u onkologických pacientov, sú suicidiálne stavy. Autorka zastáva názor, že liečba onkologických ochorení nespočíva len v predpisovaní liekov. Dôležitú úlohu tu zohráva aj psychologické a sociálne povzbudenie a spríjemnenie pacientov liečby. Bačová (2010) uvádza, že hodnoty a normy zmyslu života sú v každom období života rozdielne. Záleží na hodnotovom systéme, od vzťahov k svojim cieľom, očakávaniam, štandardom a záujmom. My sme sa zistili, že po diagnostikovaní onkogynekologického ochorenia 2 % respondentov subjektívne pociťuje stratu zmyslu života. Sociálnu oblasť zameranú na oblasť

vzťahov sme zisťovali otázkou, ako ste spokojná so svojimi osobnými vzťahmi. V oblasti spoločensko-sociálnej dochádza u žien z dôvodu dlhodobej liečby často k strate zamestnania a s tým súvisiacej strate príjmov, spoločenských kontaktov, rodinnej pohody, k dochádza k celkovej izolácii. Ako sa zmenili partnerské vzťahy u žien, sme hodnotili otázkou zameranou na posúdenia spokojnosti so sexuálnym životom. Trvá to obvykle nejaký čas, kým žena nájde dost' energie na to, aby uvažoval o sexuálnom styku. Autori Krška, Hoskovec a Petruželka (2014) popisujú, že viac ako tri štvrtiny onkologických pacientov má problémy so sexuálnym životom.

### **3.4 Záver**

Posudzovali sme kvalitu života žien s onkogynekologickým ochorením v jednotlivých doménach zdravia. Zistili sme významné zmeny v doméne fyzického a psychického zdravia, kým rozdiely zistené v doméne spoločenských vzťahov a prostredia sa ukázali menej výrazné. Z nášho prieskumu vyplýva, že v doméne spoločenské vzťahy a v doméne prostredia respondentky sa vyjadrovali, že tieto faktory do značnej miery dokážu ovplyvniť a modifikovať. Vo zvyšných dvoch doménach je to presne naopak. Môžeme tiež konštatovať, že v našej vzorke respondentov onkogynekologické ochorenie vplýva na doménu prostredie a spoločenské vzťahy, kde sme zaznamenali menší vplyv. V doménach fyzické a psychické zdravie je vplyv onkogynekologického ochorenia výrazný. Z uvedených zistení vzniká potreba individuálneho prístupu v ktorom sa zohľadňuje nielen ošetrovateľské hľadisko, ale aj schopnosť reagovať na celý rad iných súvisiacich faktorov, ktoré kvalitu žien s onkogynekologickým ochorením ovplyvňujú.

#### **4 TERMINOLOGICKÝ ZÁKLAD VEDENIA ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE**

Stabilný odborný jazyk, terminologická databáza ošetrovateľstva ako vedy a praxe založenej na dôkazoch je znakom kvality vedenia zdravotnej dokumentácie. Význam používania štandardizovanej terminológie - spoločného jazyka sestier a ostatných ošetrojúcich môžeme zdôvodniť aj tým, že starostlivosť, ktorá nie je presne a správne pomenovaná, terminologicky jednoznačne definovaná, nemôžeme kontrolovať, financovať, vyučovať. Nemôžeme ju protokolovať a skúmať alebo ju použiť ako prvok rozhodovania sestry v ďalšej starostlivosti. Tento problém dlhodobo sleduje a rieši Medzinárodná rada sestier (ICN).

Už v roku 1909 E. Hampton Roobová vyslovila potrebu vytvoriť „ošetrovateľské esperanto, univerzálny ošetrovateľský jazyk, aby sa ošetrojúci začali vo svete dorozumievať (Hanzlíková, 2001). ICN prvé aktivity na spracovaný systém štandardizovanej ošetrovateľskej terminológie začala v roku 1989. Vyzvala členské krajiny k participácii na vývoji myšlienky a začať vyvíjať medzinárodnú klasifikáciu ošetrovateľskej praxe (ICNP) - medzinárodný jazyk ošetrojúcich. Ako hlavné dôvody vypracovania štandardizovanej ošetrovateľskej terminológie ICN uvádza:

- nutnosť jednoznačne definovať miesto sestry a ošetrovateľskej starostlivosti v procese zdravotnej starostlivosti
- nutnosť definovať rozsah ošetrovateľskej praxe, potreby presného vyjadrenia činností, ktoré sestry realizujú v profesijných rolách v starostlivosti o zdravie osoby, rodiny a komunity
- nutnosť informatizácie zdravotníctva, automatizácie systémov, rozvoj počítačovej gramotnosti

- nutnosť vzájomného dorozumenia počas ošetrovania, v celom ošetrovateľskom procese vrátane jeho riadenia s cieľom skvalitniť ošetrovateľskú prax a vedenie zdravotnej dokumentácie.

ICN vyzvala (v roku 1990) 120 členských krajín k spolupráci na projekte ICNP. Projekt vznikol na základe direktívy Európskeho výboru CEN/TC 251. Cieľom direktívy bola štandardizácia informatizácie v zdravotníctve. V roku 1991 pracovná skupina ICN začala svoje projektové aktivity. Podnetom k realizácii projektu boli nedoriešenie oblasti a tieto problémy praxe:

- rýchly rozvoj informačných technológií v zdravotníctve
- potreba obmedzenia finančných nákladov na zdravotnú starostlivosť
- potreba identifikovať roly sestry v rámci finančných nákladov
- potreba získania dôkazov o stave ošetrovateľskej praxe pre formovanie budúcej zdravotnej politiky
- potreba udržať, zvýšiť kvalitu a efektívnosť ošetrovateľskej praxe metódou selfmanažmentu vlastnej praxe
- potreba vymedziť obsah ošetrovateľskej praxe. Jednoznačne terminologicky správne pomenovať problémy osoby, rodiny, komunity, činnosti sestier (intervencie), podporujúce zdravie osoby, výsledky starostlivosti. ICN vyslovila myšlienku, že výsledky projektu sa budú môcť použiť vo všetkých krajinách pod podmienkou, že medzinárodná klasifikácia ošetrovateľskej praxe bude mať:

- jasne definovanú štruktúru
- jednotný základ
- jednoduché použitie
- akcent na kultúrne odlišnosti.

Z uvedeného vyplýva, že ICNP je jednotný jazykový systém umožňujúci štandardizáciu dokumentácie ošetrovateľskej starostlivosti. Zahŕňa množstvo výrazov a definícií, pomocou

ktorých je možné vytvárať ošetrovateľské diagnózy, intervencie a výsledky (Plevová, 2011).

S cieľom realizovať zámery ICN a ICNP v európskych krajinách vznikol (v roku 1995) inštitút pod názvom Európska asociácia pre jednotnú ošetrovateľskú diagnostiku, intervencie a výsledky - ACENDIO (Association for Common European Nursing Diagnosis, Interventions and Outcomes). Patronát nad činnosťou asociácie prevzala Royal College of Nursing v Londýne. Zámerom tejto európskej asociácie bolo a dodnes je:

- podpora tvorby medzinárodnej štandardnej terminológie akceptovateľnej v Európe
- podpora uvedenia terminológie do praxe
- uľahčenie výmeny informácií a umožnenie sesterným profesijným organizáciám v európskych krajinách spolupracovať na týchto aktivitách. Výsledky svojich aktivít prezentuje na vedeckých konferenciách, ktoré asociácia realizuje pravidelne v dvojročných intervaloch. Posledná sa konala v Španielsku (Valencia) v dňoch od 23.03.2017 do 25.03.2017.

#### **4.1 Výskum a vývoj databáz na Slovensku**

V roku 1996 bola vypracovaná tzv. alfa-verzia ICNP, ktorá bola v praxi testovaná. Výsledky testovania podmienujú potrebu vypracovania súčasne testovanej beta - verzii (v roku 1997), ktorá bola prvýkrát publikovaná v roku 1999. Beta verzia bola testovaná aj na Slovensku. Preklad z anglického originálu realizovala Mgr. Milada Varhaníková (učiteľka Strednej zdravotníckej školy v Martine). Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek (SK S a PA) menovala koordinátorku ICNP na Slovensku. Bola ním doc. PhDr. Alžbeta Hanzlíková, PhD., Rada SK S a PA určila zdravotnícke zariadenia v ktorých sa pilotný projekt testovania beta verzie ICNP uskutoční. Boli to: Národný onkologický ústav Bratislava, kde

koordinátorkou sa stala Mária Magdaléna Kurrilová, dipl. sestra., Martinská fakultná nemocnica Martin - koordinátorkou bola Mgr. Margita Sklenková. Na východnom Slovensku sa pilotný projekt uskutočnil vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou v Košiciach pod vedením Mgr. Márii Mazákovej. V Žiline to bola nemocnica a s poliklinikou, kde koordinátorkou bola Bc. Jana Matisová. V rámci testovania obidvoch verzii ICNP vzniklo veľa projektov. V pilotnej štúdií sa sledovala zrozumiteľnosť pojmov a definícií z pohľadu národných a profesionálnych potrieb. Dĺžka pilotného projektu bola naplánovaná na 6 mesiacov. Významným bol sprievodný projekt pod názvom Telenurse ID - Entity (1998). Tento projekt sa realizoval sa v skupine 12 európskych krajín (stredný a východný Európa), v ktorých sa ICNP testovalo. Bol financovaný zo zdrojov EU „Telematic Nursing.“ Bol zameraný na monitoring rozšírenia ICNP v krajinách strednej a východnej Európy (Nemecko, Taliansko, Švajčiarsko), zapájanie profesijných organizácií do projektu, participácii na európskom konsenze o používaní ICNP a prezentácii elektronickej verzii ošetrovateľskej a zdravotnej dokumentácie.

V rokoch 2000 - 2001 sa uskutočnila tvorba a vývoj verzie Beta 2. Verzia Beta 2 používa namiesto pojmu ošetrovateľský fenomén pojem ošetrovateľská diagnóza a pojem ošetrovateľské činnosti nahrádza pojem ošetrovateľský zásah. Vypracoval sa nový systém kódovania a nové usmernenia pre zostavovanie vyhlásení, ktoré boli v súlade s normami Medzinárodnej organizácie pre normalizáciu (ISO). Výsledkom testovania verzie Beta 2 je verzia 1.0 (z roku 2005). Ide o jednotnú klasifikačnú štruktúru, ktorá bola vylepšená do 7-osového modelu nasledovne:

**A. *Predmet, ohnisko*** - oblasť záujmu ošetrovateľstva (bolesť, beznádej, bezmocnosť).



**B. Posúdenie** je klinické posúdenie týkajúce sa oblasti záujmu ošetrovateľstva (táto os obsahuje termíny ako prerušovaný, znížená úroveň).

**C. Prostriedky** sú metóda alebo spôsob vykonávania intervencie (bandáž, tréning defekačného reflexu).

**D. Činnosť** je zámerný proces, realizovaný pre pacienta alebo samotným pacientom (obsahuje termíny ako monitorovanie, edukácia).

**E. Čas** je bod, obdobie, interval alebo dĺžka trvania (túto os tvoria termíny ako napríklad príjem, pôrod, akútny, chronický).

**F. Lokalizácia** vyjadruje anatomická alebo priestorová orientácia diagnózy alebo intervencie (uvedená os obsahuje termíny napr. komunitné centrum, škola, hlava a pod.).

**G. Klient** je subjekt, u ktorého sa diagnóza stanovuje alebo u ktorého je vykonávaná ošetrovateľská intervencia. ICNP verzia 1.1 bola publikovaná v polovici roku 2008. Bolo pridaných 385 nových konceptov. Do verzia 2 bolo pridaných 400 diagnostických a intervenčných pojmov, ktoré tvoria základ katalógu ICNP. Verzia 2011 bola vydaná 6. mája 2011. ICNP je vo vlastníctve a chránené autorskými právami ICN.

#### **4.2 Význam terminologickej databázy pre vedenie dokumentácie**

Význam šandardizácie jazyka poňali zúčastnené krajiny ako príležitosť na:

- definovanie nezávislých činností sestry v ošetrovateľskej praxi, čím sa posilní profesionálna zodpovednosť a samostatnosť
- príležitosť testovať validitu ošetrovateľských diagnóz, ošetrovateľských intervencií a výsledkov intervencií
- na objektívne plánovanie finančných zdrojov na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti

- podporu interpersonálnej komunikácie medzi sestrami a inými povolaniami
- vybudovanie bázy ošetrovateľského výskumu a rozvoj výskumnej gramotnosti ošetrojúcich
- na využitie vo výučbe ako pomoc študentom v osvojovaní si zručností v rozhodovacích procesoch (Kilíková, 2017). Zároveň učí ošetrojúcich používať validné pojmy, ktoré sú obsahom zdravotnej dokumentácie pacienta. Vedenie zdravotnej dokumentácie je neoddeliteľnou súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti. Dokumentácia je jediným zdrojom - dôkazom správnosti (rozsahu, kvality) poskytnutej starostlivosti, ktoré môže sestru ochrániť pred neoprávneným postihom. Je dôkazom ako bola starostlivosť zabezpečená, uskutočnená, ako boli potreby vyhľadávané a uspokojované. Je odpoveďou na často kladenú otázku ...čo sestry urobili, vykonali? Gurková (2010) uvádza niekoľko dôvodov prečo nepoužívať štandardizovaný jazyk, terminológiu. Vníma ho ako cestu, ktorá vedie k nepružnosti, k strate flexibility sestier, ktoré sa cítia byť viazané kategóriami, šablónami. Zároveň o štandardizácii jazyka, terminológii diskutuje ako pomôcke, ktorá usmerňuje sestru a uľahčuje jej voľbu starostlivosti. Avšak očakáva, že sestry uplatnia kritické myslenie v klinickom rozhodovaní tak, že udržia líniu individualizovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Okrem iného, autorka vníma túto problematiku ako obmedzenie kreativity a profesionálneho úsudku sestry.

### **4.3 Vybrané terminologické databázy**

Štandardizovaná, jednotná ošetrovateľská terminológia tvorí základ týchto medzinárodné uznávaných klasifikačných systémov. Klasifikácia ošetrovateľských diagnóz (NANDA) klasifikácia ošetrovateľských činností - intervencií (NIC) klasifikácia ošetrovateľských výsledkov (NOC). Vývojom taxonómií na úrovni

medzinárodného štandardizovaného systému ošetrovateľských diagnóz s kódmi sa vo svete zaoberá NANDA - North American Nursing Diagnosis Association. NANDA (premenovaná v roku 2002 na NANDA International). Usporadúva konferencie aj pracovné rokovania širokého tímu odborníkov z USA, Kanady, Európy i Ázie a z týchto rokovaní a zo schvaľovacích procesov vychádza od roku 2001 v dvojročnom cyklickom období publikácia NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions & Classification. Obsahuje schválené, revidované a vyradené ošetrovateľskej diagnózy k určitému dátumu. V Českej republike vyšiel prvý oficiálny preklad taxonómií ošetrovateľských diagnóz v publikácii v roku 2010 pod názvom Ošetrovateľskej diagnózy: definícia & klasifikácie NANDA International 2009 - 2011 (NANDA-I, 2010). V roku 2013 bol vydaný nový český preklad revidovaného a doplneného vydania textu Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2012 - 2014 (NANDA-I, 2012). Obsahuje 16 nových a 11 revidovaných diagnóz. Nové diagnózy sú doplnené aj o referencie, o ktorej sa autori opierali pri ich verifikácii. Z 16 nových diagnóz sú 4 diagnózy určené predovšetkým pôrodným asistentkám. Ide o diagnózy Neefektívne priebeh pôrodu (00221), Riziko neefektívneho priebehu pôrodu (00227), ktoré sú zaradené v doméne 8 - Sexualita, a diagnózy Nedostatok materského mlieka (00216) a Riziko novorodeneckej žltacky (00230), ktoré sú zaradené v doméne 2 - výživa. Opakovaná revízia a výsledky výskumu v tejto oblasti podmienili vydanie novej publikácie, ktorá popisuje ošetrovateľské diagnózy, ich definície a klasifikáciu na roky 2015-2017. Sprievodca ošetrovateľskými diagnózami obsahuje 26 nových diagnóz a 14 revidovaných diagnóz. Aktualizuje diagnózy na podporu zdravia a niektoré rizikové diagnózy. Taxonómia II. je založená na štruktúre diagnostických domén odvodené od Gordonovej funkčných vzorcov zdravia. Obsahuje diagnostické triedy s vysokou senzibilitou. Je založená na výsledkoch ošetrovateľského výskumu

a ľahko sa implementuje. Inovovalo sa kódovanie diagnóz a metodika kódovania. Najvyšší kód má najnovšia diagnóza. Táto taxonómia obsahuje 13 domén. Názvy domén sú: podpora zdravia, výživa, vylučovanie, aktivita - odpočinok, vnímanie - poznávanie, vnímanie seba samého, vzťahy, sexualita, zvládanie záťaže - odolnosť voči stresu, životné princípy, bezpečnosť - ochrana, komfort, rast-vývoj. Jednotlivé domény sú ďalej členené na triedy, v ktorých sú zaradené rôzne typy ošetrovateľských diagnóz. Typy ošetrovateľských diagnóz

**Aktuálna** – vyjadruje aktuálne zmeny zdravotného stavu pacienta, doporučené zaznamenávanie pre tento typ je trojzložková formulácia PES- problém + etiológia + symptóm.

**Potenciálna** – tvoria ju problémy, ktoré sa ešte aktuálne nevyskytujú, ale pravdepodobnosť ich vzniku je vysoká, v roku 1992 bol termín *potenciálna* modifikovaný na termín *riziko* pre lepšiu zrozumiteľnosť. U potenciálnych diagnóz sa odporúča dvojzložková formulácia PRF - problém + rizikový faktor.

**Wellness** – popisuje odpoveď osoby v oblasti telesnej a duševnej pohody, ktorá vykazuje zlepšenie.

**Syndrómová, kombinovaná diagnóza** – zahŕňa skupinu navzájom súvisiacich, združených aktuálnych i potenciálnych problémov, napríklad imobilizačný syndróm, deficit sebestačnosti a pod.

**Ošetrovateľská diagnóza na podporu zdravia.** Takáto diagnóza je klinickým záverom, ktorý vyjadruje túžbu, motiváciu osoby, rodiny alebo komunity zvyšovať celkovú pohodu a zlepšovať správanie na podporu svojho zdravia.

**NIC** je štandardizovaná klasifikácia ošetrovateľských činností = intervencií, ktoré vykonávajú sestry. Využíva sa k dokumentovaniu starostlivosti, v komunikácii počas starostlivosti, pri spracovaní dát pre potreby štatistiky, na meranie produktivity, výkonnosti sestier, na hodnotenie dodržiavania kompetencií. Klasifikácia zahŕňa závislé aj nezávislé činnosti intervencie. Intervencie priamej starostlivosti

predstavujú činnosti vykonávané v priamej interakcii s pacientom a zahŕňajú fyziologické a psycho-sociálne činnosti. Intervencie nepriamej starostlivosti sú také, ktoré sú vykonávané mimo pacienta, ale v jeho záujme. Sú to intervencie zamerané na interdisciplinárnu spoluprácu, zásahy do prostredia pacienta. Môžu byť použité v akomkoľvek type zariadení. Každá z intervencií má pridelený kód, názov, definíciu a činnosti. Systém NIC má široké využitie, umožňuje komunikáciu poskytovanej starostlivosti naprieč zdravotnými systémami a oddeleniami, využíva sa na monitorovanie efektívnosti ošetrovateľskej starostlivosti a slúži aj ako podklad na úhradu výdavkov za poskytnutú starostlivosť (Plevová a kol., 2011).

*Ide o systematický prístup k označeniu, roztriedeniu a usporiadaniu ošetrovateľských činností do hierarchického systému.*

Najnovšia verzia klasifikačného systému NIC obsahuje 542 intervencií a viac ako 12 000 činností, ktoré sú usporiadané do 7 domén, 30 tried, v ktorých sú jednotlivé ošetrovateľskej intervencie usporiadané v podtriedach. To znamená, že funkčná klasifikácia obsahuje 3 úrovne. **Prvá úroveň** zahŕňa oblasti - domény ošetrovateľskej starostlivosti a je ich sedem:

1. Doména fyziologická základné.
2. Doména fyziologická komplexné.
3. Doména behaviorálne.
4. Doména bezpečia.
5. Doména rodiny.
6. Doména zdravotného systému.
7. Doména komunity.

**Druhá úroveň** zahŕňa triedy - skupiny navzájom súvisiacich postupov starostlivosti. Vykonávajú sa v záujme pacienta a klasifikujú sa ako nezávisle alebo v spolupráci s pacientom. Podporujú odstránenie ošetrovateľských diagnóz a musia byť stanovené pred začatím realizácie starostlivosti a musia byť prijateľné pre pacienta.

Sestra na realizáciu starostlivosti má mať potrebné vedomosti a spôsobilosť ich vykonávať. Triedy sú usporiadané abecedne a značené veľkými a malými písmenami abecedy.

**Tretiu úroveň** tvoria podtriedy usporiadané do logicky prepojených súborov položiek presne definovaného výkonu (napr. aplikácia suchého tepla, aplikácia klasickej masáže). Každú intervenciu tvorí: názov, definícia, kód aktivity, zdroj odbornej literatúry, potrebný čas, frekvencia (Gurková, 2010).

NOC predstavuje štandardizovanú komplexnú klasifikáciu očakávaných ošetrovateľských výsledkov. Je zameraná na rozpoznanie výsledkov na základe ošetrovateľskej starostlivosti a je rozhodujúci pre zhodnotenie účinnosti a efektívnosti poskytnutej starostlivosti. Meranie výsledkov ošetrovateľskej starostlivosti slúži na overovanie, či pacient reaguje na ošetrovateľskej intervencie a pomáha určiť, či je potrebné realizovať nejaké zmeny v poskytovaní starostlivosti. Klasifikácia NOC sa v pravidelných štvorročných intervaloch aktualizuje. V poslednom vydaní z roku 2008 je 385 výsledkov usporiadaných do 7 domén, 31 tried a podtried. NOC klasifikácia zahŕňa 3 úrovne triedenia pojmov. **Prvá úroveň** je tvorená doménami ošetrovateľskej starostlivosti:

1. Doména funkčného zdravia.
2. Doména fyziologického zdravia.
3. Doména psycho-sociálneho zdravia.
4. Doména vedomosti o zdraví a správaní.
5. Doména vnímanie zdravia.
6. Doména zdravie rodiny.
7. Doména komunitného zdravia.

**Druhá úroveň - triedy**, skupiny navzájom súvisiacich výsledkov pre uvedené oblasti. **Tretia úroveň** - sú konkrétne ošetrovateľské výsledky. Výsledok ošetrovateľskej starostlivosti je definovaný ako merateľné správanie, vnímanie osoby, rodiny alebo komunity, ktoré je

kontinuálne sledované a ktoré citlivo reaguje na ošetrovateľské intervencie. Výsledok je tak buď individuálny, rodinný alebo komunitný stav správania alebo vnímania, ktoré je merané na základe reakcie na intervenciu. Štruktúru výsledkov tvorí názov, číselný kód, definícia výsledku a kritériá hodnotenia s priloženou päť bodovou Likertovou škálou. Sestra môže hodnotenie prispôbiť potrebám osoby a môže zhodnotiť výsledok aj bez použitia indikátorov. Ošetrovateľské výsledky boli vytvorené tak, aby sa mohli využívať vo všetkých zariadeniach a vo všetkých klinických odboroch.

Štandardizované výsledky sú dôležité pre hodnotenie efektivity intervencií, poskytovanie následnej starostlivosti a hodnotenie ošetrovateľskej záťaže (Fendrychová, 2011).

Význam štandardizácie výsledkov starostlivosti spočíva v potrebe elektronickej dokumentácie starostlivosti a v potrebe vedeckého skúmania. Cieľom je vysvetliť potrebu jednotnej ošetrovateľskej terminológie, jednotného ošetrovateľského jazyka v európskom regióne prostredníctvom informačných technológií (internet, multimedialne CD). **Doménou tohto problému je: formovanie a prijatie základného jazyka ošetrovateľskej praxe.**

## **5 OCHRANA OSOBNÝCH ÚDAJOV V ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIÍ**

V súčasnosti platný zákon SR č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov bol schválený NR SR dňa 30.4.2013 a účinnosť nadobudol dňom 1.7.2013. Zákon bol raz novelizovaný, a to zákonom č. 84/2014 Z. z., ktorým sa odstránili nejasnosti a zjednodušili niektoré požiadavky kladené na prevádzkovateľov a sprostredkovateľov pri plnení povinností spracúvania osobných údajov. K zákonu sa viažu dva vykonávacie právne predpisy: vyhláška úradu č. 164/2013 Z. z. o rozsahu a dokumentácii bezpečnostných opatrení v znení novely vyhlášky č. 117/2014 Z. z. a vyhláška úradu č. 165/2013 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o skúške fyzickej osoby na výkon funkcie zodpovednej osoby. Podľa § 4 ods. 3 písm. a) zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov je spracúvanie osobných údajov „vykonávanie operácií alebo súboru operácií s osobnými údajmi, najmä ich získavanie, zhromažďovanie, šírenie, zaznamenávanie, usporadúvanie, prepracúvanie alebo zmena, vyhľadávanie, prehliadanie, preskupovanie, kombinovanie, premiestňovanie, využívanie, uchovávanie, blokovanie, likvidácia, ich cezhraničný prenos, poskytovanie, sprístupňovanie alebo zverejňovanie.“

Dozorným orgánom, ktorý dohliada na dodržiavanie zákonov Slovenskej republiky a právne záväzných aktov medzinárodného práva v oblasti ochrany osobných údajov fyzických osôb je Úrad na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky, ktorý bol zriadený 1. septembra 2002 na základe zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov. Svojou činnosťou sa podieľa na ochrane základných práv a slobôd fyzických osôb pri spracúvaní ich osobných údajov garantovaných Ústavou Slovenskej republiky ([dataprotection.gov.sk](http://dataprotection.gov.sk)).



Dohovor Rady Európy o ochrane osôb pri spracúvaní osobných údajov, známy ako Dohovor 108, sa považuje za základný dokument vzťahujúci sa na ochranu osobných údajov v Európe. Dohovor bol podpísaný 28. januára 1981 v Štrasburgu a tento deň je vyhlásený Dňom ochrany osobných údajov. V rámci Európskej únie prechádzala v ostatných štyroch rokoch ochrana osobných údajov zásadnou zmenou, ktorá vyvrcholí v máji 2018, odkedy sa začne v praxi uplatňovať Všeobecné nariadenie o ochrane osobných údajov - General Data Protection Regulation (GDPR). Nariadenie bude platné v celej Európskej únii, úprava ochrany osobných údajov bude jednotná, až na niektoré čiastkové úpravy členských štátov, ktoré Nariadenie umožňuje v národnej legislatíve členskému štátu uskutočniť. Úrad na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky pripravil návrh nového zákona o ochrane osobných údajov, ktorý je harmonizovaný so Všeobecným nariadením o ochrane osobných údajov. GDPR prinesie veľké množstvo zmien, ktoré budú mať dopad na každú firmu a organizáciu, zdravotnícke zariadenia nevynímajúc. K základným desiatim zmenám patrí:

1. Povinnosť oznamovať porušenie ochrany osobných údajov regulátorovi a aj jednotlivcovi.
2. Zmenené podmienky na nominovanie zodpovednej osoby.
3. Výrazné zvýšenie pokút.
4. Striktnejšie podmienky na poskytovanie súhlasu pri spracúvaní osobných údajov.
5. Nové právo „byť zabudnutý“.
6. Nová povinnosť „pseudonymizácie údajov, minimalizácie údajov a posúdenia vplyvu na ochranu osobných údajov.“
7. Nové právo na prenosnosť údajov.
8. Striktnejšie pravidlá pre sprostredkovateľov.
9. Nové pravidlo jednotného kontaktného miesta.
10. Zmeny pri prenosoch osobných údajov do zahraničia.

## 5.1 Implementácia nariadenia o ochrane osobných údajov v zdravotníckom zariadení

GDPR bude mať významný vplyv na spracúvanie osobných údajov pacientov/klientov v zdravotníckom zariadení a na vedenie zdravotnej dokumentácie. Podľa čl. 4 ods. 1 GDPR sú „osobné údaje akékoľvek informácie týkajúce sa identifikovanej alebo identifikovateľnej fyzickej osoby (ďalej len „dotknutá osoba“); identifikovateľná fyzická osoba je osoba, ktorú možno identifikovať priamo alebo nepriamo, najmä odkazom na identifikátor, ako je meno, identifikačné číslo, lokalizačné údaje, online identifikátor, alebo odkazom na jeden či viaceré prvky, ktoré sú špecifické pre fyzickú, fyziologickú, genetickú, mentálnu, ekonomickú, kultúrnu alebo sociálnu identitu tejto fyzickej osoby.“ Medzi osobné údaje podľa GDPR patrí okrem mena a priezviska aj fotografia, e-mailová adresa, telefónne číslo, číslo účtu, odtlačok prsta, hlas, lokalizačné údaje. Osobné údaje týkajúce sa zdravia patria do osobitnej kategórie osobných údajov a podľa GDPR sú definované ako „osobné údaje týkajúce sa fyzického alebo duševného zdravia fyzickej osoby, vrátane údajov o poskytovaní služieb zdravotnej starostlivosti, ktorými sa odhaľujú informácie o jej zdravotnom stave“ (GDPR, čl. 4, ods. 15).

Právnym základom pre spracúvanie osobných údajov je súhlas, ktorý musí byť preukázateľný, jednoznačný, osobitný (nesmie byť kumulovaný s iným spracúvaním osobných údajov) a nesmie byť vynútený a uvedený bez doby platnosti. Pri spracúvaní osobných údajov detí do 16 rokov sa podľa nariadenia bude vyžadovať súhlas rodičov alebo zákonných zástupcov. Kopírovanie alebo skenovanie úradných dokladov, napr. občianskeho preukazu bude klasifikované ako spracúvanie osobných údajov **v rozpore** s čl. 5 GDPR. Národný

identifikátor – v SR je to **rodné číslo**, síce nepatrí do kategórie osobných údajov, ale jeho zverejňovanie **je zakázané**.

Súhlasy podľa zákona o ochrane osobných údajov nemusia obsahovať toľko údajov ako podľa DGPR, ale bude potrebné zmeniť text súhlasu v zdravotnej dokumentácii a získať súhlasy opätovne čo bude však administratívne a časovo náročný proces.

V súvislosti s novou povinnosťou pseudonymizácie údajov by mali zdravotnícke organizácie formou interných auditov overiť, či nespracúvajú viac dát ako je potrebné, či nie sú tieto dáta uchovávané príliš dlhú dobu a zväziť vhodnosť zakódovania údajov.

Zdravotnícke zariadenia, ktoré zamestnávajú nad 250 zamestnancov, ako aj spoločnosti, ktoré spracovávajú osobné údaje vo veľkom rozsahu, budú musieť prijať alebo určiť z interných zdrojov zamestnanca, ktorý sa bude venovať ochrane osobných údajov, tzv. – Data Protection Officer - zodpovednú osobu. Podľa GDPR oddiel 4, článok 37 bod 5 sa zodpovedná osoba „určí na základe jej odborných kvalít, a to najmä na základe jej odborných znalostí práva a postupov v oblasti ochrany údajov a na základe spôsobilosti plniť úlohy uvedené v článku 39.“

Dôvodom na vznik povinnosti ustanoviť zodpovednú osobu sú „hlavné činnosti“ prevádzkovateľa, čo je v prípade ústavného zdravotníckeho zariadenia poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Efektívne a bezpečné poskytovanie zdravotnej starostlivosti nie je možné bez toho, aby nedochádzalo k spracúvaniu osobných údajov v zdravotnej dokumentácii pacientov. Právnym základom spracúvania osobných údajov v zdravotníckom zariadení je zákon SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a zákon SR č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného

poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov.

Osobné údaje pacientov/klientov sa spracúvajú v rámci informačných systémov, do ktorých majú prístupové práva určené oprávnené osoby v rozsahu nevyhnutnom na plnenie úloh. Pridelenie prístupových práv do určených informačných systémov osobných údajov prevádzkovateľa priamo determinuje pracovné zaradenie oprávnenej osoby v rozsahu opisu činností jej pracovného miesta. Oprávnená osoba má právo vykonávať spracovateľské operácie s osobnými údajmi spracúvanými v informačných systémoch osobných údajov prevádzkovateľa výlučne v súlade s právnym základom, od ktorého prevádzkovateľ odvodzuje oprávnenie spracúvať osobné údaje, a to len v rozsahu a spôsobom, ktorý je nevyhnutný na dosiahnutie ustanoveného alebo vymedzeného účelu spracúvania a je v súlade so zákonom č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov

K ďalším dôvodom kreovať post zodpovednej osoby za ochranu osobných údajov v organizačnej štruktúre zdravotníckeho zariadenia je kumulatívne splnenie dvoch atribútov:

- spracúvania osobitnej kategórie osobných údajov a
- veľkého rozsahu ich spracúvania.

Osobitné kategórie osobných údajov sú také, ktorých povaha má citlivejší charakter ako bežné identifikátory. GDPR vymedzuje túto skupinu osobných údajov v ustanoveniach článku 9 (napr. údaje odhaľujúce rasový pôvod, politické názory, sexuálnu orientáciu a sexuálny život, genetické údaje, biometrické údaje, údaje o členstve v odboroch, údaje týkajúce sa zdravia), pričom genetické, biometrické a údaje sa týkajúce zdravia sú aj samostatne legálne definované v článku 4 GDPR.

## 5.2 Ochrana osobných údajov v zdravotnej dokumentácii

Podľa čl. 5 písm. a) GDPR osobné údaje musia byť spracúvané zákonným spôsobom, spravodlivo a transparentne vo vzťahu k dotknutej osobe („zákonnosť, spravodlivosť a transparentnosť“).

Osobitnú pozornosť je potrebné venovať najmä vedeniu zdravotnej/ ošetrovateľskej dokumentácie, nakoľko vyžaduje nutnosť zberu veľmi citlivých a osobných údajov jednotlivcov. Každý zdravotnícky pracovník je povinný chrániť tieto údaje z právneho aspektu. Nedodržovanie právnych predpisov je trestné, a to i z neúmyselného zanedbania alebo nedbalosti. „Chyby vo zdravotnej dokumentácii predstavujú pre sestry stále významné právne riziko“ (Funtová, 2016, s. 54). Vedenie zdravotnej dokumentácie sa v Slovenskej republike riadi Odborným usmernením Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vedení zdravotnej dokumentácie, ktoré je uverejnené vo Vestníku MZ SR, Čiastka 42-48 zo dňa 15. októbra 2009 (ďalej iba „usmernenie“). Podľa čl. II ods. 1 usmernenia je „zdravotná dokumentácia súbor písomných, grafických a iných údajov o zdravotnom stave osoby“. Podľa ods. 2 uvedeného usmernenia je „vedenie zdravotnej dokumentácie získavanie, zhromažďovanie a zaznamenávanie údajov formou zápisov do zdravotnej dokumentácie. Údaje do zdravotnej dokumentácie v štátnom jazyku, v písomnej alebo elektronickej forme zaznamenáva ošetrojúci zdravotnícky pracovník v chronologickej postupnosti a v rozsahu ním poskytnutej zdravotnej starostlivosti“. O každom poskytnutí zdravotnej starostlivosti vykoná zdravotnícky pracovník zápis do zdravotnej dokumentácie, teda zaznamená všetky výkony, ktoré sa u osoby vykonali, ale aj všetky údaje týkajúce sa zmien zdravotného stavu osoby. K hlavným zásadám vedenia ošetrovateľskej dokumentácie podľa Kilíkovej (2013) patrí

požiadavka, aby každá zložka dokumentácie obsahovala osobné údaje pacienta/klienta v rozsahu nevyhnutnom pre jeho identifikáciu.

Právnym základom spracúvania osobných údajov na účel poskytovania zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti je čl. 6 ods. 1 písm. c) GDPR „spracúvanie je nevyhnutné na splnenie zákonnej povinnosti prevádzkovateľa“. Podľa GDPR osobné údaje týkajúce sa zdravia by mali zahŕňať všetky údaje týkajúce sa zdravotného stavu dotknutej osoby, ktoré poskytujú informácie o minulom, súčasnom alebo budúcom fyzickom alebo duševnom zdravotnom stave dotknutej osoby. Zahŕňajú aj informácie o fyzickej osobe získané pri registrácii na účely poskytovania služieb zdravotnej starostlivosti danej fyzickej osobe alebo pri ich poskytovaní podľa smernice Európskeho parlamentu a Rady 2011/24/EÚ (Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2011/24/EÚ z 9. marca 2011 o uplatňovaní práv pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti); číslo, symbol alebo osobitný údaj, ktorý bol fyzickej osobe pridelený na individuálnu identifikáciu tejto fyzickej osoby na zdravotné účely (v SR je to rodné číslo); informácie získané na základe vykonania testov alebo prehliadok častí organizmu alebo telesných látok vrátane genetických údajov a biologických vzoriek; a akékoľvek informácie, napríklad o chorobe, zdravotnom postihnutí, riziku ochorenia, anamnéze, klinickej liečbe, alebo o fyziologickom alebo biomedicínskom stave dotknutej osoby bez ohľadu na zdroj týchto informácií, či už pochádzajú napríklad od lekára alebo iného zdravotníckeho pracovníka, z nemocnice, zo zdravotníckej pomôcky alebo z vykonania diagnostického testu *in vitro*.

Podľa Rakovej (2014, s. 302) by sa mali „sestry v praxi vedieť orientovať v právnych normách a aplikovať ich pre potreby ochrany praxe“.

O archivácii osobných údajov všeobecne hovorí čl. 89 GDPR. Podľa čl. 89 ods. 1 GDPR ak sa osobné údaje spracúvajú na účely archivácie vo verejnom záujme prevádzkovateľ je povinný v súlade s týmto nariadením zabezpečiť primerané záruky pre práva a slobody dotknutej osoby. Pod zárukami sa rozumie zavedenie technických a organizačných opatrení na zaistenie ochrany a bezpečnosti osobných údajov počas archivácie. Tento cieľ je možné dosiahnuť dodržiavaním zásady minimalizácie archivovaných údajov alebo ich pseudonymizáciou v zmysle ustanovenia čl. 32 GDPR

Nariadenie sa neuplatňuje na osobné údaje zosnulých osôb. Členské štáty môžu stanoviť pravidlá týkajúce sa spracúvania osobných údajov zosnulých osôb.

### **5.3 Záver**

Zdravotnícke zariadenia podobne ako ostatné organizácie a firmy musia v priebehu niekoľkých mesiacov do nadobudnutia účinnosti nariadenia implementovať nové procesy, zvýšiť povedomie zamestnancov v oblasti ochrany osobných údajov a preškoliť zamestnancov. Školenia zamerať na ochranu osobných údajov, na požiadavky nariadenia a jeho uplatňovanie v praxi, na zvyšovanie bezpečnostného povedomia.

Ak organizácia nezabezpečí súlad s GDPR, hrozia jej vysoké pokuty, a to až do výšky 20 miliónov eur, alebo v prípade spoločnosti až do výšky 4% celosvetového ročného obratu v predchádzajúcom finančnom roku, podľa toho, ktorá suma je vyššia. Pokuta v takejto výške môže byť uložená:

- keď neboli splnené podmienky súhlasu so spracovaním, alebo
- keď boli porušené zásady prenosu dát mimo územia Európskej únie. Pokuta až do výšky 10 miliónov eur, alebo v prípade spoločnosti až do výšky 2% celosvetového ročného obratu v predchádzajúcom

finančnom roku, podľa toho, ktorá suma je vyššia. Takáto pokuta môže byť uložená v nasledovných prípadoch:

- nedostatočná zmluva so sprostredkovateľom, ktorá nespĺňa podmienky podľa GDPR,
- nezabezpečenie dostatočnej bezpečnosti spracúvaných osobných údajov (okrem iného napríklad aj šifrovaním),
- neoznámenie porušenia ochrany osobných údajov,
- nenominovanie zodpovednej osoby v tých prípadoch, kde to GDPR vyžaduje.

V rámci rozhodovacieho konania o uložení pokuty a jej výške sa bude posudzovať každý prípad osobitne a budú sa zohľadňovať viaceré skutočnosti, napríklad:

- povaha, závažnosť a trvanie porušenia,
- počet dotknutých osôb a úmyselný prípadne nedbanlivostný charakter porušenia,
- miera zodpovednosti prevádzkovateľa alebo sprostredkovateľa so zreteľom na technické a organizačné opatrenia, ktoré prijali,
- akékoľvek kroky, ktoré prevádzkovateľ alebo sprostredkovateľ podnikol s cieľom zmierniť škodu, ktorú dotknuté osoby utrpeli.

Aby sa organizácie vyhli týmto sankciám, je potrebné sa začať pripravovať na GDPR a postupne realizovať zmeny v dostatočnom predstihu.



## **6 ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ O VÄZŇOV V KONCENTRAČNOM TÁBORE GROSS-ROSEN**

Koncentračné tábory boli štátne inštitúcie riadené ústrednou vládou nemeckého štátu (Świebocka a kol., 2011). Počas trvania 2. svetovej vojny sa zakladali predovšetkým na území krajín okupovaných nacistami. Predstavovali miesta masového sústredenia veľkého počtu nepohodlných osôb. Išlo predovšetkým o politických odporcov, príslušníkov etnických a spoločenských menšín, kriminálnikov, ktorí boli uväznení na rôzne dlhú dobu bez súdneho procesu (Ševčovičová, 2014, Świebocka a kol., 2011).

Do roku 1939 slúžili koncentračné tábory prevažne vnútropolitickým cieľom, ale pri ich výstavbe sa stále viac uplatňovali hospodárske hľadiska, ako aj využitie pracovnej sily väzňov nasadených v rôznych výrobných odvetviach a priemyselných závodoch (Friedler a kol., 2007). Po roku 1941 sa nacistické tábory delili na koncentračné a extermináčné (vyhladzovacie). Typické koncentračné tábory fungovali ako pracovné tábory v ktorých sa sústredili a väznili príslušníci viacerých európskych národností. Vyhladzovacie tábory s plynovými komorami nemali permanentných väzňov, s výnimkou malej skupiny pomocnej čaty. Boli využívané výlučne na okamžitú likvidáciu Židov ako súčasť Konečného riešenia (Emmert, 2006).

V Ríši a na okupovaných územiach fungoval celý rad hlavných, kmeňových koncentračných táborov (Sofský, 2006). V medzivojnovom období bol v blízkosti obce Rogoznica založený kameňolom na ťažbu granitu, ktorého rozloha predstavovala 180 x 110 m a hĺbka 38 m. Po jeho odkúpení štátom sa na prácu využívali väzni z koncentračného tábora Sachsenhausen, pre ktorých bol vedľa lomu vytvorený podtábor Arbeitslager Gross-Rosen (Konieczny, 2012). Odhaduje sa, že v období existencie tábora ním v rokoch

1940-1945 prešlo 120 tisíc väzňov, pričom tretina z nich v Gross-Rosene zahynula (Sofský, 2006).



Obr.1 Vstupná brána do tábora (Zdroj: Ševčovičová, 2013).

Pri príchode do tábora väzňov vítal na hlavnej bráne nápis „Arbeit machr frei“ (Práca oslobodzuje), ktorý však zďaleka nezodpovedal jeho obsahu. Z hľadiska fyzickej náročnosti vykonávanej práce v kameňolome bol tábor v Gross-Rosene jedným z najhorších táborov s vysokou úmrtnosťou fyzicky zúbožených väzňov.

### **6.1 História vzniku a existencie koncentračného tábora**

Vzhľadom na budovanie tábora a intenzitu transportov možno stanoviť tri časové obdobia jeho existencie (Olszyna, 2005):

1. obdobie: august 1940 - máj 1941 (táborom prešlo okolo 600 väzňov)
2. obdobie: máj 1941 - polovica roka 1943 (transporty 10 600 väzňov a 2500 sovietskych vojnových zajatcov)

3. obdobie: polovica roka 1943 - polovica februára 1945 (100 000 väzňov, budovanie početných podtáborov)



Obr.2 Podtábory koncentračného tábora Gross-Rosen (Zdroj: Olszyna, 2005, s.5).

Prvých sto väzňov prišlo do koncentračného tábora 2. augusta 1940 (Konieczny, 2012). Počas prvých desiatich mesiacov fungoval Gross-Rosen ako podtábor riadený z koncentračného tábora Sachsenhausen (Olszyna, 2005). V januári 1941 sa v tábore Gross-Rosen nachádzalo 404 väzňov. Od 1. mája 1941 sa tábor stal samostatným koncentračným táborom, zaradeným do druhej kategórie pre ťažko pracujúcich väzňov schopných výchovy a nápravy

(Konieczny, 2012). V tábore v tom čase bolo k dispozícii iba poľné krematórium, ktoré sa často kazilo. Spálili v ňom 30 až 40 mŕtvol denne (Halgas, 2013). Vedenie tábora v júni 1941 po skončení karantény kvôli výskytu škvrnitého týfusu zabezpečilo na spaľovanie mŕtvol zavedenie prenosného krematória. Zároveň sa rozhodlo o vybudovaní stáleho krematória (Konieczny, 2012).

V období od 1. júna 1941 do 31. mája 1942 z 2575 väznených prišlo o život 911 väzňov, z toho 127 v plynových komorách v Štátnom stredisku eutanázie v Bernsburgu. Zároveň sa vykonávali selekcie, po ktorých boli väzni posielaní napr. do koncentračného tábora Dachau (Olszyna, 2005).

**V druhom období jeho existencie** od mája 1941 do polovice roka 1943 prešlo táborom vyše 10 tisíc väzňov a 2500 sovietskych vojnových zajatcov. Zajatecký tábor fungoval osem mesiacov, počas ktorých v ňom väčšina väzňov zahynula (Olszyna, 2005). Spočiatku tvorilo plocha tábora okolo 70 tisíc metrov štvorcových. V lete 1942 došlo k jeho rozšíreniu o ďalších 45 tisíc metrov štvorcových. Takto mohol tábor prijať 15 až 20 tisíc väzňov. Rozširovanie tzv. veľkého tábora trvalo do jari 1944 (Konieczny, 2012).

**V tretej etape existencie tábora** od polovice roka 1943 až do februára 1945 sa budovali početné podtábory, v ktorých bolo sústredených spolu okolo 100 tisíc väzňov (Olszyna, 2005), pracujúcich pre zbrojný priemysel a rôzne vojenské investície. Zásadné rozšírenie kmeňového tábora nastalo v roku 1944 prijatím veľkého počtu väzňov z transportov. Pod hrozbou približujúceho sa východného frontu došlo k sťahovaniu väzňov a veľmi rýchlemu vytváraniu siete podtáborov. V priebehu roka bolo do Gross-Rosenu poslaných viac ako 400 skupín väzňov; spolu okolo 90 tisíc osôb. V marci 1944 sa väzenskej spoločnosti tábora objavili prvýkrát ženy. Počet postupne narastal a na konci jeho existencie ich bolo skoro 26 tisíc. Išlo výlučne o židovské ženy, rozmiestnené v 42 podtáboroch.

Väzenkyne pracovali v textilnom priemysle, pri produkcii munície, pri stavbe opevňovacích systémov a pod. (Konieczny, 2012).

O úlohe a postavení tábora v systéme hitlerovských koncentračných táboroch svedčí fakt, že v januári 1945 zahŕňal tábor približne 11% väzňov všetkých nacistických táborov. 1. januára 1945 sa v komplexe Gross-Rosen nachádzalo 76728 väzňov, z toho 51204 mužov a 25524 žien. Viac väzňov sa nachádzalo iba v Buchenwalde (Konieczny, 2012).

## 6.2 Životné podmienky v tábore

Životné podmienky v tábore boli najmä počas prvého obdobia jeho existencie katastrofálne. Prítomná bola šikana zo strany SS (*Schutzstaffeln*, Ochranne oddiely) (Konieczny, 2012). Členovia organizácie SS tvorili táborové posádky a preberali veľa funkcií štátnej správy, polície a vojska. **Esesmani** okrem stráženia a spravovania tábora vykonávali tresty smrti na väzňoch a zúčastňovali sa na ich vyvražďovaní (Šwiebocká a kol., 2011). Jadro vyššieho dozorného systému v tábore tvorili kriminálnici (Sofsky, 2006).

V tábore neustále chýbala voda a hygienické zariadenia. Znemožnením dodržiavania osobnej hygieny sa silne šíril svrab a vši (Konieczny, 2012). Do zavedenia vody a kanalizácie sa konalo spoločné **umývanie** väzňov pri koryte s vodou. Na 10 až 15 ľudí bol vydávaný jeden uterák, vždy sa preto utierali do toho, ktorý bol poruke. Celý tábor vtedy používal jednu spoločnú poľnú latrínu (Halgas, 2013).

Kalorická hodnota **výživy väzňov** v Gross-Rosene bola zo všetkých táborov najhoršia kvôli krádežiam jedla. Jedlo kradli a obchodovali s ním kuchári aj esesmani. Kotly polievky boli oficiálne vozené pre svine a balíčky s jedlom vynášané pod zámienkou jedla pre psov. Esesmani ktorí mali psy, ako aj táboroví lekári posielali pre

jedlo do kuchyne a dostávali tak najkvalitnejšie kúsky mäsa. Kuchári kradli a obchodovali s jedlom vo vedrách. Vedúci blokov kradli pre svojich nemeckých kolegov, ktorých bolo v Gross-Rosene veľa. Na blokoch sa kradlo oficiálne. Existovali menšie naberačky na výdaj polievky, melasy, bravčovej masti či marmelády. Margarín bol delený na väčší počet porcií. Aj malé množstvá 50-100 kalórií odoberané každý deň vyhladovanému človeku, zvyšovali každodenný deficit výživy a urýchlňovali zlomenie organizmu (Halgas, 2013). Sovietski zajatci dostávali oproti ostatným iba polovičné prídely potravy. Vydávaná strava mala nízku kalorickú hodnotu. V súlade s úradným nariadením zo 6.8.1941 mal sovietsky vojnový zajatec právo dostávať na obdobie 28 dní iba 6 kg chleba, 400 g mäsa, 440 g tuku a 600 g cukru. V tábore však dokonca neboli dodržiavané ani tieto normy. Varenú stravu tvorila voda s niekoľkými plátkami kalerábu, zbavená výživových zložiek (Olszyna, 2005).

Tábor slúžil na likvidáciu ťažkou prácou a vyhladovaním. K tomu sa pridávali náročné klimatické podmienky, **ubytovanie** v netesných a nevykurovaných barakoch. Denný počet zabitých v komandách a na blokoch bol často vyšší ako počet mŕtvych v nemocnici (Halgas, 2013).

Koncentračný tábor v Gross-Rosene bol podobne ako ostatné tábory chránený pred útekem väzňov a okolitým svetom ostnatými drôťmi. Pokusy o útek boli vzhľadom na prítomnosť stráží v strážnych vežiach, ako aj samotnú fyzickú a psychickú vyčerpanosť väzňov nereálne.



Obr.3 Táborové oplotenie ostnatými drôťmi (Zdroj: Ševčovičová, 2013).

### 6.2.1 Práca väzňov v kameňolome

Aj počas druhého obdobia existencie tábora väzni naďalej pracovali v kameňolome pod prísny režimom a dozorom esesmanov a kapov. Kvôli rozširovaniu tábora museli po ťažkej práci privážať do tábora stavebný materiál (Konieczny, 2012).

Pri práci v lome rozbíjali úlomky skál krompáčmi. Kvádre nosili na ramenách alebo drevených nosidlách v pokluse. Nákladné vozíky tlačili neustále bití väzni po hrbľatom teréne do kopca. Často preto dochádzalo k nehodám. Technické vybavenie bolo nepatrné. Až neskôr sa nasadzovali na prácu pohyblivé pásy, žeriavy a bagre. Úplne vyčerpaní väzni si museli naložiť na ramená ťažký balvan a behať s ním, dokiaľ sa nezrútili. Kameň sa spracoval kladivami a dlátami na hranoly, platne, schody alebo obrubníky. Skoro štvrtina väzňov sa zaoberala jeho nakladaním a dopravou (Sofsky, 2006).



Obr.4 Kameňolom na ťažbu granitu (Zdroj: Ševčovičová, 2013).

Zajatci pracovali výlučne v kameňolome a to pri najťažších prácach. Nebolo im dovolené pracovať pri akýchkoľvek strojových zariadeniach (Halgas, 2013). Fyzické sily väzňov sa v dôsledku nedostatočnej výživy, chýbajúcej lekárskej starostlivosti a odpočinku rýchlo vyčerpávali (Konieczny, 2012). Vzhľadom na sústavné preťažovanie prácou bez možnosti regenerácie, došlo za krátky čas k vyčerpaniu všetkých rezerv (Sofsky, 2006).

### 6.2.2 Chorobnosť väzňov

Najväčšia časť väzňov pracovala v kameňolome, kde bola veľká prašnosť, čím dochádzalo k poraneniu očí. Kvôli chýbajúcim šatkám si väzni pretierali oči špinavým kúskom látky, rukávom alebo prstami. Dochádzalo tak ľahko k zápalu spojiviek, hnisaniu očí a pod. (Halgas, 2013). V decembri 1940 nebolo až 50% väzňov schopných vykonávať prácu z dôvodu choroby a vyčerpania (Konieczny, 2012).

V júni 1941 ako dôsledok katastrofálnych sanitárnych podmienok vypukla v tábore **epidémia škvrnitého týfusu**. 30. júna 1941 bola zavedená karanténa, ktorá zahŕňala aj esesmanov. Platil zákaz



prijímať nové transporty, posielat' väzňov do iných táborov alebo ich prepúšťať (Konieczny, 2012). V tomto období sa väzni zabíjali injekciami do srdca (Sofsky, 2006). Vedenie tábora po skončení karantény s cieľom prerušiť odvoz mŕtvych tiel do Legnice zabezpečilo zavedenie prenosného krematória na spaľovanie mŕtvol. Zároveň sa rozhodlo o vybudovaní stáleho krematória (Konieczny, 2012). Príčinou škvrnitého týfusu bolo zavšívavenie, preto sa denne povinne hľadali a likvidovali vši na oddeleniach, kde ležali chorí s horúčkou. Ak to nemohol spraviť sám chorý, urobil to iný väzeň alebo sanitár. Vo februári 1942 bola pravdepodobne v súvislosti so škvrnitým týfusom vyhlásená znova karanténa, počas ktorej bola sprísnená izolácia medzi tábormi. Začala sa dezinfekcia a odvšívavenie celého tábora. Väzni a zajatci sa ustavične umývali, čistili a vyberali z hláv vši. V barakoch sa vykonávala dezinfekcia voľne rozloženého oblečenia a diek pomocou dymu. Do bloku 6 odchádzali väzni nahí. Tam ich ostrihali, okúpali a natreli Cuprexom. Väzni museli absolvovať v priebehu dvoch týždňov pravidelnú dezinfekciu v kadi s vodou, ktorá bola väčšinou studená. Táto dezinfekcia trvala okolo dvoch týždňov. Potom sa takýmto spôsobom pokračovalo aj v zajateckom tábore. Počas štvortýždňovej karantény si väzni oddýchli a úmrtnosť poklesla (Halgas, 2013).

**Zlomeniny a úrazy** sa v tábore vyskytovali vzhľadom na prácu v kameňolome pomerne často. Röntgen sa v tábore nenachádzal. Zlomeniny sa liečili konzervatívnym spôsobom a znehybňovali dlahou (Halgas, 2013).

Kvôli nedostatku jedla sa v tábore často objavoval opuch z hladu, **kolaps režimu vnútorného prostredia** a celkovej odolnosti organizmu (Halgas, 2013). Nemocničné bloky bývali preplnené umierajúcimi na infekčné choroby, po úrazoch, aj na následky fyzického a psychického násillia a trýznenia. Väzni trpeli podvýživou, mučivým hladom a nedostatkom základných existenčných,

hygienických, diagnostických a terapeutických potrieb, predovšetkým obväzov a liekov (Sulaček, 2005).

Chorobnosť bola v Gross-Rosene vysoká. Nezodpovedala počtu lôžok v revíre (táborovej nemocnici), ani minimálnym možnostiam liečby. Najčastejšou príčinou až 90% chorôb bolo **vyhladovanie** a zlé sanitárne podmienky alebo bitka. Denný stav chorých na revíri predstavoval 25-30% stavu celkového počtu väzňov v tábore. Odrážalo sa to v dennom stave okolo 600 pacientov revíru. V zime 1942 sa ich počet dokonca zdvojnásobil. Aj preto okolo 80% mŕtvych tvorili väzni vyhladovaní k smrti. Za smrťou okolo 15% väzňov stáli rôzne podoby vrážd. Úmrtia, ktorých príčinou bola somatická choroba, nezavinená koncentračným táborom, neprekračovali 5%. Väzňom, ktorí prišli do tábora s nezdravým množstvom tuku na bruchu, prevísala zhruba po troch mesiacoch násilného chudnutia koža až po kolená (Halgas, 2013).

Do stavu úplného vyčerpania priviedol väzňov trvalý hlad, ťažká práca nad ich sily, fyzický teror, ako aj choroby a invalidita zapríčinené týmito faktormi. K realizácii masových zločinov boli využívané technické prostriedky, čoho vyústením boli plynové komory (Olszyna, 2005).

Od júla do augusta 1941, kedy bola tábore vyhlásená karanténa kvôli škvrnitému týfusu sa väzni zabíjali injekciami do srdca (Sofsky, 2006).

### **6.2.3 Táborová nemocnica – revír**

Revír bol vytvorený v lete 1940. Zaberal polovicu vtedajšieho kuchynského baraku, s tromi miestnosťami. V roku 1941 vybudovali neďaleko kuchyne jeden malý barak (pre 150 ľudí) určený pre revír - Revír 1. Bola v ňom vytvorená prijímacia ambulancia a štyri sály pre chorých. Začiatkom roka 1942 pribudol Revír 2 pre chorých s nákazlivými chorobami a horúčkou. V lete 1942 bola pre Revír 3

(nazývaný aj rusky revír) vyčlenená polovica baraku (pre 350 osôb) s trojposchodovými drevenými lôžkami, vybudovaného na mieste bývalého zajateckého tábora. Do revíru sa zmestilo naraz najmenej 600 chorých, po zhustení aj 800. Na Revír 3 dávali aj zomierajúcich, ktorí sa predtým pokúsili o útek (Halgas, 2013). V rokoch 1941 - 42 takmer polovica väzňov nebola v stave vykonávať akúkoľvek prácu. Správa tábora vyčlenila pre ciele izolácie dva baraky, ale tie nestačili na umiestnenie všetkých chorých a vyčerpaných väzňov. Počas doby fungovania tábora bola veľkosť revírových priestorov vzdialená od praktických potrieb. K zníženiu úmrtnosti a zlepšeniu stavu zdravia chorých neprispievali ani chýbajúce prostriedky na liečbu a nedostatočné potravinové prídely (Olszyna, 2005, s.90).

V rokoch 1941 - 42 museli väzni dožadujúci sa ošetrovania na revíri ísť na prehliadku k blokovému. Ďalšiu prehliadku vykonával revírny kapo. Ak bol väzeň podozrivý z ulievania sa z práce, bol vystavený fyzickému trestu, ktorý mohol byť príčinou smrti. Záverečné rozhodnutie o prijatí do revíru mali esesmani, ktorí na názor väzňov - lekárov nebrali ohľad (Olszyna, 2005). V roku 1943 počet chorých v revíre prekračoval často 1500 väzňov a tvoril tak 25 - 30% stavu tábora. Išlo o rôzne druhy zahnisania, flegmóny, karbunkuly, furunkuly, vyklíbenia a zlomeniny (Halgas, 2013).

V roku 1944 revír zahŕňal v hlavnom tábore šesť oddelení umiestnených v piatich barakoch. Okrem ambulantného ošetrovania sa poskytovala aj zubná starostlivosť. Chorí boli za špecifických podmienok umiestňovaní na interné, infekčné, chirurgické alebo očné oddelenie. V druhej polovici 1944 bola vytvorená funkcia blokových lekárov. Aj keď činnosť v blokoch bola ohraničená hlavne znepokojením o udržiavanie osobnej hygieny medzi väzňami a udeľovania ambulantnej pomoci, zohrala nezanedbateľnú úlohu v prevencii výskytu epidémií. Táborová nemocnica bola v podstate predsieňou táborového krematória. Predstavovala tiež miesto, kde sa

vykonávali selekcie znamenajúce rýchlu smrť ich obetí (Olszyna, 2005).

Na väzňoch sa realizovala akcia eutanázie a **vykonávali experimenty** týkajúce sa likvidácie vybraných skupín sovietskych vojnových zajatcov (Konieczny, 2012). Vybrané skupiny zajatcov zahynuli v rámci vykonaných popráv. Lekársko-sanitárna služba využívala usmrcovanie injekciami fenolu. Niektorí zajatci boli otrávení ústnym podaním jedu (Olszyna, 2005).

#### **6.2.4 Personálne zabezpečenie táborovej nemocnice**

V revíre neboli profesionálni pomocníci. Rozdávanie jedla a upratovanie vykonávali už preliečení väzni (Halgas, 2013). V revírových barakoch boli mimo esesmanov rôzni funkcionári, v rokoch 1940-1942 zodpovedne vyberaní zo skupiny zdegenerovaných kriminálnikov nemeckej národnosti. Napriek obrovskej úmrtnosti, vedenie tábora nedovolilo väzňom-lekárom, aby sa postarali o chorých, keďže museli pracovať v miestnom kameňolome. Aj keď neskôr postupne dochádzalo k istej zmene a čoraz viac lekárov bolo pridelených k práci a chorým v revíre, ich činnosť bola vážne ohrozená nedostatkom prostriedkov nevyhnutných k liečbe. V druhej polovici roka 1944 bola zároveň vytvorená funkcia blokových lekárov. Ich hlavnou úlohou bola kontrola sanitárneho stavu v barakoch a dodržiavanie osobnej hygieny väzňov. Veľa lekárov bolo poslaných do početných podtáborov. Takisto boli posielaní aj do iných koncentračných táborov (Olszyna, 2005).

Až v auguste 1942 boli do táborového revíru prvýkrát poslaní dvaja lekári. Táto zmena prístupu lekárov k väzňom bola pravdepodobne zapríčinená nariadením zhora, ktoré prikazovalo veliteľom zaistiť väčší počet väzňov pre prácu v priemysle; avšak je tiež možné že bola výsledkom intervencie riaditeľstva miestneho

kameňolomu, ktorého požiadavky na pracovné sily tábor ešte stále nepokrýval. Osud chorých to však veľmi nezmenilo. Chýbajúce prostriedky na liečbu a nedostatočné potravinové prídely u nich neznižili úmrtnosť ani nezlepšili stav zdravia. Od 1.6. do 31.12.1942 prišlo do tábora ďalších 4285 väzňov a v tom istom období zomrelo 2839 väznených (Olszyna, 2005).

V roku 1942 pôsobil na poste táborového lekára doktor Mengele (Konieczny, 2012). Ten bol neskôr preradený do koncentračného a vyhladzovacieho tábora v poľskom Osvienčime, kde vykonával selekcie prichádzajúcich osôb, pokusy na dvojčatách s cieľom rýchleho množenia nemeckej rasy a experimentoval s pacientmi trpasličieho vztstu (Schwalbová, Hradská, 2001).

Získať presný zoznam lekárov pracujúcich v Gross-Rosene je náročné, nakoľko veliteľstvo tábora ničilo na začiatku roku 1945 táborové dokumenty. V zozname, ktorý prezentuje Olszyna (2005) figuruje 71 lekárov z Poľska, sedem Belgičanov, traja československí lekári (Róbert Brejner, Alexander Kuchel a Otto Loor), osem Francúzov, jeden nemecký lekár, osem sovietskych lekárov, jeden Rumun, dvadsaťdeväť maďarských lekárov a traja Taliani. V tábore pôsobili ako lekári Slováci, ktorých uvádzame v tabuľke 1.

Tab. 1 Zoznam slovenských lekárov v Gross-Rosene (Zdroj: Olszyna, 2005, s.51).

<b>Meno lekára</b>	<b>Dátum narodenia</b>	<b>Číslo väzňa</b>
Seigfried Aroly	31.1.1917	73822
Juda Buys	17.10.1910	73801
Ernst Furst	12.8.1907	73953
Otto Fischl	26.2.1912	73841
Jurai Komeny	18.5.1913	73955
Wawro Komeny	22.6.1915	nezistené
Otto Lehr	19.4.1911	73811
Iwan Synlar	9.1.1908	73945

Otto Stein	5.4.1912	73913
Franz Veticki	2.7.1908	73818
Vilhelm Weisewicz	22.4.1913	73927
Karl Zimmer	6.4.1901	73933

Sulaček (2006) poskytuje v svojej publikácii Biele plášte venovanej tragickým osudom židovských lekárov na Slovensku v období 2. svetovej vojny bližšie informácie o lekároch deportovaných do koncentračných táborov. Aj keď sa menný zoznam poľského autora Oszynu (2005) nestotožňuje úplne so slovenskými verziami mien lekárov, predpokladáme, že vzhľadom na rovnaký dátum narodenia ide o totožné osoby.

MUDr. Ernest Fürst pôsobil od roku 1938 ako odborný lekár pre ušné, krčné a nosné choroby v Bratislave. Prežil perzekúcie a po vojne pôsobil ako lekár v Topoľčanoch, Nitre a Nových Zámkoch. MUDr. Juraj Kemény, od roku 1945 Juraj Oravec bol v novembri 1944 deportovaný zo Serede do Osvienčimu. Po vojne pôsobil ako lekár v Bratislave a zastával funkciu primára interného oddelenia Štátnej nemocnice v Prešove. Vystaľoval sa do USA, kde pôsobil aj ako profesor interného lekárstva v Chicagu a San Franciscu. MUDr. Loránd Vavro Kemény, od roku 1945 Varvo Oravec, bol v septembri 1944 spolu so svojim bratom Jurajom a matkou deportovaný zo Serede do Osvienčimu, kde ich matka zahynula. Po vojne pracoval ako lekár v Bratislave, Košiciach a Prahe. V roku 1968 emigroval do Bernu, kde pôsobil ako zubný lekár (Sulaček, 2006).

### 6.2.5 Materiálne vybavenie nemocnice

Vo väzenskej nemocnici chýbalo materiálne a medicínske vybavenie. Niektoré pomôcky vyrobili po podplatení kapa väzni v dielni. Časť lekárskeho inštrumentov (nože, píly, dlátko, pilníky) si zaobstarali v stolárskych dielňach. Nite sa získali od obuvníkov. Išlo o bežné ľanové obuvnícke nite nedráždiace tkanivá, ktoré stačilo pred

použitím vyvariť. Sadru na výrobu sadrových pásov získali väzni zo stavebných materiálov. Z kradnutých prestieradiel sa vyrábali plátenné elastické pásy. K dispozícii nebolo žiadne laboratórium, iba lekársky mikroskop, pomocou ktorého vyšetरोvali vykašľaný hlien a moč. Na meranie pulzu boli k dispozícii drevené presýpacie hodiny (Halgas, 2013).

Vybavenie liekmi bolo v roku 1942 katastrofálne. Lieky sa na revír dostávali predovšetkým z balíkov väzňov. Väčšinou išlo o prostriedky proti bolesti a horúčke. V lete 1943 počas epidémie trachómu (očná infekčná choroba) sa za peniaze vyzbierané väzňami nakúpili sulfónamidy, ktoré sa neskôr použili aj pri iných chorobách. Zásobovanie zo strany úradov sa o niečo zlepšilo v roku 1943, ale ostalo v rukách lekárnika SS revíru Dehnela, výnimočného sadistu a nepriateľa väzňov (Halgas, 2013). Od roku 1943 lekárom pomáhal väzeň – farmaceut v lekárni SS, ktorý nelegálnou cestou zabezpečoval pre revír lieky a liečebné pomôcky (Olszyna, 2005).

Na revírové baráky bola v druhej polovici roka 1942 postupne zavedená kanalizácia, vodovod, zriadené umyvárne a toalety. Postupne bol prerobený celý tábor a zlikvidovali sa centrálné záchody, čo zlepšilo situáciu na revíre, kde sa na výkaly používali vedrá. Šíriaci sa zápach vtedy znepríjemňoval pobyt na revíri, pričom bolo nutné neustále vetrať. Chýbajúce sanitárne vybavenie napomáhalo šíreniu hnačky a týfusu (Halgas, 2013).

### **6.2.6 Táborový revír ruských vojnových zajatcov**

Dňa 16. a 17. októbra 1941 priviezli do zajateckého tábora v Gross-Rosene v dvoch transportoch sovietskych zajatcov, v každom po 1250 osôb. Boli umiestnení v troch barakoch (č.8, č.9 a č.10), ktoré boli od ostatných oddelené ostnatým drôtom. K zajatcom zároveň umiestnili nemeckých dlhoročných väzňov - kriminálnikov. Tí plnili úlohy blokových, kapov, sanitárov atď. (Olszyna, 2005). Ruský revír

sa nachádzal v polovici baraku č. 10. V decembri 1941 počet chorých prekročil sto. V revíri neboli lôžka, ani sanitárne či iné zariadenia. Väzni ležali na slamníkoch prikrytých tenkou dekou a čakať na smrť. Rany im boli ovíjané nájdenými kusmi látky alebo kúskom podšivky vytrhnutej spod uniformy. Nebolo tu žiadne vybavenie, ani teplomer a nevedela sa žiadna dokumentácia, kniha denného stavu ani kniha úmrtí. Sovietski zajatci si pomáhali podľa možností, nakoľko na revír nechodili lekári ani SS sanitári. Vo väzenskom revíri preto žiadali o lieky nemeckých kriminálnikov, ktorí sa vedeli ledva podpísať, ale na tému chorôb a liečenia sa vyjadrovali ako rodení lekári. Komunikácia s nimi bola prakticky nemožná (Halgas, 2013).

Zajatci boli vyhľadované kostry potiahnuté kožou, neschopní akéhokoľvek pohybu. Vyčerpaní ležali na podlahe. Ak sa niekto potreboval vyprázdniť, podložili mu vedro a s úsilím posadili. Úmrtnosť 25 väzňov za deň bola odstrašujúca. Okrem toho denne prinášali zbitých alebo zabitých väzňov z blokov alebo z práce. Úmrtnosť v táboch sovietskych zajatcov bola desaťkrát vyššia ako vo väzenskom tábore. Všetci boli presvedčení, že tu boli poslaní na likvidáciu. Pracovali výlučne v kameňolome a to pri najťažších prácach. Nebolo im dovolené pracovať pri akýchkoľvek strojových zariadeniach. Vždy po práci museli nosiť do tábora kamene použité na ďalšie budovanie tábora (Halgas, 2013). Odev dostali v prvom rade zajatci, ktorých bolo ešte možné využiť na prácu v kameňolome (Olszyna, 2005).

V decembri 1941 vypukla v táboch epidémia týfusu. Odvtedy sa začali mŕtvoly zajatcov páliť v krematóriu pri cintoríne v Legnici. V knihe krematória je uvedené, že od 15. do 30. decembra bolo spálených 535 tiel. Do tábora prišli 24. decembra z koncentračného tábora Auschwitz dvaja lekári - väzni, kedy žilo už len okolo 700 zajatcov. Zajatecký tábor pre sovietskych zajatcov fungoval osem



mesiacov, počas ktorých v ňom zahynulo viac ako 2450 zajatcov (Olszyna, 2005).

### **6.2.7 Schonungy pre slabých väzňov**

Napriek vysokej úmrtnosti a selekciami pri transportoch sa v revírových barakoch nachádzalo stále niekoľko stoviek väzňov. Tí, ktorí sa na revír nezmestili, bývali v tzv. *schonungu* (Olszyna, 2005). Išlo o bloky v ktorých mali ľahko chorí a slabí väzni právo prebývať bez toho, aby museli pracovať. Väzni tam boli šikanovaní tak, že od apelu (hromadné nástupy väzňov) po apel bez ohľadu na počasie stáli alebo sedeli pred blokom na úzkych laviciach. Nebolo im dovolené zostať na lôžkach, lebo neboli chorí len oslabení, potrebujúci odpočinok. Boli teda „zabíjaní odpočinkom“. Stále nepohnuté sedenie bolo horšie ako práca. Spočiatku bol schonung len v bloku 16. Neskôr sa vytvoril druhý schonung vo veľkom bloku č. 8 (Halgas, 2013).

Každý schonung mal prideleného sanitára, ktorý musel denne vizitovať chorých. Lekár robil raz za tri dni prehliadku väzňov, ktorých prepúšťal do práce alebo naopak v rámci voľných miest ich posielal do revíru. Chorí v schonungu boli vo vlastnom oblečení, bielizni a obuvi. V revíre musel každý odovzdať všetky veci, oblečenie, bielizeň, obuv a dostával iba bielizeň alebo len jednu košeľu. Na desať ľudí pripadal jeden pár drevených papúč. Kvôli tomu chorí prichádzajúci do revíru boli zvyčajne stratoví, dokonca aj v dovtedajšom rozpoložení, ktoré nebolo dobré (Halgas, 2013).

Na neľahký osud týchto väzňov spomína bývalý väzeň Bolesław Włodzimierz Lewicki, ktorý sa do tábora dostal 6. júna 1942. Podľa jeho svedectva bol v tábore zastavaný nevelký obdĺžnik, akási miniatúra hľadiska divadla, s úzkymi lavicami. Dosky opreté na v zemi nabité koly *„ale tak blízko k sebe postavených, že keď som tam sedel, cítil som na obličkách tlak kolien toho, kto sedel za mnou, ja sám som tiež dotýkal kolenami zadku niekoho iného. Takisto aj*

*stisnuté lakte z pravej a ľavej strany...“ (In Olszyna, 2005, s.90). Lewicki ďalej spomína na stiesnené pomery, pretože na lavičkách bolo prevažne viac sediacich väzňov ako bežných miest na sedenie. Väzni sa nesmeli hýbať, ani hovoriť medzi sebou šeptom, pretože sa vystavovali riziku, že ich službukonajúci kapo štuchne dlhou žrdou. Do schonungu odchádzali väzni po rannom apeli. Na lavičkách sedeli za každého počasia, bodajúc sa navzájom permanentne laktami a kolenami. Pre mnohých tak bola liečba na schonungu horšia ako práca v kameňolome (In Olszyna, 2005).*

## **7 SÚSTAVNÉ VZDELÁVANIE OŠETRUJÚCICH V KONTEXTE POŽIADAVIEK EURÓPSKEJ ÚNIE**

Dôležitosť kontinuálneho profesionálneho rozvoja (continuous professional development – CPD) a celoživotného vzdelávania (life long learning – LLL) zdravotníkov je všeobecne uznávaná. Systémy CPD a LLL pomáhajú zabezpečiť, aby sa v praxi používali najmodernejšie postupy. Prieskum kontinuálneho profesionálneho rozvoja a celoživotného vzdelávania pre lekárov, sestry, zubných lekárov, pôrodné asistentky a farmaceutov sa uskutočnil v 28 členských štátoch EÚ a krajinách EZVO (Európske združenie voľného obchodu - European Free Trade Association - EFTA). Poskytuje informácie o stratégii riešenej problematiky, skúma dostupnú literatúru, ilustruje výsledky celoeurópskeho prieskumu a workshopu odborníkov, a taktiež prezentuje prehľad o iniciatívach ohľadne systémov CPD na celoeurópskej úrovni. Akčný plán Európskej komisie pre pracovnú silu EÚ v oblasti zdravia považuje CPD za nástroj na zabezpečenie bezpečnosti pacientov v kontexte cezhraničnej mobility zdravotníckych pracovníkov v EÚ. Smernica o uznávaní odborných kvalifikácií, 2005/36/ES zmenená a doplnená smernicou 2013/55/ EÚ stanovuje, že členské štáty podporujú nepretržitú odbornú prípravu v prípade lekárov, sestier, zubných lekárov, pôrodných asistentiek a farmaceutov. V EÚ existuje zvýšený strategický záujem o kontinuálny profesionálny rozvoj (CPD) a celoživotné vzdelávanie (LLL) odborníkov v zdravotníctve z celej EÚ. CPD a LLL pomáhajú zabezpečiť, aby bola odborná prax sestier a pôrodných asistentiek vykonávaná podľa najnovších postupov, čo prispieva k zlepšovaniu výsledkov liečby pacientov a zvýšeniu dôvery verejnosti v tieto profesie.

Európska komisia zmluvne zaviazala konzorcium, pozostávajúce z Rady európskych zubných lekárov (CED – Council of European

Dentists), Európskej federácie asociácií sestier (EFN – European Federation of Nurses Association), Európskej asociácie pôrodných asistentiek (EMA), Európskej aliancie pre verejné zdravotníctvo (EPHA – European Public Health Alliance), Farmaceutickej skupiny Európskej únie (PGEU) pod vedením Stáleho výboru európskych lekárov (CPME – Standing Committee of European Doctors), a ktoré je financované z Programu EÚ pre zdravotníctvo, aby zrealizovalo 12-mesačnú štúdiu na preskúmanie a zmapovanie CPD a LLL v piatich medicínskych profesiách (lekári, zdravotné sestry, zubní lekári, pôrodné asistentky a farmaceuti) v 31 krajinách EÚ/EEA /EFTA.

Cieľmi štúdie, ktorá sa začala v októbri 2013 boli:

- poskytnúť presnú, úplnú a porovnateľnú analýzu CPD modelov, metód a postupov pre odborníkov v zdravotníctve;
- popísať, ako sú tieto modely a prístupy štruktúrované a financované v EÚ-28 a krajinách EFTA/EEA (EEA – European Economic Area – Európsky hospodársky priestor - EHP);
- podporiť diskusiu medzi organizáciami reprezentujúcimi odborníkov v zdravotníctve a tvorcami stratégie a postupov, regulačnými a odbornými orgánmi, aby zdieľali informácie a postupy v kontinuálnom profesionálnom rozvoji (CPD) odborníkov v zdravotníctve;
- uvažovať nad prínosmi európskej spolupráce v tejto oblasti pre dobro pacientov v Európe.

Na úrovni EÚ bola **úloha CPD pomáhať zabezpečiť bezpečnosť pacienta v kontexte cezhraničnej mobility** riešená v niekoľkých právnych nástrojoch: okrem iného v Odporúčaní Rady ohľadne bezpečnosti pacienta, vrátane prevencie a kontroly zdravotnej starostlivosti súvisiacej s infekciami, v Smernici 2011/24/EÚ o právach pacienta pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti a najnovšie v Smernici 2013/55/EÚ, ktorou sa mení a dopĺňa Smernica 2005/36/ES o uznávaní odborných kvalifikácií, podľa ktorých „musia

členské štáty EÚ zabezpečiť podporovanie kontinuálneho profesionálneho rozvoja tak, aby boli odborníci schopní aktualizovať svoje vedomosti pre stály výkon bezpečnej a efektívnej praxe”.

Pre objasnenie problematiky je potrebné venovať sa pojmom, tak ako boli definované v štúdiu realizovanej v krajinách EÚ. Tabuľka č. 1 je prehľadom pojmov súvisiacich s riešenou problematikou.

Tabuľka č. 1 Pojmy (Zdroj: Autor)

<p>Kontinuálny profesionálny rozvoj (Continuous Professional Development) <b>CPD</b></p>	<p>Systematická udržiavanie, zdokonaľovanie a nepretržité získavanie a / alebo posilňovanie celoživotných vedomostí, zručností a kompetencií odborníkov v oblasti zdravotníctva. Je dôležité pre stretávanie sa s pacientmi, poskytovanie zdravotníckych služieb a individuálnymi potrebami profesionálneho vzdelávania. Tento pojem uznáva nielen rozsiahle kompetencie potrebné na výkon vysoko kvalitnej starostlivosti, ale aj multidisciplinárny kontext starostlivosti o pacienta. [Napríklad to môže zahŕňať technický, vedecký, regulačný a etický vývoj, ako aj zručnosti v oblasti výskumu, riadenia, správy a vzťahov s pacientmi. Činnosti možno kategorizovať ako formálne / neformálne a povinné / dobrovoľné.]</p>
<p>Celoživotné vzdelávanie (Lifelong Learning)</p>	<p>Všeobecné vzdelávanie, odborné vzdelávanie a príprava, neformálne vzdelávanie a neformálne vzdelávanie vykonávané po celý život, ktoré vedie k zlepšeniu vedomostí, zručností a kompetencií, ktoré môžu zahŕňať profesionálnu etiku.</p>

Kontinuálne vzdelávanie	Štruktúrované vzdelávacie aktivity vykonávané v rámci sledovania alebo ako súčasť prístupu CŽV
Kontinuálne vzdelávanie sestier	Prvok CPD zahŕňajúci vývoj špecifických klinických a technických zručností v oblasti zdravia, ošetrovateľskej starostlivosti týkajúcich sa sestier. Činnosti možno kategorizovať ako formálne/neformálne a povinné/dobrovoľné.
Kontinuálne vzdelávanie v pôrodnej asistencii	Prvok CPD zahŕňajúci vývoj špecifických klinických a technických zručností v oblasti zdravia, poskytovanie starostlivosti týkajúcich sa pôrodných asistentiek. Činnosti možno kategorizovať ako formálne/neformálne a povinné/dobrovoľné.
Formálne CPD	Formálne aktivity CPD, ktoré sa vykonávajú zámerne s cieľom zlepšiť znalosti, zručnosti a kompetencie, ktoré sú naplánované a môžu byť zaznamenané, kontrolované a overené. Zahŕňa vzdelávacie aktivity, ako napríklad účasť na kurzoch, seminároch, konferenciách a workshopoch, výučbe a príprave prednášok, programoch vyššieho vzdelávania, zmiešanom vzdelávaní, peer review, ako aj iných riadených odborných aktivitách, vrátane on-line kurzov - zahŕňajúce hodnotenie znalostí, študijné pobyty atď.
Neformálne CPD	Neformálne aktivity CPD, ktoré sa vykonávajú úmyselne a prispievajú k zlepšovaniu vedomostí, zručností a kompetencií, ktoré môžu alebo nemusia

	<p>byť registrované a overiteľné. Môže to zahŕňať príležitostné vzdelávacie aktivity, ako sú spontánne interakcie a rozhovory s kolegami a ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi, učenie sa z chýb a spätnej väzby, ale aj plánované vzdelávacie aktivity, ako napríklad účasť na vzdelávacích programoch, profesionálne štúdium odbornej literatúry a iných typov publikácie, účasť na diskusiách v sociálnych médiách atď.</p>
Povinná CPD	<p>CPD, ktoré je povinné pre profesionála na základe vopred stanovených požiadaviek stanovených príslušným orgánom, niekedy súvisiacich s reliktom, opätovnou registráciou alebo predĺžením platnosti Povinná CPD môže vyžadovať plnenie činností, napr. požiadavky týkajúce sa počtu študijných dní alebo kreditov, ktoré sa majú získať v stanovenom časovom období, počet študijných dní potrebných v stanovenom časovom období, požiadavky na poskytnutie dôkazov o činnosti CPD alebo iné požiadavky. Môže zahŕňať formálne aj neformálne aktivity CPD.</p>

## 7.1 Definícia a systémy CPD

CPD je charakterizované ako systematické udržiavanie, zdokonaľovanie a neustále získavanie a/alebo posilňovanie celoživotných vedomostí, zručností a kompetencií odborníkov v zdravotníctve. Považuje sa za kľúčové pre splnenie potrieb pacienta, potrieb poskytovania zdravotníckych služieb a individuálnych odborných potrieb pre výučbu. Termín uznáva nielen široko siahajúce

kompetencie potrebné na realizáciu veľmi kvalitnej starostlivosti, ale aj multidisciplinárny kontext starostlivosti o pacienta.

Z uvedených štúdií vyplýva, že **CPD je etická povinnosť** všetkých odborníkov v zdravotníctve, teda sestier aj pôrodných asistentiek. Sestry a pôrodné asistentky by mali zabezpečiť, aby svoju odbornú prax vykonávali podľa aktuálnych postupov a prispievali tým k zlepšeniu a skvalitneniu výsledkov ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta. Zistenia v predmetnej štúdii potvrdzujú význam CPD a LLL pre odborníkov v zdravotníctve v odbornom, ako aj osobnom rozvoji.

Musíme konštatovať, že **systemy CPD v celej Európe** sú veľmi zložité a existujú rôzne prístupy v jednotlivých profesiách a krajinách. Neexistujú žiadne dôkazy o tom, že sa jeden systém preferuje pred iným. Vieme, že existuje značný rozdiel v CPD v jednotlivých krajinách a profesiách v zdravotníctve, či už s povinnými alebo dobrovoľnými systémami a formálnym alebo neformálnym poskytovaním CPD. Národné prístupy, napr. čo sa týka (samo)regulácie profesie, sa odzrkadľujú v riadení a štruktúrach CPD a LLL. Základnú rolu a kompetenciu v rámci metodiky a postupov riadenia CPD zohrávajú často profesijné organizácie a ministerstvá zdravotníctva jednotlivých krajín.

Model povinného CPD je najbežnejším modelom v krajinách EÚ vo všetkých profesiách zdravotníckych pracovníkov a tento systém je často je spojený s prehodnocovaním odbornej spôsobilosti. Povinné CPD, ako to vyplýva z predmetnej štúdie, však uvádza vo všetkých piatich zdravotníckych profesiách, len tretina monitorovaných krajín. Existujú príklady dobrovoľných CPD rámcov, v ktorých profesijné združenia vytvoria vlastné požiadavky ohľadne CPD pre svojich členov, čo vedie k značnému percentu profesií zúčastňujúcich sa na CPD. **Model povinných CPD a** dodržiavanie a presadzovanie povinných CPD požiadaviek sa líši u v monitorovaných krajinách.



Dôsledky nedodržania podmienok prehodnocovania odbornej spôsobilosti sa tiež výrazne líšia v jednotlivých systémoch a to, od straty licencie, cez dočasné pozastavenie výkonu praxe a rôzne pokuty až po žiadne vyvodenie dôsledkov.

### **7.1.1 Povinný systém CPD**

Systém CPD je povinný v 21 z 31 krajín pre sestry a v 20 z 31 krajín pre, pôrodné asistentky. Zaujímavý je fakt, ktorý z výsledkov štúdie vyplýva, že zatiaľ čo medzi jednotlivými profesiami neexistujú veľké rozdiely, medzi krajinami, ktoré sa skúmali existujú značné rozdiely. CPD je povinný pre všetkých päť povolání, ktoré sa skúmali v 13 z 31 krajín: Rakúsko, Chorvátsko, Česká Republika, Fínsko, Francúzsko, Maďarsko, Taliansko, Lotyšsko, Litva, Rumunsko, Slovensko, Slovinsko a Veľká Británia a len v troch krajinách, v Dánsku, Estónsku a Švédsku, neexistuje žiadna povinná požiadavka na CPD.

V povolání sestra systém CPD vyplýva z legislatívnych požiadaviek v Rakúsku, Bulharsku, Chorvátsku, na Cypre, v Českej Republike, Fínsku, Francúzsku, Maďarsku, Írsku, Taliansku, Lotyšsku, Litve, Luxembursku, Rumunsku, Slovensku, Portugalsku, Slovinsku, Rumunsku a Španielsku. V Bulharsku, na Cypre a v Španielsku sú požiadavky obsiahnuté aj v kódexe profesijného orgánu.

V povolání pôrodná asistentka CPD vyplýva z legislatívnych požiadaviek v Belgicku, Českej republike, Fínsku, Maďarsku a na Slovensku, podľa požiadaviek profesijných organizácií v Chorvátsku, Portugalsku, z legislatívnych požiadaviek aj podľa kódexu profesijnej organizácie funguje systém CPD v Rakúsku, Bulharsku. Povinné požiadavky CPD sú, ako to vyplýva z predmetnej štúdie, formulované z hľadiska trvania alebo obsahu vzdelávacej aktivity alebo aj kombinácie oboch kritérií. Vo veľkej väčšine je však toto

kritérium špecifikované len ako trvanie vzdelávacej aktivity. Všeobecne platí, že jeden kredit zodpovedá jednej hodine aktivity CPD. Treba poznamenať, že ani počet hodín, ani miera kreditov nie je v Európe harmonizovaný. Požiadavky CPD môžu zahŕňať aj povinnosť profesionála, sestry aj pôrodnej asistentky vykonávať nepretržite svoje povolanie, ide predovšetkým o prípady, keď sa táto povinnosť vyžaduje pri preverovaní odbornej spôsobilosti pri registrácii. Medzi príklady patria napríklad sestry a pôrodné asistentky v Holandsku, ktoré musia ukončiť 2080 pracovných hodín klinickej prax v priebehu 5 rokov.

### **7.1.2 Dobrovoľný systém CPD**

Okrem povinných systémov CPD viac ako polovica všetkých respondentov uviedla v krajine dobrovoľnú účasť na systéme CPD. Z predmetnej štúdie vyplýva, že dobrovoľný rámec CPD je najčastejšie pre zubných lekárov (71% odpovedí). Ďalej nasleduje profesia lekárov (asi 60% odpovedí), v profesii pôrodných asistentiek to bolo v (55% ) a v profesii sestier (40% ), nasledujú lekári (približne 60%), pôrodné asistentky (55%), sestry (40%).

Približne polovica respondentov v štúdiu uviedla, že v ich krajine existuje dobrovoľný CPD rámec. Pre účasť na systéme CPD sa v týchto krajinách využívajú ako motivačné nástroje pozitívne stimuly. Dôsledky nedodržiavania CPD systému sú menej reštriktívne. Zo štúdie vyplýva, že v niektorých prípadoch neexistujú žiadne formálne štruktúry, resp. pokyny pre sestry a pôrodné asistentky na ďalšie vzdelávanie, či prehodnocovanie odbornej spôsobilosti. Tu respondenti ako hnací mechanizmus vzdelávania uviedli profesionálne záujmy a etiku povolania, resp. možné požiadavky vyplývajúce od zamestnávateľa.

## 7.2 Obsah a realizácia CPD

Je zrejmé, že poskytovateľmi CPD aktivít sú väčšinou profesijné organizácie a vedecké spoločnosti. Sú príklady akcií, predovšetkým pre lekárov a aj farmaceutov, ktoré sú organizované predovšetkým farmaceutickými firmami. Vývoj obsahu CPD aktivít sa vo veľkej miere zhoduje s orgánmi, ktoré sú poskytovateľmi CPD aktivít. Lekársky špecialisti alebo zamestnávateľia často vyžadujú, aby odborníci v zdravotníctve sledovali predpísaný obsah CPD aktivít. Najpopulárnejšími formami poskytovania CPD boli uvádzané konferencie, sympóziá, prednášky alebo semináre. E-learning alebo učenie cez internet boli uvádzané na treťom mieste ako tretia najčastejšia forma poskytovania.

**Akreditácia** CPD aktivít je v Európe častejšia ako akreditácia poskytovateľov CPD. Ešte stále existujú významné rozdiely čo sa týka podrobností fungovania akreditačných systémov. Akreditácia je väčšinou, ale nie vždy, povinná najmä pre formálne CPD aktivity a v systémoch s povinnými CPD požiadavkami. Existujú taktiež rozdiely pokiaľ ide o kompetencie pri akreditácii, kedy sa v mnohých systémoch kompetencia zdieľa medzi viacerými orgánmi a najčastejšími zmocnencami sú profesijné organizácie a profesionálne orgány s regulačnými pôsobnosťami. Najčastejšími kritériami pre akreditáciu sú dĺžka aktivity, dodržiavanie profesionálnych pokynov a výsledky vzdelávania. Podľa väčšiny respondentov sa poplatky výrazne líšia a závisia od ich množstva.

**Finančné faktory**, u všetkých profesií je najčastejšou formou financovania CPD aktivít účastnícky poplatok samotných zúčastnených zdravotníckych pracovníkov. V závislosti od profesií sú profesijné orgány, zamestnávateľia alebo súkromný sektor dôležitým zdrojom financovania. Existujú tiež rozdielne pravidlá pokiaľ ide o absolvovanie CPD aktivít počas plateného pracovného času.

Domnievame sa, že CPD môže prispieť k bezpečnosti pacienta, v tejto súvislosti však existuje len málo výskumných štúdií a môžeme tiež tvrdiť, že CPD je len jedným z viacerých faktorov, ktoré prispievajú k dosiahnutiu kvality starostlivosti o bezpečnosti pacienta. Uvádza sa však, že ponuka CPD aktivít ohľadne bezpečnosti pacienta sa vo väčšine krajín zvyšuje. Vo všetkých krajinách odborníci uvádzajú nedostatok financií a času ako hlavnú prekážku prístupu k CPD aktivitám.

Obrázok č.1 Systémy CPD - pôrodné asistentky v krajinách EU  
(Zdroj: EAHC/2013/Health/07 Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU).



Obrázok č.2 Systémy CPD- pôrodné sestry v krajinách EU  
(Zdroj: EAHC/2013/Health/07 Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU).



### 7.3 Systémy CPD vo vybraných krajinách

V nasledujúcom texte chceme poukázať na výsledky prieskumu o spôsoboch sústavného vzdelávania vybraných krajín. Uvedieme fakty týkajúce sa profesií sestra a pôrodná asistentka.

#### Rakúsko

**Sestry** – štruktúra a riadenie praxe ošetrovateľskej profesie v Rakúsku nepodlieha registrácii. Systém CPD je v Rakúsku je povinný. Povinnosť sústavného vzdelávania vyplýva z platnej legislatívy (zákon č. I č.108 / 1997 - GuKG). Sestra v Rakúsku musí preukázať sústavné vzdelávanie v dĺžke 50 hodín za 5 ročné obdobie. Monitorovanie tejto povinnosti vykonáva ministerstvo zdravotníctva, nie však systematicky. Požiadavku kontroluje zamestnávateľ, dôsledok za nesplnenie povinnosti pre sestru neexistuje. Vývoj a implementáciu politiky CPD iniciuje ministerstvo zdravotníctva. Výber tém a vzdelávacích aktivít je realizovaný na základe rozhodnutie každej sestry podľa relevantnosti, potreby a záujmov. Náklady za vzdelávanie sú hradené zamestnávateľom a individuálne sestrou – účastníčkou vzdelávacej aktivity.

**Pôrodné asistentky** - štruktúra a riadenie praxe pôrodnej asistencie v Rakúsku podlieha registrácii. Registráciu riadi a povolanie na národnej úrovni reguluje Rakúska asociácia pôrodných asistentiek. V zmysle sústavného vzdelávania podlieha prax pôrodných asistentiek povinným požiadavkám CPD. Legislatívne je táto skutočnosť definovaná a upravená zákonom (Hebammengesetz, BGBl Nr. 310/1994 i.d.g.F.). Hodnotenie je formulované počtom hodín, ktoré sa potom premietnu na body alebo kredity v závislosti od hodnotenia odborného orgánu, alokácia je 1 až 5 bodov za hodinu; ročne sa však vyžaduje minimálne 30 bodov. Oblasť požiadaviek CPD stanovuje Rakúska asociácia pôrodných asistentiek, ďalej tiež sleduje dodržiavanie predpisov. V prípade ak pôrodná asistentka nedodržiava stanovené požiadavky CPD je jej udelená pokuta. Prvé upozornenie za nedodržanie podmienok CPD sa bežne uplatňuje na regionálnej úrovni.

### **Bulharsko**

V Bulharsku sú **sestry** registrované v asociácii odborníkov v ošetrovatelstve (BAHPN). Registrácia podlieha preskúmaniu v päťročných cykloch. Zohľadňujú sa požiadavky CPD. Sústavné vzdelávanie je povinné a upravené v legislatíve a kódexe profesijnej organizácie. Požiadavky upravujú minimálny počet kreditov na 150 za päťročné hodnotiace obdobie. Sústavné vzdelávanie je zamestnávateľmi vyžadované a kontrolované. V niektorých zdravotníckych zariadeniach sú sestry motivované k CPD. Nedodržiavanie podmienok CPD je sankcionované. Obsah vzdelávacích aktivít tvoria odborné orgány a inštitúcie vyššieho vzdelávania. Neexistuje žiadny predpísaný obsah s výnimkou obsahu tém súvisiacich s bezpečnosťou pacienta. Financovanie aktivít je zabezpečené profesijnou organizáciou a poplatkami účastníkov.

**Pôrodné asistentky** sú registrované v asociácii odborníkov v ošetrovatelstve (BAHPN). Registrácia podlieha preskúmaniu

v päťročných cykloch. Zohľadňujú sa požiadavky CPD. Sústavné vzdelávanie je povinné a upravené v legislatíve a kódexe profesijnej organizácie. Požiadavky upravujú minimálny počet kreditov na 150 za päťročné hodnotiace obdobie. Sústavné vzdelávanie je zamestnávateľmi vyžadované a kontrolované. V niektorých zdravotníckych zariadeniach sú sestry motivované k CPD. Nedodržovanie podmienok CPD je sankcionované. Obsah vzdelávacích aktivít tvoria odborné orgány a inštitúcie vyššieho vzdelávania. Neexistuje žiadny predpísaný obsah s výnimkou obsahu tém súvisiacich s bezpečnosťou pacienta. Financovanie aktivít je zabezpečené profesijnou organizáciou a poplatkami účastníkov. Akreditáciu vzdelávacích aktivít bulharských pôrodných asistentiek zabezpečuje ministerstvo zdravotníctva profesijná organizácia. Akreditačný proces zohľadňuje dĺžku trvania aktivity, súlad s odbornými usmerneniami a výsledkami vzdelávania (nadobudnuté zručnosti, znalosti a kompetencie).

## **Írsko**

Sestry v Írsku musia byť registrované v Rade pre ošetrovateľstvo a pôrodnú asistenciu. Ošetrovateľstvo v Írsku sa riadi štatutárnym orgánom s názvom "Abor Bord Altranais", ktorý bol zriadený zákonom o sestrách z roku 1950, ktorý je zodpovedný za reguláciu sestier, vzdelávanie a odbornú prípravu na základe štandardov a určuje podmienky odbornej spôsobilosti, registrácie a spôsobilosti vykonávať ošetrovateľskú prax. Podľa, zatiaľ platnej legislatívy podlieha systém CPD sestier povinným požiadavkám. CPD existuje ako súčasť národných noriem a usmernení pre kvalitu starostlivosti V mnohých štandardoch a usmerneniach je CPD základným princípom. Súlad s požiadavkami kontroluje poverený odborník a zamestnávateľ. V budúcnosti regulačný orgán zavedie určitú formu monitorovania. V súčasnosti neexistuje žiadna povinnosť zaznamenávať aktivity, ale profesionáli to robia na žiadosť príslušného orgánu. Činnosti súvisiace

so CPD vykonávajú najmä zamestnávateľa, profesijné organizácie, súkromný sektor, inštitúcie vysokoškolského vzdelávania a regulátor. Aktivity CPD vykonávané v inom členskom štáte EÚ sú uznané. Niektorí zamestnávateľa poskytujú pracovné voľno na povinné CPD, ale mnoho sestier tieto aktivity navštevuje počas osobného voľna.

Aktivity CPD nemusia byť akreditované. Kritéria, ktoré sa dodržiavajú, zohľadňujú dĺžku trvania aktivity, súlad s odbornými usmerneniami a vnútroštátnou politikou a výsledkami vzdelávania (nadobudnuté zručnosti, znalosti a kompetencie).

Zameranie obsahu aktivít CPD sa konfrontuje najmä s vedeckými spoločnosťami a inštitúciami vysokoškolského vzdelávania. Írska organizácia sestier a pôrodných asistentiek (odborový a profesijný orgán) rozvíja a poskytuje rozsiahle programy CPD. Rada pre ošetrovateľstvo a pôrodnú asistenciu Írska neposkytuje CPD, ale poskytuje jednotky kontinuálneho vzdelávania. Aktivity CPD sa venujú témam z ošetrovateľskej klinickej praxe, komunikácii, bezpečnosti pacientov, e-zdravotníctvu, manažmentu, právnym otázkam. Nové témy sa zaoberajú národnými normami pre kvalitu a bezpečnosť, sociálnymi médiami a sieťami IT, civilizačnými ochoreniami a obezitou. Najčastejšie sa aktivity CPD realizujú formou prezentácie prípadov, diskusií o klinickej starostlivosti, klinických kurzov, konferencií a seminárov. Časté je aj formálne a neformálne vzdelávanie, peer to peer, self-study (vedecké časopisy atď.), výskumné štúdie, prezentácia videí.

V Írsku sa musia pôrodné asistentky zaregistrovať v Írskej asociácii sestier a pôrodných asistentiek (An Bord Altranais (ABA)). V Írsku nie je pre pôrodné asistentky povinný systém CPD. V štatúte o registrácii nie je podmienka, zaväzujúca k ďalšiemu vzdelávaniu. V súčasnosti sa požiadavky na CPD pravidelne neprehodnocujú. Požiadavky na CPD vyplývajú jedine od zamestnávateľov, ktorí môžu žiadať pôrodné asistentky o ďalšie vzdelávanie. Je to súčasť



profesionálneho kódexu a tiež považované za etickú povinnosť. Hoci CPD nie je povinné, v niektorých prípadoch môžu mať pôrodné asistentky povinnú odbornú prípravu, najmä ak ich zamestnávateľ identifikuje odbornú prípravu, ktorú musia mať v rámci svojho zamestnaneckého statusu (napr. KPR, pohyb a manipulácia, bezpečnosť pacienta, pôrodné zručnosti v akútnych stavoch). Hlavnými poskytovateľmi dobrovoľného CPD sú strediská vzdelávania pôrodných asistentiek (poskytovatelia CPD), nemocnice, profesijná organizácia pôrodných asistentiek a profesijný orgán s regulačnou pôsobnosťou.

Združenie setier a pôrodných asistentiek The Nursing and Midwifery Board of Ireland (NMBI) má proces akreditácie „neformálnych“ aktivít CPD, ktoré udeľuje aktivitám kategóriu 1 alebo 2. Schválenie podľa kategórie 1 sa vzťahuje na programy vyvinuté na podporu pokračujúceho profesionálneho a praktického vývoja, vrátane štúdiá, ďalšieho vzdelávania, seminárov, konferencií a programov ďalšieho profesionálneho rozvoja (CPD), ktoré nie sú akreditované akademickým orgánom, univerzitou alebo vysokou školou. Tieto programy sa považujú za ústredné pre pokračovanie v rozvoji a udržiavaní vedomostí, zručností a kompetencií pre prax v rámci rýchlo sa meniaceho prostredia zdravotnej starostlivosti. Podporujú pojmy kritického myslenia, reflexívnej praxe, riešenia problémov a celoživotného vzdelávania v odbornej praxi. Programy by mali vychádzať z tém: klinická starostlivosť zameraná na pacientov a starostlivosť o pacienta; flexibilita; dôkazy zo súčasnej praxe; kvalita starostlivosti. ABA udeľuje schválenie do kategórie 2 širokej škále špecializovaných kurzov okrem tých, ktoré vedú k registrácii s ABA. Špecializované kurzy sú kurzy zamerané na špecifické vedomosti a skúsenosti v oblasti pôrodnej asistencie a ošetrovateľstva. Takéto kurzy musia spĺňať kritériá An Bord Altranais vo vzťahu k špecializovaným vzdelávacím kurzom (pozri <http://>

www.nursingboard.ie / sk / edu-category\_2.aspx). Neexistujú žiadne obmedzenia týkajúce sa propagácie aktivít CPD. Formálne aktivity CPD nemusia byť akreditované, ale neformálne aktivity CPD by mali byť. Výhodou kurzov s povolením NMBI kategórie 1 alebo 2 je, že zamestnávateľia budú podporovať účasť pôrodných asistentiek finančne a / alebo udelením pracovného voľna.

### **Maďarsko**

V Maďarsku je pre **sestry** povinný systém CPD. Sestry sú povinné splniť povinné požiadavky CPD ustanovené zákonom, ktoré sú formulované minimálnym počtom kreditov vo vnútroštátnom systéme. Sestry musia splňať 150 kreditov ich štruktúra je nasledovná 100 získajú z klinickej praxe, 30 z povinných aktivít a 20 z aktivít voľného výberu. Ak sestra nesplní požiadavky, nemôže pracovať samostatne, musí pracovať pod dozorom. Monitorovanie dodržiavania požiadaviek CPD vykonáva regulátor a zamestnávateľia. Sestry nie sú motivované k tomu, aby splňali povinné požiadavky CPD. Vysokoškolské inštitúcie, profesijné organizácie a vedecké spoločnosti sú najbežnejšími poskytovateľmi aktivít CPD, po ktorých nasleduje Ministerstvo zdravotníctva.

Obsah CPD zabezpečuje odborná organizácia, ministerstvo zdravotníctva, vedecké spoločnosti a inštitúcie vysokoškolského vzdelávania. Medzi najbežnejšie témy patria ošetrovateľská klinická prax, komunikácia a ošetrovateľská dokumentácia, bezpečnosť pacientov, manažment a právne a odborné otázky. Realizácia aktivít je organizovaná prezentáciou prípadov, diskusiami o klinickej ošetrovateľskej starostlivosti, kurzy, konferencie a semináre, formálne a neformálne vzdelávanie založené na praxi, medzinárodné a národné podujatia, on-line kurzy, kurzy organizované zamestnávateľom, prezentácia video záznamov prípadov. Existujú multiprofesné aktivity CPD. Podľa Vyhlášky 63/2011 NEFMI od roku 2013 sa môžu

zúčastniť zdravotnícki odborníci na kurzoch organizovaných pre lekárov.

Aktivity CPD financujú regulačné orgány, zamestnávateľia a individuálne sestry. Aktivity organizované v inom členskom štáte EÚ sú uznané. Náklady na aktivity CPD sú kryté sestrami a zamestnávateľmi. Ministerstvo zdravotníctva financuje jednu povinnú teoretickú aktivitu CPD, ktorá je pre sestru bezplatná, financovaná zo štátneho rozpočtu a vyplácaná priamo organizátorom aktivity. Ministerstvo zdravotníctva informuje, že sestry môžu mať na základe dohody so zamestnávateľom 3-10 x 8 hodín ročne plateného pracovného voľna na aktivity CPD.

**Pôrodné asistentky** v Maďarsku musia byť registrované. Registrácia je platná 5 rokov (60 mesiacov) a obnovuje sa. Obnovenie registrácie v praxi podlieha splneniu povinných požiadaviek CPD. Pôrodné asistentky potrebujú minimálne 150 kreditov, ktoré sú pridelené v rámci národného systému; 100 z klinickej praxe, 30 z povinných činností a 20 z činností voľného výberu. Môžu byť získané prostredníctvom individuálnych aktivít alebo kurzov ďalšieho odborného vzdelávania. Registrácia je však potrebná len pre nezávislú prax. Maďarská asociácia pôrodných asistentiek uviedla, že v praxi nie je CPD formálne podporované a pôrodné asistentky nie sú k účasti na aktivitách motivované. Pôrodné asistentky sú povinné navštevovať kurzy vo voľnom čase mimo pracovného času. Nie je stanovený obsah CPD, ale kredity možno získať prezentáciou prípadových štúdií, návštevou konferencií a účasťou na kurzoch. Činnosti CPD poskytované ministerstvom zdravotníctva nie sú zvyčajne špecifické pre pôrodnú asistenciu a profesijná organizácia pôrodných asistentiek povzbudzuje iných poskytovateľov, najmä vysokoškolské inštitúcie, aby rozvíjali aktivity. V súvislosti so sústavným vzdelávaním je platná vyhláška 63/2011 (XI.29.) NEMFI o pravidlách nepretržitého odborného vzdelávania

zdravotníckeho personálu a vyhláška 64/2011 (XI 29) NEMFI o pravidlách ďalšieho odborného vzdelávania lekárov, zubných lekárov, lekárníkov a lekárov ktorí absolvovali postgraduálne odborné vzdelávanie v oblasti zdravia. Tieto dve nariadenia poskytujú štandardizovanú štruktúru pre všetkých odborníkov v oblasti zdravotníctva.

### **Slovensko**

Na Slovensku platia rovnaké podmienky pre sestry aj pre pôrodné asistentky. Povinnosť sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov ustanovujú nasledovné právne predpisy Zákon NR SR č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ďalej Nariadenie vlády SR 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. Vyhláška MZ SR č. 366/2005 Z. z. o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov.

Celoživotné vzdelávanie je považované za nástroj, ktorý umožňuje sestrám a pôrodným asistentkám získať aktuálne informácie, najnovšie poznatky, zručnosti a reagovať na dynamické zmeny v poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Hodnotenie sústavného vzdelávania

Sústavné vzdelávanie sestry a pôrodnej asistentky sa hodnotí v pravidelných päťročných cykloch počítaných odo dňa registrácie. Ďalšie hodnotenie sa vykoná vždy po uplynutí piatich rokov od dátumu posledného hodnotenia. Registrácia je zapísanie sestry a pôrodnej asistentky do registra a vydanie potvrdenia o registrácii. Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek (ďalej len „SKSaPA“) sestry a pôrodné asistentky, ktoré vykonávajú povolanie.

Registračné číslo sa používa pri vzdelávacích aktivitách a pri každej komunikácii s komorou. Členstvo v komore je dobrovoľné. Členom SKSaPA sa môže stať sestra a pôrodná asistentka, ktorá požiadala o zápis do zoznamu členov. Členstvo v komore nemá priamy súvis so sústavným vzdelávaním sestry/pôrodnej asistentky.

Celoživotné sústavné vzdelávanie je považované za nástroj, ktorý umožňuje sestram a pôrodným asistentkám získavať aktuálne informácie, najnovšie poznatky, zručnosti a reagovať tak na dynamické zmeny v poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti a starostlivosti s pôrodnej asistenciou. Sústavné vzdelávanie predstavuje jednu z foriem tzv. ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. Ide o priebežné obnovovanie, prehĺbvanie a udržiavanie získanej odbornej spôsobilosti v súlade s rozvojom príslušných odborov po celý čas výkonu zdravotníckeho povolania. Kredit je jednotka určená na hodnotenie sústavného vzdelávania. Sestra/pôrodná asistentka je povinná za 5-ročné hodnotiace obdobie získať 100 kreditov. Počas 5 – ročného hodnotiaceho obdobia, môže získať: 50 kreditov za samoštúdium a vykonávanie praxe sestry/pôrodnej asistentky (nemerateľná zložka), ďalších 50 kreditov získa za absolvovanie aktivít sústavného vzdelávania (merateľná zložka) ide o zvyšovanie odbornej spôsobilosti v odbore ošetrovateľstvo, pôrodná asistencia, špecializačné štúdium, certifikačná príprava, aktívna a pasívna účasť na vzdelávacích aktivitách, publikačná činnosť, e-learning, ...

Do nového hodnotiaceho obdobia sa prenáša 10% z celkového počtu získaných kreditov za hodnotené obdobie, najviac však 10 kreditov. Aktivita sústavného vzdelávania – jednorazová aktivita určená pre sestry/pôrodné asistentky na miestnej, okresnej, krajskej, celoslovenskej alebo medzinárodnej úrovni. Za aktivitu sústavného vzdelávania sa nepovažuje účasť zdravotníckeho pracovníka na podujatí, ktoré je zamerané na prezentáciu farmaceutického výrobku s

účast'ou výrobcov liekov. Sestra a pôrodná asistentka má nárok využiť 5 dní počas kalendárneho roka za účelom kontinuálneho vzdelávania s náhradou mzdy vo výške priemerného mesačného zárobku.

Ak sestra alebo pôrodná asistentka nezíska v priebehu hodnotiaceho obdobia požadované množstvo kreditov dostane možnosť odstrániť zistené nedostatky počas 6 mesiacov. V prípade, že sestra alebo pôrodná asistentka neodstráni zistené nedostatky v danom čase, Komora vydá rozhodnutie o začatí správneho konania s možnosťou uloženia pokuty do výšky až 663 €.

#### **7.4 Rozvoj systémov CPD**

**Európska spolupráca pri výmene skúseností** a osvedčených postupov je veľmi vítaná, pretože poskytuje pridanú hodnotu pre posilnenie národných CPD systémov. Môžeme konštatovať, že existuje všeobecná zhoda v názore na význam spolupráce. Práve výmena overených postupov môže mať významný vplyv na podporu transparentnosti v kontexte cezhraničnej mobility. Je zrejme, že spolupráca pri CPD a LLL medzi krajinami existuje, potvrdzuje to fakt, že sa stretávame s významným množstvom uznávania CPD aktivít. Finančné podporné mechanizmy na úrovni EÚ môžu podporiť CPD aktivity, napríklad prostredníctvom prípravy spoločných vzdelávacích modulov alebo výskumom ohľadne dopadu vzdelávacích prístupov CPD a ich dopadu na kvalitu poskytovanej starostlivosti.

Existujúce iniciatívy na úrovni EÚ na zlepšenie transparentnosti medzi národnými systémami vzdelávania a odbornej prípravy ukazujú, že väčšia transparentnosť sa môže dosiahnuť aj v kontexte CPD, s cieľom posilnenia rozmeru cezhraničného CPD. Navrhuje sa, aby sa európskou spoluprácou podporila výmena osvedčených postupov. Rozdiely medzi národnými CPD systémami si však tiež

vyžadujú, aby iniciatívy na úrovni EÚ boli v svojej podstate dobrovoľné.

Budúci **výskum** by mal odhaliť prepojenia medzi aktivitami CPD a výsledkami liečby a ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta a preskúmať možnosti vytvorenia nových trendov.

Zo štúdie vyplýva, že je relatívny nedostatok vplyvu CPD na bezpečnosť pacientov, na výsledky starostlivosti a na klinickú a odbornú ošetrovateľskú prax. Odporúča sa preto realizovať viac výskumných štúdií ohľadne súvislostí medzi rôznymi typmi CPD a výstupmi praxe. Aj návrhy pripravené v rámci tejto štúdie by sa v budúcnosti mohli rozvinúť tak, aby sa stanovili trendy a preskúmali otázky, ktoré budú výstupom z výskumu pre preferované oblasti európskej spolupráce.

V záverečnej správe, ktorá vyplynula z predmetnej štúdie je uvedených 22 odporúčaní smerujúcich k posilneniu systémov CPD v členských štátoch EÚ.

Ohľadne **CPD štruktúr a trendov** sa v odporúčaníach zdôrazňuje pre všetky zúčastnené strany, vrátane kompetentných orgánov a zamestnávateľov potreba, aby uznali význam CPD a umožnili všetkým odborníkom v zdravotníctve absolvovať aktivity CPD vhodné pre ich potreby a záujmy.

Ak sa pozrieme na **prekážky a stimuly pre absolvovanie CPD**, je potreba systematickej a organizačnej podpory v zmysle poskytnutia dostatočného času pre sestry a pôrodné asistentky na absolvovanie CPD, plánovania ľudských zdrojov a zabezpečenia toho, aby výška nákladov na CPD nebola prekážkou pre odborný rast. Táto požiadavka je identifikovaná ako zdieľaná zodpovednosť, v ktorej zamestnávateľa, profesijné organizácie a ministerstvá zdravotníctva budú hrať úlohu spolu s odborníkmi. Odporúča sa tiež využiť flexibilné nástroje na výučbu a zabezpečiť, aby CPD zodpovedalo každodennej praxi odborníkov a aby sa zlepšil prístup a motivácia.

Čo sa týka vzťahu medzi **bezpečnosťou pacienta a CPD**, odporúča sa, aby bezpečnosť pacientov bola zakotvená v celom odbornom vzdelávaní a príprave tak, aby bola podporovaná pracovným prostredím. Je tiež vhodné osobitne sa zaoberať otázkami bezpečnosti pacientov v špecifických CPD aktivitách.

Čo sa týka **akreditačných systémov**, v odporúčaní sa navrhuje, aby pri akreditácii CPD bola úloha odborníkov v zdravotníctve kľúčovou. Navrhuje sa tiež vyvíjať akreditačné systémy, aby boli čoraz viac založené na dosiahnutí vzdelávacích výsledkov.

Čo sa týka **úlohy európskej spolupráce pri CPD**, odporúča sa podporiť a uľahčiť diskusiu a výmenu osvedčených postupov a skúseností prostredníctvom štruktúr na úrovni EÚ, rovnako tiež financovanie výskumu, napríklad ohľadne vzťahu CPD a kvality poskytovanej starostlivosti alebo príležitostí pre dobrovoľné rámce na úrovni EÚ na podporu cezhraničného uznávania CPD.

Zo záverov štúdie vyplynuli a boli definované nasledujúce **kľúčové akcie**:

- Vyvinúť úsilie, aby odborníci v zdravotníctve vo všetkých členských štátoch boli schopní absolvovať CPD aktivity v súlade s povinnosťami členských štátov na základe aktualizovanej Smernice o uznávaní odborných kvalifikácií.
- Členské štáty EÚ by mali prijať opatrenia na riešenie hlavných prekážok pre absolvovanie aktivít CPD teda čas, ľudské zdroje a náklady.
- Zrealizovať ďalší výskum o dopade a o systémoch CPD pre odborníkov v zdravotníctve, najmä čo sa týka vzťahu medzi CPD a bezpečnosťou pacienta, kvalitou poskytovanej starostlivosti a výsledkoch starostlivosti dosiahnutých u pacienta.
- Pri organizovaní aktivít CPD vziať do úvahy všetky odporúčania ohľadne plánovania a prognóz pracovnej sily v zdravotníctve, predísť



nedostatku pracovnej sily, čo by bránilo zdravotníckym pracovníkom zúčastňovať sa na aktivitách CPD.

- Európska komisia by mala poskytnúť informácie zozbierané o CPD pre odborníkov v zdravotníctve v kontexte Smernice o uznávaní odborných kvalifikácií. Európska komisia by mala využívať existujúce platformy na výmenu overených postupov ohľadne CPD, t.j. Skupinu koordinátorov a Pracovnú skupinu Európskej komisie pre pracovníkov v zdravotníctve. Zapojiť do systémov CPD a organizovaní aktivít CPD profesijné organizácie.

## **8 ANALÝZA MOTIVAČNEJ ŠTRUKTÚRY ŠTUDENTOV SOCIÁLNEJ PRÁCE**

Ludské správanie je vždy motivované, pričom sa dá povedať, že ho ovplyvňujú aspekty biologické, kultúrne či situačné. Aj v týchto súvislostiach je potrebné sa zamyslieť nad skutočnou či predstieranou motiváciou ku štúdiu pomáhajúcich profesií, ku štúdiu odboru sociálna práca. Štúdium na vysokej škole sa všeobecne stáva čoraz prístupnejším a stáva sa zaujímavým pre širší okruh ľudí ako tomu bolo v minulosti. Pišut (1999) už pred vyše 15 rokmi poukazoval na to, že na slovenských vysokých školách od roku 1989 do roku 1999 narástol počet študentov zhruba o 60% z niečo cez 62 000 študentov na takmer 100 000 študentov. V roku 2013 už na Slovensku študovalo 188 885 vysokoškolákov, a toto číslo predstavuje nárast o niečo cez 88% oproti roku 1999. Oproti roku 1989, to predstavuje nárast o neveriteľných 200%. Vo všeobecnosti, teda môžeme povedať, že dopyt po vysokoškolskom štúdiu na Slovensku je veľký. Percentuálna úroveň vysokoškolsky vzdelaných študentov sa od roku 2004 do roku 2010 zdvojnásobila z hodnoty 12,4% na percentuálnu hodnotu 24% (Schavel, Matulayová, 2012). V tomto kontexte nás zaujímajú motívy vedúce študentov k rozhodnutiu študovať vysokú školu a odbor, ktorý je zameraný na pomoc ohrozeným, vylúčeným, pomoc hľadajúcim jedincom či skupinám.

Motív je vnútorná pohnútka určitého správania a konania človeka. Motívom sú najčastejšie potreby, túžby, pudy, inštinkty, ideály, povinnosti. Doposiaľ nie je vypracovaná jednotná klasifikácia motívov. Podľa autorky Kilíkovej (2013) vo všeobecnosti je možné motívy rozdeliť podľa pôvodu na primárne a sekundárne, podľa vzniku na vrodene a získané skúsenosťou, učením. Autorka ďalej uvádza členenie motívov podľa kvality na pozitívne a negatívne motívy, podľa stupňa uvedomenia poznáme motívy vedomé a nevedomé, podľa orientácie na prostriedky a ciele sú to motívy

inštrumentálne a konzumačné. Spoločným znakom je hnací podnet motívov, ktorý riadi naše konanie, sú vyvolané súhrnom vnútorných a vonkajších okolností. Podľa Janouška a Slaměnika (In Žiaková, Balogová, 2012) si samotný človek nemusí svoje motívy vždy uvedomovať a nemusí si ich ani pripustiť. Prejavy motívov sa líšia v jednotlivých kultúrach a podľa autorov sa dokonca môžu líšiť aj v rámci jednej kultúry. Práve motív je vnútorným zdrojom motivácie a určuje smer aj intenzitu správania v dvojakom zmysle, a to ako aktuálne pôsobiaca sila a ako dispozícia k jeho vzniku a uplatneniu.

Motivácia je vôľa konať. Je odvodený od latinského slova „movere“ s významom pohybovať sa (Kilíková, 2013). Podľa Žiakovej a Balogovej (2012) termín motivácia je v súčasnej dobe jedným z najčastejšie používaných psychologických pojmov. Súvisí s celkovým postavením a úlohou človeka v spoločnosti, s jeho činnosťou a osobnosťou. Motivácia ako jedna z najdôležitejších subštruktúr osobnosti výrazne odlišuje ľudí v tom, čo chcú, po čom túžia, čo robia, kam smerujú. Je to vnútorný proces, ktorý vyjadruje túžbu a ochotu človeka vyvinúť určité úsilie k dosiahnutiu subjektívne významného cieľa alebo výsledku (Tureckiová, 2004, In Žiaková, Balogová, 2012). Zároveň je aj základom biologickej, kognitívnej a sociálnej regulácie (Ryan, Deci, In Kollárik 2004).

Na základe analýzy dostupných prameňov môžeme povedať, že samotný pojem motivácia má veľa definícií, ktoré sa odlišujú formuláciou, po obsahovej stránke sa podobajú. Plháková (2003, str. 319) definuje motiváciu ako *„súhrn všetkých intrapsychických dynamických síl alebo motívov, ktoré spravidla aktivizujú a organizujú správanie a prežívanie s cieľom zmeniť existujúcu neuspokojivú situáciu, alebo silu dosiahnuť niečo pozitívneho“*. Řezáč (In: Oravcová, 2004) dodáva, že pojem motivácia zahŕňa nielen vnútorné, ale aj vonkajšie činitele, ktoré sú spúšťačom, zameriavačom a energizačným prvkom správania sa človeka. Alexy a kol. (2004)

popisujú dva typy motivácie, keď uvádzajú, že existuje motivácia intrinzičná a extrinzičná. Extrinzičná zahŕňa všetky rôzne motivačné faktory, ktoré nevychádzajú z vlastného vnútra. Patria medzi nich napríklad pochvala, zvýšenie platu, povýšenie. Naopak intrinzičná motivácia zahŕňa všetky motivačné faktory, ktoré vychádzajú z vlastného vnútra. Teda ide o naše vlastné vnútorné presvedčenia, že je naša práca dôležitá, zaujímavá, že nám poskytuje istú dávku sebarealizácie, že v nej vidíme zmysel. V tomto kontexte sa môžeme pýtať čo vedie ľudí k štúdiu na vysokej škole? Je to motivácia, založená na nejakých výhodách, ktoré so štúdium súvisia, alebo je to vôľa konať aj v prospech iných? Spoločným znakom definícií je popisovanie motivácie ako psychologického procesu, ktorý ovplyvňuje vnútorné pohnútky a tak usmerňuje správanie a konanie človeka.

Sedláček (In: Kmecová, 2014) opisuje motiváciu k prosociálnemu správaniu, a uvádza, že poznáme 3 roviny tejto motivácie. 1. je rovina **vedomá**, za ktorou sa môže skrývať pomoc druhému človeku, túžba po užitočnosti. 2. rovina je **polovedomá**, kde môže ísť o dobrý pocit z ocenenia okolia či o pocit dôležitosti v zmysle toho, že niekto potrebuje našu pomoc. Najťažšie sa, podľa autora, určujú práve motivácie **v tretej rovine - podvedomé**, ktoré bývajú výsostne individuálne. Každopádne je veľmi dôležité uvedomiť si, že existujú, kvôli tomu, aby s nimi mohol človek pracovať.

Ďalej Sedláček (In: Kmecová, 2014) uvádza štyri motívy, ktoré vedú k empatickému správaniu sa človeka. **Egoistický** motív núti človeka pomáhať preto, aby redukoval svoj vlastný nepríjemný pocit, úzkosť, obavu a strach. Naopak v **altruistickom** motíve človek koná v prospech druhých bez ohľadu na vlastný zisk, ide mu len o to aby redukoval ťaživý stav druhého človeka. **Kolektívny** motív, je zameraný na pomoc určitej skupine ľudí bez toho aby k nej sám patril. Môže to byť pomoc ľuďom s duševným ochorením, drogovou závislosťou atď.

K **princiálnym** motívom patria najmä motívy, ktoré človeka vedú k činnosti z nejakých vyšších ideálov, princípov či hodnôt, uplatňujú sa v človeku najmä vtedy ak sú tieto hodnoty nejakým spôsobom ohrozené. Teórií a vysvetlení prečo človek koná prosociálne je množstvo. V rámci toho autori Zášková a Mlčák (2009) poskytujú jeden z týchto pohľadov, keď popisujú dve dimenzie prosociálnej osobnosti. Prvou dimenziou je **“empatia orientovaná inými”**. Teda ak sú ľudia orientovaní empaticky, dokážu precítiť vnútorný svet iných, pociťujú istú zodpovednosť za dobro druhých. Druhou dimenziou prosociálneho správania je **ochota pomáhať**, ktorá už viac súvisí s tendenciou prosociálne sa správať. Na základe svojho výskumu autor Penner (2002) uvádza, že samotná ochota pomáhať nesúvisí až tak so samotnou mierou empatie, teda so samotným prežívaním empatických myšlienok. Ukazuje sa skôr, že veľmi dôležité je vedieť ako pomoc zrealizovať. *„Ľudia potrebujú nielen mať sklony k prosociálnemu mysleniu, cíteniu a jednaniu, ale musia taktiež veriť, že sú schopní pomoc zvládnuť, musia disponovať určitou mierou sebavedomia a cítiť sa kompetentní“* (Zášková, Mlčák, 2009, s. 93).

Na základe uvedeného chceme zdôrazniť, že pre výber štúdia pomáhajúcej profesie je dôležitá práve empatia, viera v spravodlivý svet, sociálna zodpovednosť atď. Ak si štúdium vyberá študent, ktorý disponuje komponentmi altruistickej osobnosti, škola by si mala klásť za úlohu študenta pripraviť najmä k tomu, aby pomoc v konečnom dôsledku dokázal realizovať. K činiteľom, ktoré tvoria profesijné zameranie jedinca možno na základe súčasných poznatkov a teórií voľby povolania priradiť záujmy, hodnoty, motívy, schopnosti a osobnostné vlastnosti (Kapová, 2013 In Leczová a kol., 2014).

V dnešnej literatúre, ako poukazuje Baňasová (2004), sa téme poradenstva pri výbere povolania nevenuje toľko autorov ako tomu bolo v minulosti. Tento fakt považujeme za paradoxný, keďže v spoločnosti môžeme sledovať rastúci záujem nielen mladých ľudí

ale aj ľudí v produktívnom veku o vysokoškolské vzdelávanie. V tomto kontexte považuje Baňasová (2004) za dôležité venovať tejto problematike viac priestoru. Leczová a kol. (2014, s.257) s týmto tvrdením súhlasia keď uvádzajú, že *„byť úspešný pri voľbe povolania a štúdia znamená pre človeka zvoliť si vzdelanie či zamestnanie, v ktorom sa môže sebarealizovať a uskutočňovať svoje záujmy. V takejto práci sa častejšie stretáva s úspechom a uznaním, čo v konečnom dôsledku vplýva na zvyšovanie kvality jeho života. K tomuto poznaniu však treba priviesť všetkých, ktorí sú na začiatku tejto cesty, aby si mohli a vedeli zodpovedne a primerane napláňovať svoj život.“*

## **8.1 Ciele výskumu**

Hlavným cieľom nášho výskumu bolo analyzovať a porovnať štruktúru motivácie pri výbere študijného odboru sociálna práca u vysokoškolákov. Zamerali sme sa na porovnanie motivačnej štruktúry externých a denných študentov, zaujímalo nás či sa motivačná štruktúra vysokoškolákov mení pod vplyvom faktorov, ako sú: forma štúdia, pohlavie a vek. Za nemenej dôležitý cieľ sme považovali zistiť, ktoré motivačné faktory považovali respondenti za najvýznamnejšie, resp. najmenej významné.

## **8.2 Výskumný súbor**

Výskumnú vzorku tvorilo 97 vysokoškolských študentov v dennej a externej forme štúdia v odbore sociálna práca, na Detašovanom pracovisku VŠZaSP sv. Alžbety v Michalovciach. Do súboru boli zaradení študenti I. a II. stupňa štúdia. Zistený vek respondentov sa pohyboval v rozpätí od 19 do 53 rokov, zistený priemerný vek študentov bol 23,24 rokov. Podľa premennej pohlavie sa výskumu zúčastnilo 60 žien a 37 mužov. Vyšší počet žien zdôvodňujeme tým, že študijný odbor sociálna práca si prirodzene

častejšie vyberajú ženy ako muži. Podrobnú socio-demografickú štruktúru výskumného súboru uvádzame v tabuľke 1.

Tab. 1 Socio-demografická štruktúra skúmaného súboru

		Počet	%
<b>Spolu</b>		97	100
<b>Pohlavie</b>	Muž	37	38,15
	Žena	60	61,85
<b>Forma štúdia</b>	Denná	63	64,95
	Externá	34	35,05
<b>Stupeň štúdia</b>	Bakalársky	36	38,0
	Magisterský	59	62,0
<b>Vek</b>	Priemer		Rozpätie
		23,24	19-53

### 8.3 Metodika výskumu

Výskum sme realizovali kombináciu metódy dotazníka a metódy sémantického diferenciálu. Dotazník pozostával z troch častí. Prvú časť dotazníka tvorili položky zamerané na zisťovanie socio-demografických údajov o respondentoch a to: vek, pohlavie, formu štúdia, stupeň štúdia a bydlisko. Okrem položky bydlisko, ostatné boli triediacimi premennými v analýzach smerujúcich k naplneniu cieľov práce.

Druhá časť dotazníka bola zameraná na získanie údajov o motivačnej štruktúre študentov. Použili sme dotazník autorky Leczovej a kol. (2014), ktorá sa pri jeho tvorbe inšpirovala výskumom autorov Gregorovej a Krystoňa (2005), ktorí zisťovali štruktúru motivačných faktorov u uchádzačov o štúdium sociálnej práce na

Pedagogickej fakulte Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici. Merací nástroj autorky Leczovej je zameraný na analýzu štruktúry motivačných faktorov pri výbere študijného odboru z oblasti pomáhajúcich profesií. Obsahuje 17 položiek, každá z nich predstavuje jeden motivačný faktor. Respondenti na päť bodovej škále vyjadrovali, do akej miery ich motivačné faktory vyjadrené v položke motivovali k výberu ich študijného odboru. Respondenti odpovedali na škále od 1- vôbec nie, 2- skôr nie, 3- nie som si istý/á, 4- skôr áno, do 5- veľmi. To znamená, že čím vyššiu hodnotu respondent uviedol, tým viac ho daný motivačný faktor motivoval k výberu študijného odboru sociálna práca.

Položky - motivačné faktory boli rozdelené do troch základných kategórií: „prosociálne“ motivačné faktory, motivačné faktory súvisiace s „konformitou“ a motivačné faktory charakterizované ako „profesijné ambície“.

Do kategórie prosociálnych motivačných faktorov boli zaradené položky: rád pracujem s ľuďmi; vidím zmysel v odbore, ktorý študujem; zaujímajú ma osudy iných ľudí; cítim, že pomáhať druhým je moje poslanie; služba človeku v zmysle kresťanskej morálky; chcem pomáhať iným ľuďom.

Do kategórie „konformných“ motivačných faktorov boli zaradené položky: nedostal som sa na inú vysokú školu; nižšie študijné nároky v odbore, ktorý študujem; v odbore, ktorý študujem je relatívne jednoduché sa dostať na vysokú školu; vzdialenosť vysokej školy od bydliska a želali si to moji rodičia.

Do kategórie profesijných ambícií boli zahrnuté položky: príležitosť získať vysokoškolské vzdelanie; väčšia možnosť nájsť si prácu po ukončení štúdia; možnosť postupu v súčasnom zamestnaní; možnosť vyššieho príjmu po ukončení vysokej školy; niečo budem znamenať a nevyhnutnosť doplniť si vzdelanie v odbore pre udržanie si pracovného miesta.



Tretia časť dotazníka obsahovala sémantický diferenciál. Úlohou respondentov bolo hodnotiť na 5 bodovej škále pojem „sociálny pracovník“. Pri vytváraní sémantického diferenciálu sme sa sústredili na zvolenie vhodných protikladných adjektív tak, aby sme z nich dokázali zistiť aké pocity a názory respondenti prechovávajú k hodnotenému pojmu, resp. aké vlastnosti podľa nich pojmu sociálny pracovník prislúchajú. Výsledky analýzy tejto časti dotazníka vzhľadom na ciele publikovanej práce neuvádzame.

#### **8.4 Výsledky a diskusia**

Na vytvorenie databázy údajov z dotazníkov sme použili program Microsoft Excel. Na deskriptívnu analýzu údajov a získanie výsledkov pre naplnenie cieľov sme použili štatistický program IBM SPSS. V tabuľkách uvádzame vždy len tie výsledky, ktoré sa preukázali ako štatisticky významné. V prvom rade sme overovali symetričnosť distribúcie v skúmanom súbore, kde sa nám preukázalo, že skúmaný súbor nebol homogénny. Toto zistenie preduřilo, že pre overenie štatisticky významných rozdielov sme použili neparametrický Mann-Whitney U-test pre dva nezávislé výbery. Druhá časť nášho dotazníka obsahovala výroky a hodnotiacu škálu, pričom platilo, že čím vyšší priemer respondenti dosiahli, tým viac s danou položkou súhlasili. V nami skúmanom súbore študentov patrili k najvýznamnejším motivačným faktorom, v kontexte výberu ich odboru štúdia, príležitosť získať vysokoškolské vzdelanie (4,25), rád pracujem s ľuďmi (4,09), a chcem pomáhať iným ľuďom (4,06). Naopak k motivačným faktorom, ktoré študentov najmenej motivovali patrili motivačné faktory: želali si to moji rodičia (1,85), nedostal som sa na inú VŠ (1,94), a nevyhnutnosť doplniť si vzdelanie v odbore pre udržanie si pracovného miesta (2,07). V tabuľke 2 popisujeme tieto motivačné faktory.

Tab. 2 Najvýznamnejšie a najmenej významné motivačné faktory podľa respondentov

	<b>Položky</b>	<b>Kategórie motivačných faktorov</b>	<b>Priemer (SD)</b>
<b>Najvýzn. motivačné faktory</b>	Príležitosť získať VŠ vzdelanie.	profesijné ambície	<b>4,25 (0,86)</b>
	Rád pracujem s ľuďmi.	prosociálne	<b>4,09 (0,74)</b>
	Chcem pomáhať iným ľuďom.	prosociálne	<b>4,06 (0,78)</b>
<b>Najmenej významné motivačné faktory</b>	Želali si to moji rodičia.	konformita	<b>1,85 (1,08)</b>
	Nedostal som sa na inú VŠ.	konformita	<b>1,94 (1,36)</b>
	Nevyhnutnosť doplniť si vzdelanie v odbore pre udržanie si pracovného miesta.	konformita	<b>2,07 (0,98)</b>

Jedným z cieľov práce bolo zistiť, či existuje rozdiel v motivácii k výberu študijného odboru podľa formy štúdia. Pre analýzu motivačnej štruktúry sme použili neparametrický Mann-Whitney U-test, test pre dva nezávislé výbery. Respondentov sme rozdelili podľa formy štúdia na dve skupiny - externí a denní študenti. V tabuľke 3 uvádzame výsledky štatistickej analýzy rozdielov v motivačných faktoroch medzi externými a dennými študentmi.

Tab. 3 Analýza motivačných faktorov respondentov vo vzťahu k forme štúdia

		Denní (n=63)	Externí (n=34)		
		M (SD)	M (SD)	U	sig.
Položky škály (motivačné faktory)	Chcem pomáhať iným ľuďom.	3,33 (1,13)	3,94 (1,30)	1793,0	<b>,001***</b>
	Možnosť postupu v mojom súčasnom zamestnaní.	2,78 (1,40)	3,56 (1,26)	1858,0	<b>,003**</b>
	Služba človeku v zmysle kresťanskej morálky.	2,56 (1,27)	3,24 (1,20)	1899,5	<b>,004**</b>
	Niečo budem znamenať.	3,14 (1,14)	3,74 (0,86)	1908,0	<b>,004**</b>
	Nevyhnutnosť doplniť si vzdelanie v odbore pre udržanie si pracovného miesta.	2,00 (1,25)	2,71 (1,53)	1991,5	<b>,009**</b>
	Cítim, že pomáhať druhým je moje poslanie.	3,13 (1,06)	3,59 (1,05)	2020,0	<b>,014*</b>
Kategoríe motivačných faktorov	prosociálne motivačné faktory	3,36 (0,83)	3,68 (1,07)	1874,0	<b>,004**</b>
	profesijné ambície	3,29 (0,71)	3,67 (0,66)	1937,5	<b>,008**</b>
	konformita	2,20 (0,71)	2,37 (0,66)	2349,0	,210

\* sig.  $p \leq 0,05$ ; \*\* sig.  $p \leq 0,01$ ; \*\*\* sig.  $p \leq 0,001$

Najvýznamnejšie rozdiely, ktoré sme v motivačných faktoroch pre štúdium sociálnej práce medzi externými a dennými študentmi zaznamenali, boli z kategórie profesijných ambícií. Externých

študentov signifikantne viac motivovala možnosť postupu v ich súčasnom zamestnaní ( $U=1858,0$ ;  $p \leq 0,01$ ), niečo budem znamenať ( $U=1908,0$ ;  $p \leq 0,01$ ) a nevyhnutnosť doplniť si vzdelanie pre udržanie pracovného miesta ( $U=1991,5$ ;  $p \leq 0,01$ ). Zistenia môžeme považovať za logické, keďže môžeme predpokladať, že externí študenti sú tí, ktorí majú väčšie pracovné skúsenosti ako denní študenti. Čo nás prekvapilo bol fakt, že externí študenti boli pri výbere študijného odboru viac motivovaní prosociálnymi motivačnými faktormi ako študenti denného štúdia. Rozdiely sme zaznamenali v položkách chcem pomáhať iným ľuďom ( $U=1793,0$ ;  $p \leq 0,001$ ), služba človeku v zmysle kresťanskej morálky ( $U=1899,5$ ;  $p \leq 0,01$ ) a cítim, že pomáhať druhým je moje poslanie ( $U=2020,0$ ;  $p \leq 0,05$ ). Zistenia môžu mať oporu aj v tom, že v skupine externých študentov sme zistili vyššiu početnosť respondentov vo vyššom veku. Tí mohli odpovedať na otázky viac spoločensky žiaduco ako vekovo mladší respondenti. V položkách konformity sme medzi študentmi externého a denného štúdia nezaznamenali štatisticky významné rozdiely. Signifikantné rozdiely sme zistili v prosociálnych a profesijných motivačných faktoroch a to v prospech externých študentov. Konformné motivačné faktory sa na základe analýzy ukazujú v rovnakej miere významné v oboch skupinách.

V ďalšom kroku sme sa zamerali na analýzu motivačnej štruktúry respondentov podľa vybraných socio-demografických ukazovateľov, a to podľa pohlavia a veku. V skúmanom súbore sme mali 60 žien a 37 mužov. Nerovnomernosť vzorky si zdôvodňujeme tým, že v odbore ako sociálna práca sa nachádza zvyčajne väčšie pomerové percento žien ako mužov, čo sa v konečnom dôsledku prejavilo na nerovnomernosti našej výskumnej vzorky. Predpokladali sme že ženy budú štatisticky významne viac motivované k výberu študijného odboru prosociálnymi motivačnými faktormi ako muži.

Muži a ženy sa celkom štatisticky význame lišili v 8 zo 17 motivačných faktorov. Ženy sa významne častejšie rozhodovali pre výber svojho študijného odboru z dôvodov, že rady pracujú s ľuďmi ( $U=2994,5$ ;  $p \leq 0,001$ ), že sa zaujímajú o osudy iných ľudí ( $U=2735,5$ ;  $p \leq 0,001$ ), že cítia, že pomáhať ľuďom je ich poslaním ( $U=3028,0$ ;  $p \leq 0,001$ ), že svoje povolanie vnímajú ako službu človeku v zmysle kresťanskej morálky ( $U=2797,5$ ;  $p \leq 0,001$ ), že chcú pomáhať iným ľuďom ( $U=2224,0$ ;  $p \leq 0,001$ ) a tiež preto, že sa nedostali na inú VŠ ( $U=3651,5$ ;  $p \leq 0,01$ ). Muži sa zasa vo väčšej miere rozhodovali pre výber povolania z dôvodu možnosti vyššieho príjmu po ukončení VŠ ( $U=2893,5$ ;  $p \leq 0,001$ ), a z dôvodu väčšej možnosti nájsť si prácu po ukončení štúdia ( $U=3259,0$ ;  $p \leq 0,01$ ). V tabuľke 4 opisujeme výsledok porovnávacej analýzy vybraných motivačných faktorov medzi mužmi a ženami.

Tab. 4 Analýza motivačných faktorov respondentov podľa pohlavia

		<b>Muži (N=37)</b>	<b>Ženy (N=60)</b>		
		<b>M (SD)</b>	<b>M (SD)</b>	<b>U</b>	<b>sig.</b>
<b>Motivačné faktory</b>	Rád pracujem s ľuďmi	3,31 (1,19)	3,96 (0,31)	2994,5	<b>,000***</b>
	Zaujímajú ma osudy iných ľudí	2,92 (1,16)	3,70 (1,07)	2735,5	<b>,000***</b>
	Cítim, že pomáhať druhým je moje poslanie	2,82 (1,07)	3,43 (1,01)	3028,0	<b>,000***</b>
	Služba človeku v zmysle kresťanskej morálky	2,15 (1,22)	2,98 (1,23)	2797,5	<b>,000***</b>

	Možnosť vyššieho príjmu po ukončení VŠ	4,19 (0,93)	3,55 (1,16)	2893,5	,000***
	Chcem pomáhať iným ľuďom	2,78 (1,15)	3,83 (1,01)	2244,0	,000***
	Väčšia možnosť nájsť si prácu po ukončení štúdia	4,08 (0,98)	3,69 (0,94)	3259,0	,002**
	Nedostal som sa na inú VŠ	1,56 (1,20)	1,89 (1,33)	3651,5	,018**
Kategorie motivačných faktorov	prosociálne motivačné faktory	3,00 (0,81)	3,66 (0,83)	2386,5	,000***
	profesijné ambície	3,45 (0,71)	3,29 (0,72)	3670,5	,055
	konformita	2,16 (0,75)	2,27 (0,67)	3909,0	,199

\*\* sig.  $p \leq 0,01$ ; \*\*\* sig.  $p \leq 0,001$

V rámci porovnania kategórií motivačných faktorov medzi mužmi a ženami vidíme, že ženy boli štatisticky významne viac motivované kategóriou prosociálnych motivačných faktorov, čo môže vychádzať i z toho, že ženy sú vo všeobecnosti prosociálnejšie orientované ako muži. Môžeme prijať záver, že v nami skúmanom súbore existujú medzi mužmi a ženami signifikantné rozdiely v motivačnej štruktúre podporujúcej výber študijného odboru sociálna práca. Tieto rozdiely sme zaznamenali v kategórii prosociálnych motivačných faktorov, kde štatisticky významne dominovali ženy.

Jedným z cieľov bolo zistiť, či premenná vek bude významne súvisieť s motiváciou pri rozhodovaní sa pre študijný odbor. Predpokladali sme, že vekovo starší respondenti budú štatisticky významne viac motivovaní prosociálnymi motivačnými faktormi pre výber študijného odboru ako vekovo mladší respondenti. Vzhľadom

na zvolenú štatistickú metódu, sme respondentov rozdelili do dvoch početne rovnakých skupín: jednu skupinu tvorili študenti do 22 rokov vrátane a do druhej skupiny boli zaradení študenti starší ako 22 rokov. Pre naplnenie cieľa práce overenie predpokladu sme použili neparametrický Mann-Whitney U-test. V tabuľke 5 opisujeme výsledky štatistickej analýzy.

Tab. 5 Analýza motivačných faktorov vo vzťahu k veku respondentov

		<b>Do 22 r.</b> <b>(N=49)</b>	<b>Viac ako</b> <b>22r.</b> <b>(N=48)</b>		
		<b>M (SD)</b>	<b>M (SD)</b>	<b>U</b>	<b>sig.</b>
<b>Motivačné faktory</b>	Chcem pomáhať iným ľuďom.	3,17 (1,09)	3,67 (1,21)	3264,5	<b>,001***</b>
	Služba človeku v zmysle kresťanskej morálky.	2,49 (1,21)	2,87 (1,33)	3702,5	<b>,037*</b>
	Zaujímajú ma osudy iných ľudí.	3,23 (1,16)	3,60 (1,12)	3640,0	<b>,022*</b>
	Cítim, že pomáhať druhým je moje poslanie.	3,02 (1,06)	3,38 (1,04)	3514,5	<b>,008***</b>
	Vzdialenosť VŠ od bydliska.	2,52 (1,44)	2,97 (1,45)	3686,5	<b>,032*</b>
	Vidím zmysel v odbore, ktorý študujem.	3,95 (0,93)	4,31 (0,77)	3450,5	<b>,003***</b>
	Možnosť vyššieho príjmu po ukončení VŠ.	3,96 (1,11)	3,64 (1,11)	3623,5	<b>,018*</b>

Kategoríe motivačných	prosociálne motivačné faktory	3,24 (0,84)	3,58 (0,87)	3354,0	<b>,003**</b>
	profesijné ambície	3,35 (0,72)	3,37 (0,72)	4453,5	0,982
	konformita	2,20 (0,73)	2,26 (0,70)	4140,0	0,390

\* sig.  $p \leq 0,05$ ; \*\* sig.  $p \leq 0,01$ ; \*\*\* sig.  $p \leq 0,001$

Analýzou sme zistili, že respondenti rozdelení podľa veku sa medzi sebou signifikantne líšili v 7 zo 17 sledovaných motivačných faktorov. Vekovo starší respondenti sa významne líšili od vekovo mladších respondentov v 5 položkách z kategórie prosociálnych motivačných faktorov, a to v položkách chcem pomáhať iným ľuďom ( $U=3264,5$ ;  $p \leq 0,001$ ), služba človeku v zmysle kresťanskej morálky ( $U=3702,5$ ;  $p \leq 0,05$ ), zaujímajú ma osudy iných ľudí ( $U=3640,0$ ;  $p \leq 0,05$ ), cítim, že pomáhať druhým je moje poslanie ( $U=3514,5$ ;  $p \leq 0,01$ ). Za zaujímavé zistenie považujeme, že respondentov s vekom vyšším ako 22 rokov signifikantne viac motivovala vzdialenosť VŠ od bydliska ( $U=3686,5$ ;  $p \leq 0,05$ ). Podľa kategórií motivačných faktorov sa respondenti medzi sebou štatisticky významne líšili len v kategórii prosociálnych motivačných faktorov.

Na základe výsledkov analýzy sme zistili významné signifikantné rozdiely v motivačnej štruktúre medzi respondentmi podľa veku.

Štúdium sociálnej práce pripravuje študenta na profesionálnu cestu pomoci iným. Ako uvádza Strieženec (In: Oláh a kol., 2007) je to „*starostlivosť o človeka na profesionálnom základe.*“ Sociálna práca vo svojej podstate stojí na základovom kameni altruistických hodnôt. Profesor Krčméry povedal, že sociálna práca svojim spôsobom patrí medzi technické vedy, lebo búra bariéry, aby mohla stavať mosty medzi chudobnými a bohatými, medzi chorými a zdravými, medzi hladnými a sýtymi, medzi šťastnými a nešťastnými. Myslíme si, že poznanie toho čo vedie študentov pre výber danej profesie je veľmi



dôležité pre budúce uplatňovanie týchto poznatkov pri práci so študentmi. Naším cieľom bolo analyzovať a popísať motivačnú štruktúru študentov sociálnej práce na detašovanom pracovisku Vysoké školy sociálnej práce sv. Alžbety v Michalovciach

Naše zistenia korešpondujú s výsledkami Leczovej a kol. (2014), keď vo svojom výskume upozorňujú na to, že pomáhajúce profesie vyžadujú od pracovníka isté *špecifické osobnostné predpoklady*. Autori Krystoň a Gregorová (2005) vo svojom výskume upozorňujú na to, že rozhodujúcimi motívmi pre výber budúceho povolania medzi študentmi sociálnej práce na Pedagogickej fakulte UMB v Banskej Bystrici boli túžba pracovať s ľuďmi a pomáhať im. Naopak študenti technických odborov boli významne častejšie motivovaní k výberu študijného odboru motivačnými faktormi z kategórie profesijných ambícií, a to možnosťou vyššieho príjmu po ukončení štúdia, väčšou možnosťou nájsť si prácu po ukončení štúdia a taktiež možnosťou postupu v súčasnom zamestnaní.

Americkí autori Skatova a Ferguson (2014) vo svojom výskume uvádzajú, že voľba odboru štúdia u študentov technických smerov bola pozitívne spájaná s profesijnými motiváciami (career), naopak motivácii pomáhať (helping motivation) prikladali študenti technických smerov veľmi malý význam. Tieto zistenia korešpondujú aj so zisteniami Záškodnej a Mlčáka (2009), ktorí vo svojom výskume poukazujú na to, že medzi študentmi vzhľadom na odbor štúdia existujú štatisticky významné rozdiely v extroverzii, otvorenosti voči skúsenostiam, altruistického správania, empatického záujmu, empatickej fantázie a emocionálnej náklazy.

V nami skúmanom súbore sme analyzovali motivačnú štruktúru externých a denných študentov študijného odboru sociálna práca. Zistili sme, že externých študentov štatisticky významne viac motivovali motivačné faktory z kategórie profesijných ambícií a to možnosť postupu v súčasnom zamestnaní; niečo budem znamenať a

nevyhnutnosť doplniť si vzdelanie pre udržanie si pracovného miesta. Tento fakt považujeme za celkom logický, nakoľko študenti externého štúdia majú viac pracovných skúseností ako denní študenti. Zistili sme, že študenti externého štúdia boli pri výbere študijného odboru motivovaní signifikantne viac prosociálnymi motivačnými faktormi ako študenti denného štúdia. Teda študenti externého štúdia si významne častejšie vyberali študijný odbor z dôvodov, opisujúcich ochotu a túžbu pomáhať ľuďom.

Kryštoň a Gregorová (2005) vo svojom výskume motivácií študentov pre výber študijného odboru pracovali s hypotézou, že externí študenti budú pri výbere študijného odboru najviac motivovaní tlakom zo strany zamestnávateľa, ktorý je spojený so snahou o profesijnú stabilizáciu a zvýšenie kvalifikácie, teda budú motivovaní, motivačnými faktormi z kategórie profesijnej ambície. Autori hypotézu nepotvrdili, v nami skúmanom súbore sme v profesijne orientované motivačné faktory zistili ako signifikantne rozdielne, a to v prospech externých študentov. Tento rozdiel sa však Kryštoňovi a Gregorovej (2005) a ani Leczovej a kol. (2014) nepotvrdil. Tento nesúlad výsledkov môže mať podstatu vo výbere výskumných súborov.

V rámci analýzy motivačnej štruktúry respondentov vo vzťahu k pohlaviu a vek sme dospeli k pozoruhodným výsledkom. Muži a ženy sa celkom štatisticky významne líšili v 8 zo 17 motivačných faktorov. V nami skúmanom súbore sa ženy štatisticky významne viac rozhodovali pre výber študijného odboru z dôvodov patriacich do kategórie prosociálnych motivačných faktorov. Štúdium si vyberali najmä z pohľadov, že by chceli pomáhať iným ľuďom, že svoje povolanie vnímajú ako službu človeku v zmysle kresťanskej morálky, že ich zaujímajú osudy iných ľudí, že majú pocit, že pomoc iným je ich poslaním a tiež, že rady pracujú s ľuďmi. Na zaujímavý fakt poukazujú rovnako Záškodná a Mičák (2009), ktorí zistili, že medzi

mužmi a ženami existujú zreteľné diferencie v rámci prosociálnych tendencií, v tomto kontexte. To nám môže napovedať, že ženy sú vo všeobecnosti viac prosociálnejšie. Naše zistenia taktiež korešpondujú s výsledkami Leczovej a kol. (2014), ktorí poukazujú na to, že ženy sa signifikantne častejšie rozhodovali pre výber štúdia z prosociálnych dôvodov. Konkrétne preto, že cítili, že je to ich poslaním, a tiež preto, že chcú pomáhať iným ľuďom. K podobným zisteniam dospeli aj autori Skatova a Ferguson (2014), ktorí poukazujú na to, že ženy v ich výskume boli vo výbere odboru štúdia signifikantne viac motivované motiváciou pomáhať (helping motivation) a naopak mužov v tomto kontexte štatisticky významne viac motivovali kariérne dôvody (career). Na základe našich výsledkov môžeme s týmto tvrdením súhlasiť, keďže muži v našom výskume sa pre štúdium sociálnej práce rozhodovali štatisticky významne častejšie z dôvodov: väčšia možnosť nájsť si prácu a vyšší príjem po ukončení vysokej školy. Podobné výsledky zistila aj Leczová a kol. (2014), keď uvádzajú, že muži si vyberali študijný odbor nielen preto, že očakávali vyšší príjem po ukončení vysokej školy, ale taktiež pre príležitosť získať vysokoškolské vzdelanie.

Pri analýze a interpretácii zistení o motivačnej štruktúre vo vzťahu k veku sme vychádzali z poznatkov vývinovej psychológie. Nami skúmaní respondenti zaradení do vekovej skupiny do 22 rokov sa pri voľbe študijného odboru nachádzali na rozhraní vývinového obdobia, v ktorom prechádzali s adolescencie do mladej dospelosti. Je to obdobie, ktoré má v profesijnom vývine veľký význam, nakoľko sa zreáľňuje u jedinca pohľad na svet práce, mladý človek je ďalej ovplyvnený pri voľbe konkrétnej profesie hodnotami a normami spoločnosti ako aj hodnotami jeho orientačnej rodiny. Druhá skupina respondentov nad 22 rokov zahŕňala študentov dvoch vývinových období, a to mladá dospelosť a stredná a strašia dospelosť. Sú to ľudia, ktorí na jednej strane už majú za sebou nástup do prvého

zamestnania a usilujú sa o rozvoj svojej kariéry, často aj rozhodnutím zmeniť svoje profesijné zameranie. Na druhej strane boli v skupine respondenti, ktorí už sú v živote a v kariére stabilizovaní, ale predpisujú im nútiť splniť určité podmienky pre zotrvanie na pracovnej pozícii a udržaní si platenej práce. Veľký význam má aj zodpovednosť za rodinu. Zaznamenali sme štatisticky významné rozdiely medzi vekovými skupinami respondentov v 7 zo 17 motivačných faktorov. Vekovo starší respondenti sa signifikantne častejšie rozhodovali pre výber štúdia z prosociálnych dôvodov a to konkrétne preto, že chcú pomáhať iným ľuďom; že sa zaujímajú o osudy iných; že cítia, že ich poslaním je pomoc druhým. Za podnetné zistenie považujeme taktiež to, že vekovo starší respondenti boli štatisticky významne viac motivovaní vzdialenosťou VŠ od bydliska, čo poukazuje na ich menšiu ochotu cestovať za štúdiom. V rámci kategórií motivačných faktorov sa respondenti medzi sebou signifikantne líšili iba v kategórii prosociálnych motivačných faktorov. Naše zistenia korešpondujú so zisteniami Leczovej a kol. (2014), keď uvádzajú, že respondentov starších ako 32 rokov štatisticky významnejšie motivovali motivačné faktory: rád pracujem s ľuďmi, vidím zmysel v odbore, ktorý študujem, zaujímajú ma osudy iných ľudí, cítim, že pomáhať druhým je moje poslanie a služba človeku v zmysle kresťanskej morálky.

## **8.5 Záver**

V súčasnosti je na Slovensku ešte stále badateľný vysoký záujem o vysokoškolskú prípravu na profesiu sociálny pracovník, asistent sociálnej práce. Otázkou však stále ostáva skutočná motivácia mladých ľudí, ktorí na prípravu v takýchto profesiách prejavujú záujem tým, že sa prihlásia študovať na vysokej škole so študijným odborom sociálna práca.

Uznanie tejto profesie v spoločnosti závisí od toho, ako si uvedomuje daná spoločnosť spoločenskú hodnotu a nevyhnutnosť

sociálnej práce a ako akceptuje realitu, lebo v každej spoločnosti vznikali a aj budú vznikať sociálne problémy (Žiaková, 2011). Jedným z ukazovateľov motivácie k štúdiu môže byť aj to, že sociálni pracovníci, asistenti sociálnej práce, riešia v súčasnosti sociálne problémy veľkej skupiny obyvateľov, ktorá je na túto pomoc odkázaná, a táto práca určitým spôsobom naplňa študenta, jeho ochotou pomôcť druhým ľuďom. Taktiež pracovníci sprostredkujú pomoc, pomáhajú pri riešení rôznych problémov a zabráňujú ich vzniku alebo vyhroteniu. Od pracovníka sa vyžaduje vysoká odborná znalosť, je potrebné mať určité skúsenosti a správny etický postoj. Vykonávanie tohto náročného povolania si vyžaduje široký rozsah odborných vedomostí, špeciálnu prípravu, osobnostnú zrelosť, a preto nepostačuje, aby štúdium bolo realizované len v rámci stredných škôl (Čechová In Tokárová, 2007). Vnútorňú motiváciu považuje Klein (2006) za určitý stav, ktorý núti jedinca robiť niečo pre vlastnú potrebu, z vlastného záujmu, pre vlastné potešenie a dosiahnutie vlastného cieľa.

Na základe analýzy výsledkov v nami skúmanom súbore sme identifikovali kategórie motivačných faktorov a ich vzťah k veku, pohlaviu a forme štúdia. Zistenia poukazujú na to, že prosociálne motivačné faktory sa ukázali ako vysoko významné u žien, študentov vo vekovej kategórii nad 22 rokov a v externej forme štúdia odboru sociálna práca. Ako uvádza Leczová a kol. (2014), prosociálne motivačné faktory v sebe obsahujú motivačné stimuly, ktoré riadia správanie, hodnotovú orientáciu a profesijné smerovanie jedincov. Profesijné ambície sa v nami skúmanom súbore významne podieľali na voľbe študijného programu u externých študentov. Môžeme to vysvetľovať tým, že ešte stále v našej spoločnosti platí, že získanie vysokoškolského vzdelania zlepšuje možnosť udržať si aktuálnu pracovnú pozíciu, zabezpečiť postup alebo vyšší príjem po skončení

štúdia. Konformné motivačné faktory sa v nami skúmanom súbore nepodielali signifikantne na voľbe študijného programu.

Výsledky nášho výskumu, i keď nie sú reprezentatívne, naznačili jednu veľmi dôležitú skutočnosť, a to, že je potrebné sa otázkami skutočnej motivácie k príprave na tak náročné povolanie, akým je povolanie sociálneho pracovníka, asistenta sociálnej práce, venovať v priebehu celého vysokoškolského štúdia. Nestačí sa zamerať len na prijímanie takých študentov, ktorí „profanujú“ svoju vnútornú motiváciu v záujme dostať sa na vysokú školu, ale postaviť študijné plány tak, aby v sebe zahrňovali podporu vnútornej motivácie, určitého vnútorného „ohňa“, ktorý vedie a má viesť mladých ľudí k napĺňaniu tak náročných úloh, ako sú pomoc tým, ktorí sú v núdzi.

## 9 MANAŽMENT KVALITY SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Služby tvoria neoddeliteľnú súčasť ľudskej existencie. Predstavujú určitú časť statkov, ktoré ľudia musia spotrebovať, aby si zabezpečili svoje bytie a vytvorili podmienky pre svoj ďalší rozvoj. Služby vznikli už v dávnych štádiách vývoja spoločnosti, ich širší rozsah a neskôr aj intenzívny rozvoj je podmienený vyšším stupňom rozvoja produkcie hmotných statkov a zabezpečením vysokého stupňa i spotreby. Kým základné potreby sa uspokojujú predovšetkým hmotnými statkami, služby participujú hlavne na uspokojovaní druhotných potrieb. Hranice medzi základnými a druhotnými potrebami sa posúvajú v závislosti od rozvoja spoločenských podmienok. V rozvinutej spoločnosti sa stávajú základnými potrebami aj tie, ktoré majú pôvod medzi druhotnými potrebami. Slovo služba je odvodené od slova slúžiť. Preto u nás niekedy vyvoláva negatívny dojem. Pochádza z latinského výrazu „servicium“, čo v preklade znamená „otroctvo“. Dlhú dobu si ponechávala význam určitej závislosti (byť v službách niekoho) a bezodplatnosti (poskytnúť niekomu službu). V 18. a 19. storočí boli aktivity služieb veľmi obmedzené. Pokrývali prevažne služby v domácnosti, sociálne a zdravotné služby, služby dopravy, obchodu. Veľa služieb malo remeselný charakter. V období industrializácie sa služby považovali za neproduktívnu sféru. Až v 20. storočí sa postoj k službám začal výraznejšie meniť. Zvýšila sa miera zamestnanosti žien, rástol objem voľného času a menil sa spôsob jeho trávenia (Mateides, Ďaďo, 2002).

Pre lepšiu predstavu pojmu služba uvádzame za všetky aspoň jednu charakteristiku služby. Kotler, Amstrong (In Janečková, Vašítková, 2000) považujú za službu akúkoľvek činnosť alebo výhodu, ktorú jedna strana môže ponúknuť druhej. Vo svojej podstate je služba zásade nehmotná a jej výsledkom nie je vlastníctvo.

V súvislosti so službami sme hovorili o uspokojovaní potrieb jedincov. V celej ľudskej histórii nachádzame ľudí, ktorí si nedokázali sami uspokojiť svoje potreby. A tak pomocnú ruku podávali najbližší - rodinní príslušníci, známi či susedia. Častokrát pomoc z ich strany nepostačovala a tak bol do starostlivosti o týchto ľudí potrebný zásah spoločnosti. Prioritnou snahou každej vyspelej spoločnosti je v čo najväčšej miere pomáhať svojim občanom, pretože práve oni sú tí, ktorí ju utvárajú. Môžeme plne súhlasiť s Dávidekovou (2010), ktorá zastáva názor, že úlohou spoločnosti ktorej člen je odkázaný na pomoc, je v rámci sociálnej politiky, ktorá ustanovuje jednotlivé právne normy, prostredníctvom sociálnej práce, prispieť v čo najväčšej miere k pomoci odkázaného občana. Ide o veľmi zodpovedný a zložitý proces, ktorý je ustanovený legislatívnymi normami, ktoré musí vykonávateľ sociálnej služby plne rešpektovať. Sociálne služby sa stali súčasťou nášho sociálneho systému, majú svoje miesto v sociálnej politike štátu, samospráve a neštátnych subjektoch, pomáhajú preklenúť nepriaznivú sociálnu situáciu klienta sociálnej práce. Sociálne služby vymedzuje Zákon NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách, ktorý upravuje právne vzťahy pri poskytovaní sociálnych služieb, ich financovanie a dohľad nad ich poskytovaním. Za základné charakteristiky, ktorými sa sociálne služby odlišujú od služieb komerčných môžeme považovať ich spôsob financovania, závislosť od politických rozhodnutí, väzbu na legislatívne ustanovenia, previazanosť so sieťami jestvujúcimi v miestnej komunite, intímna povaha služieb, významná je úloha rodiny, či neformálneho spoločenstva, etická a hodnotová dimenzia Molek (In Kirchnerová, 2013).

Oláh, Iglárová, Bujdová (2013) zastávajú názor, že sociálne služby zďaleka nepokrývajú potreby občanov našej spoločnosti. V nemalej miere je potrebné podotknúť, že poskytovatelia sociálnych služieb, či už verejní alebo neverejní, častokrát zápasia s nedostatkom



finančných prostriedkov, ktoré sú potrebné pre zabezpečenie adekvátnej pomoci klientom sociálnej práce. Aj napriek nedostatkom dochádza k zmenám spoločenského prostredia a narastá potreba rozvoja sociálnych služieb, ktorá vytvára tlak aj na zmeny legislatívy. Široká diskusia laickej i odbornej verejnosti poukazuje na potrebu ďalšieho rozvoja a skvalitnenie sociálnych služieb. Kvalita sociálnych služieb na Slovensku prešla určitým vývojom. Tri etapy vývinu kvality sociálnych služieb u nás popísali Brichtová a Repková (2014). Prvú etapu nazvali **intuitívno - neorganizovanou** (1988-2008), počas ktorej kvalita v legislatíve nenachádza svoje miesto. Za pozitívum považujú, že legislatíva už hovorí o aktivizácii prijímateľov, rešpektuje individualitu človeka, určuje osobitné kvalifikačné predpoklady zamestnancov zariadení sociálnych služieb. Druhú etapu, **etapu formulácie všeobecných podmienok** priradzujú k rokom 2009-2013 a spájajú ju s prijatím zákona č.448/2008 o sociálnych službách, ktorý definuje podmienky kvality poskytovaných sociálnych služieb. Rok 2014 považujú za rok 3. etapy, ktorú nazvali etapou **štandardizácie**. Novela vyššie uvedeného zákona hovorí o kvalite v sociálnych službách ako o norme, kde sú komparované dosiahnuté výsledky s výsledkami očakávanými.

## 9.1 Teoretické východiská manažmentu kvality

Slovo kvalita používame počas rozhovorov s ľuďmi veľmi často. Jedlo varíme z čerstvých a kvalitných potravín, kúpili sme sveter z kvalitnej vlny, radšej si kúpime menej šiat, ale z kvalitnej látky..... Pojem kvalita teda veľmi často používame v rôznom význame, dávame mu rôzny obsah, ale zriedkakedy sa bližšie vyjadrujeme ku kritériám a hodnoteniu kvality, prečo tvrdíme, že spomínaná vlna či látka sú kvalitné. Často si neuvedomujeme, že tvrdenie jednej osoby o tom istom výrobku nemusí byť zhodné s tvrdením iného človeka. To sú dôvody, ktoré v bežnom živote robia

hodnotenie kvality značne subjektívnym a subjektivita robí kvalitu zložitou vlastnosťou z hľadiska dohody. Pokusy minimalizovať subjektivitu a štandardizovať chápanie kvality vedú k jej zúženému poňatiu. Kvalitu vyjadrujeme v znakoch kvality, ich úroveň nameranými alebo priradenými veličinami (Mateides a kol., 2006).

V odbornej literatúre nachádzame množstvo definícií kvality, ktoré vznikli historicky logickým vývojom a zmenou prístupu k tomuto pojmu. Ak sme spomenuli históriu nedá nám nespomenúť 2 200 rokov staré tvrdenie Chamurapiho, ktorý zastával názor, že staviteľ, ktorý postavil niekomu dom a neurobil svoje dielo pevne a stena spadla musí pevne vystaviť túto stenu nanovo a na svoje náklady (Paulová, 2014). Staviteľ musel vykonať kvalitnú prácu nanovo, avšak v histórii boli potrestaní i smrťou alebo bičovaním tí, ktorí kvalitu svojej práce nedodržali. Usudzujeme tak napr. z Nariadenia jeho veličenstva imperátora a vládcu celej Rusi Petra I. Veľkého, ktorý prikázal zbičovať a vyhnáť do kláštora vedúceho Tulskej zbrojovky, pretože predával oddielom panovníka nefungujúce ručnice a zbrane (Paulová, 2014). Slovo kvalita má svoj pôvod v latinskom výraze *qualis* značiaci aký je, akú má povahu, aká je hodnota objektu, vyjadruje súhrn vlastností niečoho alebo niekoho (Bruhn In Malík Holasová, 2014). Norma STN EN ISO 9000:2001 (In Mateides 2006, s. 50) definuje kvalitu ako: „mieru, s akou súbor vlastných charakteristík spĺňa požiadavky.“ Definícia je doplnená ďalšími nasledujúcimi poznámkami:

- termín kvalita sa môže používať s prívlastkami: zlý, dobrý, výborný,
- každý produkt disponuje vlastnými trvalými charakteristikami ako je trvanlivosť, bezpečnosť, spoľahlivosť, ktoré sú parametrami jeho kvality, zároveň má pridelené charakteristiky ako cena, vlastník produktu, ktoré však nie sú vyjadrením jeho kvality (Mateides a kol., 2006).

Paulová (2014, s. 12) uvádza definície svetových „guruov“ kvality:

„Kvalita je to, keď sa vracia zákazník a nie tovar“ (W. E. Deming).

„Kvalita je vhodnosť na použitie“ (J. M. Juran).

„Kvalita je zhoda s požiadavkami“ (Ph. Crosby).

„Kvalita je to, čo za ňu považuje zákazník“ (V. A. Feigenbaum) .

Veľmi výstižná je definícia kvality Nenadála (In Paulová, 2014, s. 13), ktorý kvalitu definuje ako: „ *komplexnú vlastnosť produktov, služieb, informácií, ľudí, systémov, prejavujúcu sa určitou mierou schopnosti plniť požiadavky, ktoré sú na ľudí kladené.*“ V tejto definícii je uvedený pojem požiadavky a miera, ktorý znamená, že sme a niečo sa od nás očakáva, že máme schopnosť rozlišovať vnímanie pocitov, teda disponujeme určitou úrovňou naplnenia očakávaní. Pojem požiadavky sa vzťahuje na externých zákazníkov, kolegov, zainteresované strany a v neposlednom rade i na legislatívu, teda je to nejaká potreba, očakávanie, ktoré sú určené, povinné alebo sa všeobecne predpokladajú (Paulová, 2014).

Mateides, Ďaďo (2002) uvádzajú desať dimenzií prispievajúcich k objasneniu kvality poskytovania služieb:

- spoľahlivosť – schopnosť vykonať sľúbenú službu spoľahlivo a presne,
- citlivosť – vnímavosť na niečo – ochota alebo pripravenosť zamestnanca poskytnúť službu,
- kompetentnosť – vlastníctvo požadovaných zručností a vedomostí na vykonávanie služby,
- dostupnosť – prístupnosť, ľahkosť kontaktu ,
- zdvorilosť – slušnosť, úcta, ohľad kontaktných pracovníkov,
- komunikácia – informovanie zákazníkov rečou, ktorej rozumejú,
- dôveryhodnosť – vierohodnosť, čestnosť,
- bezpečie, istota – zbavenie nebezpečenstva, rizika,

- porozumenie – vynakladanie úsilia na porozumenie potrebám zákazníka,

- vplyv prostredia na zákazníka, hmatateľnosť – fyzický dôkaz služby. V súčasnosti Paulová (2009) hovorí o manažmente kvality ako o koordinácii činností, ktoré sa zameriavajú na vedenie a riadenie v organizácii. Jeho prvoradým cieľom je uspokojovať požiadavky zákazníkov. K uspokojeniu požiadaviek zákazníkov, zabezpečeniu kvalitnej prevádzky v organizácii môže dôjsť prostredníctvom systematického a transparentného spôsobu manažovania, koncipovaného s cieľom sústavného zlepšovania výkonnosti organizácie, prihliadajúc aj na záujmy zainteresovaných strán. Manažérstvo kvality podľa Lakatoša, Aujeského (2004) je komplexnou koordinovanou činnosťou, ktorá vedie a riadi organizáciu za predpokladu, že sa na nej podieľa aj kvalita. Okrem princípov manažmentu sme v odbornej literatúre zaznamenali aj tri základné prístupy manažmentu :

- klasický prístup založený na tvrdení, že vhodné plánovanie, organizovanie, vedenie a kontrolovanie prinesú rast produktivity,

- behavioristický prístup vychádza so skúmania ľudského správania, pričom využíva poznatky psychológie a sociológie,

- vedecký prístup kladie dôraz na matematické modelovanie systémov, väčšina nástrojov a techník, ktoré využívajú tento prístup, sa vyznačuje tým, že sú zamerané na rozhodovanie, spoliehajú sa na kritériá ekonomickej efektívnosti a na formálne matematické modely (Donnely, Gibson, Ivancvich, 2002).

Ako sme už vyššie uviedli prvoradým cieľom manažérstva kvality je uspokojovať požiadavky zákazníkov. Tento cieľ by mal vyhovovať nasledujúcim kritériám. Mal by byť:

- merateľný, z dôvodu exaktnosti sledovania a overovania,

- ekonomický, teda taký, aby prínosy z jeho dosiahnutia boli vyššie než s nimi spojené náklady,

- legitímny, majúci oficiálny a záväzný charakter,
- flexibilný, z dôvodu prispôsobovania konkrétnym podmienkam organizácie (Mateides a kol., 2006)

V stručnosti sme sa dotkli prístupov i princípov manažmentu, v skratke popíšeme i jeho funkcie. Fayol (In Dudinská, Budaj, Vitko, 2009) hovorí o piatich funkciách manažmentu kvality, ktorými sú:

- plánovanie a predvídanie, základom a prioritou plánovania je optimálne využitie zdrojov, pričom základnými charakteristikami plánu by mala byť jednota, kontinuita i flexibilita,
- organizovanie, teda vytvorenie sústavy formálnych vzťahov, ktorá umožní optimálne vykonávať základné činnosti,
- vedenie, prikazovanie, nakoľko organizácia sa musí uviesť do chodu príkazmi, ktoré udržiavajú pracovníkov v činnosti,
- koordinovanie čiže spájanie, zjednocovanie a zosúladňovanie všetkých činností a úsilí tak, aby každá činnosť bola v súlade s celkovým plánom organizácie,
- kontrolovanie či činnosť prebieha v súlade s pravidlami a príkazmi, jednoducho povedané či štyri predchádzajúce prvky fungujú správne.

V závere sa prikláňame k tvrdeniu Mateidesa a kol., (2006) podľa ktorého hlavnou úlohou manažérstva kvality je sústavné zabezpečovanie kvality produktov, definovanej očakávaniami zákazníkov pri uspokojovaní ich potrieb zo strany ponuky. Kvalita ponúkaných produktov, vnímaná z pohľadu zákazníka, pri možnom dodatočnom znížení nákladu výkonu môže na trhu významne posilniť pozíciu organizácie a priniesť komparatívnu konkurenčnú výhodu. Plne súhlasíme s Dudinskou, Budajom, Vitkom (2009), ktorí zastávajú názor, že manažment kvality sociálnych služieb začína u prijímateľa sociálnych služieb. Ak je spokojný a má pocit, že službou sú uspokojované jeho potreby, vtedy sa kvalita služieb môže stať mocným nástrojom marketingovej výzbroje poskytovanej sociálnej

služby daného zariadenia. Zjednodušene môžeme povedať, že podstatou manažmentu je obstaráť všetko potrebné a následne zabezpečiť, aby s tým organizácia účelne a efektívne fungovala. Pričom účelne znamená, aby organizácia robila veci spoločensky potrebné, veci, ktoré očakávajú zákazníci, teda správne veci. Efektívne značí, aby organizácia tieto veci robila správne. V oblasti sociálnej práce a sociálnych služieb sa do popredia záujmu v súvislosti s kvalitou a jej manažovaním dostáva pojem sociálny manažment, ktorý môžeme definovať ako cieľavedomú činnosť manažérov sociálnej práce zameranú na dosiahnutie cieľov za použitia vhodných prostriedkov vedeckých odporúčaní, stratégií, a za spolupráce celého kolektívu v sociálnej oblasti. Na dosiahnutie týchto cieľov sa využívajú koncepcie, ktoré sa zameriavajú na rozvoj kompetencií a zručností manažérov procesu sociálnej práce (Hangoni, Imrichová, 2010).

Zariadenia sociálnych služieb majú zákonom stanovenú povinnosť napĺňať podmienky kvality sociálnych služieb, okrem povinnosti disponujú možnosťou implementácie požiadaviek normy STN EN ISO 9000, čím obdržia certifikát systému manažérstva kvality, ďalšou cestou zvyšovania kvality je napr. aplikácia modelu výnimočnosti EFQM, modelu samohodnotenia CAF.

## **9.2 Nástroje manažmentu kvality**

Spoločný systém hodnotenia kvality – model CAF (Common Assessment Framework) je nástroj komplexného manažérstva kvality, ktorý sa inšpiroval modelom výnimočnosti Európskej nadácie pre manažérstvo kvality EFQM ako aj modelom nemeckej Akadémie Speyer. Vytvorila ho pracovná skupina modelu CAF, ktorej členom je aj Slovenská republika. Predpokladá, že organizácia má veľmi dobré výsledky nielen vo vzťahu ku prijímateľom a zamestnancom, k spoločnosti, ale aj k výkonnosti, na základe vodcovstva, stratégie a

plánovania, zamestnancov, partnerstiev, zdrojov a procesov. Cieľovou skupinou modelu CAF sú organizácie štátnej správy i verejnej správy. Je možné využiť ho v organizáciách, ktoré majú skúsenosti s modelom kvality ako aj v organizáciách, ktoré s kvalitou začínajú. Podáva jednoduchý náhľad práce s komplexne orientovaným nástrojom kvality, ktorý je zameraným na výsledky a zákazníkov. V organizácii môže byť procesom rozvoja kvality, avšak môže ju do viesť až k oceneniu Národná cena SR za kvalitu, Európska cena kvality pre verejný sektor (Príručka modelu CAF, 2006).

Pualová (2009) uvádza, že model CAF vytvoril Európsky inštitút verejnej správy (EIPA) a poskytuje dôveryhodný obraz o efektívnosti fungovania organizácie. Využívajú ho európske organizácie verejného sektora ako nástroj pomoci implementácie systému manažérstva kvality. Prvotne bol model CAF prezentovaný v roku 2000, v roku 2002 bol revidovaný. V roku 2005 sa zjednotil prístup ku kvalite s agendou Lisabonskej stratégie a vznikol model CAF 2006. Jeho jadrom je samohodnotiaci nástroj, ktorý je návodom ako sa naučiť čo najviac o vlastnej organizácii, aké sú silné stránky organizácie, aké sú ďalšie možnosti zlepšovania. Samohodnotenie umožňuje zlepšovanie a rozvoj aktívnej spolupráce vrcholového manažmentu a zamestnancov, pričom obe strany majú vzájomnú zodpovednosť za rozvoj kvality. Model CAF je teda nástrojom stabilizácie kvality vykonanej práce v celej organizácii. Hlavné charakteristiky modelu CAF:

- hodnotenie založené na dôkazoch pri uplatnení súboru kritérií, ktoré sú akceptované vo verejnom sektore v celej Európe,
- príležitosti na stanovenie miery rozvoja a dosiahnutia výnimočnej úrovne dosahovania cieľov,
- prostriedky na dosiahnutie zhody smerovania a dohody o tom, čo je potrebné urobiť pre zvyšovanie kvality organizácie,

- prepojenie medzi rôznymi výsledkami, ktoré treba dosiahnuť, a podpornými postupmi alebo predpokladmi,
- prostriedok na vytvorenie entuziazmu medzi zamestnancami ich zapojením do zlepšovateľského procesu,
- príležitosti podporovať a zdieľať najlepšie skúsenosti rôznych častí vlastnej organizácie alebo iných organizácií,
- prostriedok na integráciu rôznych iniciatív v oblasti kvality do bežnej činnosti organizácie,
- prostriedok na meranie pokroku v čase prostredníctvom periodického samohodnotenia. Zámery modelu CAF:
  - zaviesť princípy komplexného manažérstva kvality do verejnej správy, metodicky viesť organizácie pri porozumení a aplikácii samohodnotenia vo fáze prechodu od systému plánovania a výkonu k plne integrovanému cyklu PDCA,
  - podporovať samohodnotenie organizácií verejného sektora s cieľom získať štruktúrovaný obraz organizácie a následne námety pre zlepšovacie činnosti,
  - pôsobiť ako premostenie rôznych modelov používaných v manažérstve kvality,
  - podporovať bench learning medzi organizáciami verejného sektora. Pre dosiahnutie uvedených zámerov bolo vyvinutých množstvo prvkov popísaných v príručke: Štruktúra modelu CAF pozostávajúca z 9 kritérií, 28 subkritérií s príkladmi; panely hodnotenia predpokladov a výsledkov; postup pri samohodnotení, pri návrhu oblastí zlepšovania, pri realizácii bench learningových projektov a slovník.

### **Kritérium 1: Vodcovstvo**

vodcom je ten, kto dokáže viesť ľudí, kto dáva organizácii smer. Jeho správanie v organizácii pomáha vytvárať jednoznačnosť a jednotnosť cieľa a prostredia, v ktorom sa organizácia a zamestnanci nachádzajú. Vodca/vodcovia vytvárajú poslanie, víziu a hodnoty potrebné pre



úspech organizácie. Pôsobia motivačne a podporne na zamestnancov. Zároveň vodcovia rozvíjajú a implementujú systém manažérstva organizácie, preskúmavajú výkonnosť a výsledky pre jej lepšie dosiahnutie, riadia zmeny, ktoré sú potrebné pre naplnenie poslania.

### **Kritérium 2: Stratégia a plánovanie**

každá organizácia zavádza poslanie a víziu s jasne definovanou stratégiou zameriavajúcou sa na zainteresované strany, pričom zohľadňuje verejné politiky, ich ciele ako aj potreby ďalších zainteresovaných strán, využívajúc podporu trvalého zlepšovania manažérstva zdrojov a procesov. Stratégia sa prenáša do plánov, zámerov i merateľných cieľov.

### **Kritérium 3: Zamestnanci**

organizáciu tvoria zamestnanci, tí sú najdôležitejšou zložkou organizácie. Pre úspech organizácie je dôležitá ich spolupráca a riadenie dostupných zdrojov. Poskytovanie bezpečného, zdravotne nezávadného pracovného prostredia, rešpekt, dialóg – to všetko je základom pre zabezpečenie účasti zamestnancov na ceste organizácie k výnimočnosti. Kritérium hodnotí, či organizácia vytvára súlad strategických cieľov s ľudskými zdrojmi tak, aby boli identifikované, rozvíjané a rozširované.

### **Kritérium 4: Partnerstvá a zdroje**

organizácia plánuje, riadi vlastné kľúčové partnerstvá s občanmi, kde hlavným cieľom je podpora stratégie, plánovanie a fungovanie procesov. Partnerstvá sú dôležitými zdrojmi správneho fungovania organizácie. Podstatnú úlohu zohrávajú aj finančné prostriedky a technológie na zabezpečenie efektívneho fungovania organizácie.

### **Kritérium 5: Procesy**

organizácia riadi, zlepšuje a rozvíja kľúčové procesy s cieľom podporovať stratégiu a plánovania. Inovácia a nutnosť vytvárať pridanú hodnotu pre občanov sú základom rozvoja procesov.

### **Kritérium 6: Výsledky vo vzťahu k občanovi/zákazníkovi**

sú to výsledky, ktoré organizácia dosahuje vo vzťahu k spokojnosti občanov s organizáciou, službami či produktom. Pre organizácie verejného sektora je dôležité priamo merať spokojnosť svojich klientov prihliadajúc na celkový imidž organizácie, služby, produktmi, na otvorenosť organizácie a na rozsah zapojenia občanov.

#### **Kritérium 7: Výsledky vo vzťahu k zamestnancom**

aké výsledky dosahuje organizácia vo vzťahu ku kompetentnosti, motivácii, spokojnosti a výkonnosti zamestnancov. Organizácie by mali mať nastavené interné indikátory výkonnosti vo vzťahu k zamestnancom, prostredníctvom ktorých môže merať výsledky, ktoré sa dosahujú vo vzťahu k cieľom, k očakávaniam v oblasti celkovej spokojnosti zamestnancov.

#### **Kritérium 8: Výsledky vo vzťahu k spoločnosti**

aké výsledky organizácia dosahuje v oblasti uspokojovania potrieb na úrovni miestneho, národného a medzinárodného spoločenstva. Ide vlastne o to ako organizácia pristupuje ku kvalite života, k prostrediu, k ochrane globálnych zdrojov.

#### **Kritérium 9: Kľúčové výsledky výkonnosti**

jedná sa o výsledky, ktoré organizácia dosahuje vo vzťahu k stratégii a plánovaniu, ktoré sa týkajú potrieb a požiadaviek zainteresovaných strán (externé výsledky) a výsledky, ktoré organizácia dosahuje vo vzťahu k jej manažérstvu a zlepšovaniu (interné výsledky).

Kritériá 1 až 5 sa zaoberajú predpokladovými charakteristikami organizácie, ktoré určujú, čo organizácia robí a ako pristupuje k plneniu svojich úloh za účelom dosiahnutia želaných výsledkov.

V kritériách 6 – 9 sa merajú výsledky dosiahnuté vo vzťahu k občanom/zákazníkom, zamestnancom, spoločnosti a kľúčové výsledky výkonnosti prostredníctvom merania, vnímania a hodnotenia interných ukazovateľov. (Príručka modelu CAF, 2006).

**Záver.** Za posledné desaťročie v manažérstve kvality došlo k mnohým zmenám. Tieto zmeny však prebiehajú stále a čoraz

rýchlejšie. Dôvodom sú zmeny v celkovej hospodárskej i politickej situácii vo vyspelých krajinách. V minulosti sa manažérstvo kvality orientovalo hlavne na kontrolu, predovšetkým kontrolu výrobkov. Dnes sú do manažerstva kvality vnášané i požiadavky systémového myslenia a systémového prístupu. Kvalita a jej manažérske zabezpečenie už dávno prestali byť doménou iba špičkových, výrobných organizácií. Snaha o prežitie núti stále viac a viac organizácií zaoberať sa systémom manažerstva kvality a zaviesť ho do praxe. Manažérstvo kvality predstavuje veľmi dynamickú kategóriu a v súvislosti so sústavným vývojom spoločnosti v meniacich sa podmienkach nadobúda nový význam. V súčasnosti už nestačí, ak organizácie poskytujú kvalitné produkty uspokojujúce požiadavky zákazníkov, poskytovatelia sociálnych služieb uspokojujú požiadavky prijímateľov, ale musia prihliadať aj na záujmy všetkých zainteresovaných strán, akceptovať aj požiadavky týkajúce sa životného prostredia. Prioritou organizácií a poskytovateľov sociálnych služieb je trvalo udržateľný rozvoj. Pojem kvalita teda nadobúda stále širší obsah a vývoj postupne smeruje k jej najstaršiemu chápaniu, t. j. ku kvalite života. Aby bola zabezpečená kvalita života, do chápania kvality výrobkov a služieb musia byť zabudované aj limitujúce podmienky zahrňujúce kvalitatívnu stránku všetkých činností zúčastnených pri zabezpečovaní ľudských potrieb, želaní a záujmov. Manažérstvo kvality je postoj, filozofia, nepretržitý proces zdôrazňujúci osobnú zodpovednosť pracovníkov snažiacich sa o kontinuálne zlepšovanie. Je to stratégia zariadenia sociálnych služieb, ktorá do centra pozornosti všetkých jej činností stavia spokojnosť prijímateľa sociálnych služieb. Jej cieľom je kontinuálne skvalitňovanie organizácie pre prijímateľov, zamestnancov, zriaďovateľov i partnerov. Spája v sebe pokles nákladov na odstraňovanie následkov chýb, zlepšenie služby prijímateľom, racionalizuje vnútorné procesy, zvyšuje flexibilitu organizácie, čím

posilňuje jej pozíciu na národnej i medzinárodnej úrovni. Manažment kvality služieb v zariadeniach sociálnych služieb začína u prijímateľov sociálnych služieb. Ak sú spokojní, alebo ak majú pocit, že službou sú uspokojované ich potreby, vtedy sa kvalita služieb môže stať mocným nástrojom marketingovej výbroje zariadenia sociálnych služieb. Na kvalitu sa v tomto prípade musíme pozerať ako na trvalé prispôbovanie sa požiadavkám prijímateľov sociálnych služieb. Nedostatky v náhľade na kvalitu pravdepodobne vzniknú, keď existuje významný rozdiel medzi tým, čo prijímatelia sociálnych služieb očakávajú a tým, čo sa domnievajú, že dostali. Ak existujú tieto rozdiely, vedú k nespokojnosti prijímateľov sociálnych služieb. Vyhnúť sa im znamená analyzovať permanentne požiadavky a očakávania prijímateľov sociálnych služieb.

## 10 KONCEPT RELIGIÓZNO-FILANTROPOLOGICKÉHO PONÍMANIA SOCIÁLNEJ PRÁCE

Každý vedný odbor, teda aj sociálna práca má svoju históriu. Priebeh historického vývoja sociálnej práce nebol vo všetkých jej etapách rovnaký. Sociálna práca sa formovala postupne. Dlhé obdobie sa uplatňovala najmä jej nevedomeľá podoba, až neskôr v dôsledku pribúdania sociálnych problémov a zvyšovania počtu sociálne odkázaných si začala organizovať a vytvárať svoje praktické pole pôsobnosti.

Sociálna práca ako taká sa formovala postupne, od rodového paterializmu cez individuálnu filantropickú a charitatívnu činnosť organizovanú cirkvou. Jej základom bola kresťanská láska. Tu môžeme vybatáť prvok sociálnej práce, ktorý poukazuje na vzťah človeka k človeku založený na láske k bližnému. Preto začiatky sociálnej práce v jej náhodnej nevedomelej forme nachádzame predovšetkým v spojení s kresťanstvom, ktoré prinieslo myšlienky lásky a pomoci bližnému prostredníctvom starostlivosti o chorých, otrokov, starých, opustených, vdov, sirôt, a pod. Táto činnosť mala vo svojich začiatkoch charakter individuálnej, neorganizovanej pomoci, prerástla však až do jedného zo základných princípov kresťanstva: „Miluj bližneho svojho, ako seba samého“ (Mt 22, 39).

### 10.1 Sociálna práca ako forma praktickej sociálnej pomoci

Približne od 9. storočia sa začala nová etapa sociálnej práce, keď z náhodnej, neorganizovanej charitatívnej činnosti vznikla *organizovaná forma praktickej sociálnej pomoci*. Spočiatku to bolo ako pri neorganizovanej činnosti vzniku kláštorov a cirkevných spoločenstiev, ktoré poskytovali pomoc cudzincom, pocestným, obetiam vojen, hladomoru, epidémií a pod. Zároveň sa rozvíjali snahy o poskytovanie výchovno-vzdelávacích činností, hlavne pre

siroty a deti z chudobných rodín. Pôvodne sa pomoc poskytovala ako jednotná sociálno-zdravotná forma pomoci namierená na základné životné oblasti (biologické, sociálne i duchovné potreby). Už v najstarších dejinách bola pomoc súčasťou bežného života. Pravdepodobne sa vyskytovala v súvislosti s niektorou z foriem akútneho ohrozenia, ako boli choroba, agresia, odstránenie hladu či zimy. Postupne počet odberateľov pomoci stúpal, prvé individuálne pomáhajúce prestávalo spĺňať požadujúcu úroveň, pomoc sa začala organizovať a začali sa formovať inštitúcie zaoberajúce sa realizáciou pomoci (Tokárová, et al. 2002).

Medzi prvé organizované inštitúcie orientované na poskytovanie pomoci patrili špitály. Tie vo svojich začiatkoch boli určené ľuďom, ktorí sa pre svoje postihnutie nemohli živiť ani žobraním. Poskytovali im stravu, ošatenie, v prípade choroby ošetrovanie a postarali sa i o duchovnú útechu. Zo začiatku vznikali špitály z podnetu cirkví, neskôr prebrali nad nimi dohľad mestské vrchnosti a sociálna starostlivosť bola poskytovaná prostredníctvom kostolov, kláštorov, rádov (johaniti, templári, rád nemeckých rytierov) a zámožných jednotlivcov (Levická, et al. 2007). Štát, mestá a obce začali, ako uvádzajú autori P. Laca a S. Laca (2017) postupne budovať z vlastnej iniciatívy sirotince, útulky a mestské nemocnice.

K vývoju organizovanej praktickej sociálnej práce začalo dochádzať postupne od samotného zakladania rádov, kláštorov, až po samotné vydávanie štátnych zákonov a nariadení. Autorka Levická (2007) uvádza, že vývoj organizovanej sociálnej práce sa neuskutočňoval z hľadiska jej jednotlivých zameraní súčasne, ale na základe danej potreby pomoci, ktorá bola v jednotlivých historických medzníkoch aktuálna vzhľadom k daným problémom doby.

Na území Európy bola niekoľko storočí sociálna pomoc výhradne doménou cirkvi. Tá sa opierala o slová Svätého písma, cez ktoré

vyzýva Boh láske k blížnemu, *hladných budeš kŕmiť, smädných napájať, nahých odievať, pocestných sa ujímať, väzňov vykupovať, chorých navštevovať, mŕtvych pochovávať.*“ (Lv 19,18). Tieto slová, dané posolstvo sa stalo konkrétnou výzvou k aktívnej kresťanskej činnosti. Učenie cirkvi tak poskytlo základy, ktoré pomáhali rozvíjať pomoc a sociálnu starostlivosť. Cirkev sa angažovala hlavne v starostlivosti o chorých, opustených, siroty a otrokov. So vznikom cirkevných spoločenstiev ako uvádzajú Schavel, Oláh, Derevjaniková (2006) sa rozšírila činnosť opatrovateľstva a ošetrovateľstva pre siroty, vdovy, odsúdených a prenasledovaných. Zároveň bola poskytovaná starostlivosť o núdznych, väzňov a vyhnanco, zomrelých, pútnikov a blížnych v neočakávanom nešťastí, a v neposlednom rade aj o manželstvá a rodiny.

Významným medzníkom bol v tomto období Milánsky edikt vydaný v roku 313, na základe ktorého mohla kresťanská charita pomáhať verejne. Postupne sa budovali prvé kláštory, zvláštne ústavy ako dôsledok stále väčšieho počtu núdznych. Išlo napríklad o Dom pre mrzákov, ktorý bol založený Zocitusom v roku 330-337, útulok pre slepcov v Cesarei, o ktorom sú prvé záznamy z roku 358, v 3.-4. stor. zriadil sv. Pachomius pri svojej pustovni na ostrove Tabenna ošetrovňu pre chorých, Basilius Veľký z Cesarei založil v 4. storočí útočisko pre chorých v Kapadócií, v Paríži vznikla v roku 651 nemocnica Hôtel de Dieu, v 12. storočí začala činnosť maltézskeho rytierov, v roku 1198 bola schválená rehoľa trinitárov, ktorí vykupovali zajatcov (Oláh, Schavel, Ondrušová, 2008). Významným krokom v ďalšom období bolo prevzatie zodpovednosti štátom, mestami a obcami, ktoré začali postupne budovať nemocnice, útulky, sirotince. V 16. a 17. storočí došlo k významnému rozvoju v sociálnej oblasti.

K najvýznamnejšiemu progresu však došlo v 18. a 19. storočí, na čom mala významný podiel aj francúzska revolúcia v roku 1789,

keď v Paríži došlo k vydaniu Deklarácie ľudských práv a občianskych práv. Zmena chápania sociálnej práce ako charity prišla s priemyselnou revolúciou, keď pribúdali sociálne problémy a rástla potreba ich riešenia. Sociálna práca začala byť chápaná ako veda, ktorá dokáže riešiť rôzne sociálne problémy. Treba však poznamenať, že celkový vývoj organizovanej sociálnej práce bol aj z územného hľadiska rôznorodý. K spresneniu prierezu vývoja praktickej sociálnej práce vymenúvame iba niektoré oblasti sociálnej starostlivosti, ktoré riešili sociálne problémy. Sociálna starostlivosť sa poskytovala v oblastiach:

- starostlivosť o zdravotne postihnutých
- starostlivosť o chorých a umierajúcich
- starostlivosť penitenciárna a postpenitenciárna
- starostlivosť o pracujúcich, aj nezamestnaných
- starostlivosť o deti, mládež a rodinu
- starostlivosť o utečencov.

## **10.2 Sociálna práca a jej religiózno-filantropické ponímanie**

Historická genéza sociálnej práce sa odvíja od rôznych filantropických a charitatívnych organizácií. V dejinách sociálnej práce vidieť jednotlivé prvky ako reakcie súdržnosti ľudskej spoločnosti, konkrétne vo vzťahu človeka k človeku, spolupatričnosti, porozumeniu, solidarity a spoluzodpovednosti aj za tých, čo majú nejaký sociálny problém.

V historickom kontexte môžeme sledovať ako hodnoty, normy, ale aj myslenie jednotlivcov v spoločnosti vedú človeka k formovaniu sociálneho správania a k formovaniu sociálneho citenia. Už v starozákonnej dobe je zrejmé, ako prikázania vedú človeka k poslušnosti voči Bohu, nabádajú ho k úcte k rodičom, úcte k príbuzným a blíznym, z čoho pramení aj vzájomná pomoc v núdzi.



Základným princípom sa vo veľkej miere stala kresťanská láska a povinnosť pomáhať blížnemu. Preto má sociálna práca svoje korene v religiozite a filantropologickom ponímaní jednotlivých etáp svojho rozvoja, o čom nasvedčuje jej autentickosť a humánnosť k ľudskému jedincovi. Humánnosť a dôstojnosť je absolútna hodnota človeka, ktorú charakterizujeme ako rozumovú prirodzenosť a z nej prameniacu personalitu. Prejavuje sa hlavne v slobode a zodpovednosti tak, ako nutný predpoklad osobných vzťahov či ľudskej humánnej vzťahovosti nielen k sebe samému, ale aj k spoločnosti. Koncept religiózno-filantropologického ponímania sociálnej práce berie v prvom rade do úvahy akcent človeka, ktorý je bio-psycho-sociálno-spirituálna a kultúrne naplnená bytosť.

Človeku ako bytosti a jeho správaniu dáva sociálna práca zmysel, teda istú motiváciu. Aj preto možno povedať, že motivácia podmienená ľudskou religiozitou tento zmysel ešte prehľbuje. Správanie človeka k človeku prestáva byť egoisticky orientované na seba samého, stáva sa altruistickým, prosociálnym nasmerovaným k Bohu, na čo poukazuje *spiritualita a religiozita* jedinca.

Termín *spiritualita* sa v posledných rokoch frekventovane vyskytuje tak v laickej verejnosti, ako aj v rôznych odborných publikáciách. Pokúsiť sa o samotnú definíciu pojmu *spiritualita* je častokrát veľmi náročné a mnoho autorov ju chápe v rôznom kontexte. Je veľmi ťažké podať striktnú definíciu spirituality a religiozity. *Spiritualita* bola pôvodne teologickým pojmom vyjadrujúcim vzťah človeka k Bohu. Dnes je jej význam zmenený a používa sa pre opis náboženských i nenáboženských zážitkov človeka (Kubicová, 2011). Asociácia Aservic uvádza definíciu spirituality v dokumente nazvanom *White paper* ako vrodenuú schopnosť a sklon, ktorý je jedinečný pre každú osobu (Laca, 2016). Táto tendencia posúva človeka k poznaniu, láske, zmyslu, nádeji, transcencii, sunáležitosti a celistvosti. *Spiritualita* je pestovanie citlivosti

k duchovným hodnotám, často sa chápe ako synonymum duchovného života vôbec. Väčšinou ide o prežívanie a vyjadrovanie vzťahu k Bohu vo vnútri určitého štruktúrovaného náboženstva alebo náboženského hnutia. Je to osobná náboženská skúsenosť a jej uskutočňovanie v živote. Spiritualita ako uvádza Haškovcová (2007) nie je však podmienená zvyčajným členstvom v cirkvi a súhlasom s existenciou Boha. Je to cesta za cieľom zdôrazňuje Prokop (2006), ktorý človeka presahuje a uskutočňuje sa v jeho hodnotovom postoji. Nie je to nejaký pravidelný čiastkový súbor presvedčení alebo praktických krokov, nie je tematicky ohraničený a akosi osamotený, ale ako uvádza Křivohlavý (2006) je integrálnou stránkou každodenného života. Spiritualita ukazuje človeku, že ľudia nie sú len fyzická tela, ktoré potrebujú ošetrovateľskú, lekársku, pedagogickú alebo sociálnu starostlivosť. Ľudia zistili, že im významne pomáha zapojenie mysle a ducha udržovať zdravie, bojovať s chorobami, traumami a životnými sociálnymi zmenami (Čermák, 2011). Spiritualita zvykne byť opisovaná podľa Ivanovej a kol. autorov (2005) v dvojdimenzionálnom význame, ako dimenzia *vertikálna* vo vzťahu k Bohu a k transcendentnu, a tiež ako dimenzia *horizontálna* vo vzťahu k sebe samému, ostatným, spoločnosti a k prostrediu, ktoré človeka obklopuje

Termín *religiozita* alebo *náboženskost'* predstavuje spôsob realizácie náboženstva v určitom konaní a postojoch ako súborov vlastností a prejavov osobnosti súvisiacich s náboženskou vierou jednotlivca. Religiozita tak odpovedá na spôsob, uvádza Kováčiková (2000), ako človek prežíva náboženstvo (*náboženské vedomie*), a tiež na otázku, ako takéto prežívanie ovplyvňuje jeho konanie v rôznych situáciách (*náboženské správanie*). Autor Strieženec (2001, s. 39) definuje religiozitu ako „*osobný a kladný vzťah človeka k náboženstvu (Bohu), zahrňujúci komplex javov, najmä rôzne formy myslenia (dimenzia skutkov - náboženské presvedčenie), prežívania*

(náboženské city) a konania (kult, aktivita zameraná na náboženské spoločenstvá).“ Religiozita zahrňuje postoj k náboženským obsahom, ktorý sa prejavuje v individuálnom hodnotovom systéme.

Dnes sa religiozita popisuje často ako formálne štruktúrovaná a spája sa s náboženskými inštitúciami, predpísanou vieroukou a rituálmi. V našej kultúre súvisí najčastejšie s vierou v Boha, Ježiša Krista. Religiozita ako taká si kladie otázky o vzniku sveta, zmysle existencie človeka a zaujíma sa o hodnotové preferencie v konkrétnej činnosti alebo situácii. Práve to pomáha pochopiť, akým spôsobom vplyva náboženstvo na myslenie a spôsob života človeka. Možnože z tohto dôvodu uvádza Kováčiková (2000), že je potrebné dôsledné zameranie sa na neformálne prejavy religiozity, ktoré pomáhajú pochopiť skutočný zmysel náboženstva pre človeka, ktoré je späté s rozvojom sociálnej práce. Na tomto mieste je môžeme poznamenať, že sociálnu prácu poznačilo kresťanské učenie cirkvi, ktoré je založené na demokratických princípoch a na rešpektovaní rovnosti, hodnôt a dôstojnosti ľudských práv a sociálnej spravodlivosti všetkých ľudí. Vzťah pomoci voči druhým ľuďom, napríklad chudobným, chorým či núdzným sa v myslení ľudí začal intenzívne rozvíjať spolu s kresťanským učením o láske k blížnemu - „milovať budeš svojho blížneho ako seba samého“ (Mk 12, 32) a o pomoci druhým. Častokrát to bola aj povinnosť spoločnosti postarať sa o ľudí v núdzi, aby sa riešili niektoré spoločenské problémy v súvislosti s chudobou (Ondrušová a kol., 2009).

V náboženskom chápaní je dôstojnosť človeka ako Bohom stvorenej bytosti určená Jeho podobnosťou. V rovine prirodzeného poznania filozofického diskurzu sa dôstojnosť človeka odvíja od jeho charakteru ako rozumnej a slobodnej bytosti, ktorá je sama sebe pánom. V náboženskej rovine je zvyčajne odkazom na určitú podobnosť človeka s Bohom. Oba tieto prístupy sú kompatibilné. Dôraz na ľudskú dôstojnosť v kontexte praktického sociálneho

života a usporiadania spoločnosti sú potrebné na rozvoj ľudského potenciálu (Machula, In: Matoušek et al., 2003),

Súvisí to najmä s kresťanstvom, ktorého vyznávači sa starali najmä o chorých, siroty, vekom pokročilých a opustených, slabomyseľných či otrokov, ktorí boli v tej dobe samozrejmosťou. Náhodná neuvedomelá forma poskytovania pomoci a služieb mala spočiatku charakter individuálnej a neorganizovanej starostlivosti. V knihe Starého zákona, ktorej napísanie historici datujú približne od 9. až do 2. stor. pnl., nachádzame spojitosť s poskytovaním pomoci bližným, a to v základných prikázaniach: „*Milovať budeš svojho blížneho, ako seba samého*“ (Lv 19, 18), podobne je to aj v skutkoch telesného milosrdenstva, kde sa uvádza sedem skutkov dotýkajich sa pomoci:

- „hladných kŕmiť;
- smädných napájať;
- nahých odievať;
- pocestných sa ujať;
- väzňov vykupovať;
- chorých navštevovať;
- mŕtvych pochovávať“ (Sväté písmo, 2001).

Je zrejmé, že samotné skutky telesného milosrdenstva, prikázania, či rôzne zákony mali veľkú silu (pôsobnosť) v období prvého kresťanstva, od čias Mojžiša a dochovali sa až po súčasnosť. Kresťanstvo je teda vo veľkej miere založené na morálnych zákonoch a solidarite. Z toho vyplýva, že tam, kde sa rodina nedokázala postarať o svojich členov, prevzala túto úlohu cirkev. Kresťanské učenie sa šírilo po celom svete, preto uvádzame aj niektoré náboženstvá, ktoré podobne ako kresťanstvo vyznávajú pomoc bližným. Sú to napríklad: *Budhizmus*, ktorého učenie sa opiera o schopnosť cítiť a súcitiť so všetkými živými tvormi;

*Judaizmus*, pre ktorý sú typické pramene židovského náboženstva, tvoria ho knihy Starého zákona, Tóra a neskôr Talmud. Život Žida je riadený predovšetkým prikázaním lásky k bližným, z čoho vychádza aj kresťanské učenie (Matoušek, 2011).

Základ kresťanského učenia položil Ježiš Kristus svojím životom, smrťou a slávnym zmŕtvychvstaním. Po svojom vzkriesení založil Cirkev, ktorá už od začiatku pomáhala chorým, biednym, núdnym, opusteným a atď.. V rámci kresťanského učenia sa názory prvých kresťanov rozvíjali v tzv. Jeruzalemskom spoločenstve, o ktorom píše sv. apoštol Pavol v Skutkoch apoštolov: „*Veriaci ostávali pospolu a všetky veci mali spoločné. Predávali svoje pozemky a majetky a získané peniaze kládli k nohám apoštolov, ktorí ich rozdeľovali medzi všetkých, kto ako potreboval. Po domoch lámali chlieb a s radosťou a úprimným srdcom prijímali pokrm*“ (Sk 2, 44-46, s. 313). Svätý Pavol píše ďalej v liste Efezanom: „*Pracuj poctivo vlastnými rukami, pracuj viac a znásob svoje snaženie a vyprodukuješ viac, aby si mohol konať dobro a viac rozdávať tým, ktorí trpia núdzou a ktorí to najviac potrebujú*“ (Ef 4, 28). O význame, ktorý apoštol prikladali sociálnej starostlivosti – najmä o vdovy, ktoré smrťou svojich mužov prišli o zdroj výživy, svedčí skutočnosť, že už v prvopočiatkoch si apoštol zvolili priamo na výkon tohto *sociálneho účelu* pomocníkov, teda *diakonov* (Sk 6, 2-6). K dejinám kresťanstva sa teda viaže i sociálny rozmer. Vzťah k chudobným a núdnym prerástol postupne do systematickej charitatívnej činnosti, ktorá nadobudla v očiach kresťanov posvätný charakter.

Z antických mysliteľov, ktorí sa zaoberali sociálnymi otázkami je potrebné spomenúť najmä Platóna, ktorý vo svojom diele Ústava načrtnol víziu sociálnych myšlienok. Platón vo svojom diele vyjadril sklamanie nad spoluobčanmi a navrhol ideálnu spoločnosť založenú na cnosti, t. j. spravodlivosti. Podľa neho musí byť každý človek

sebestačný, musí vedieť vzdorovať nepriazni osudu a nedožadovať sa súcitu ostatných.

Platónov žiak Aristoteles prevzal veľa z učenia svojho predchodcu, uvádza Tokárová (2002). Priniesol nové sociálne myšlienky, lebo vychádzal viac z empirie a vlastných poznatkov, ako z predstavovaného ideálu. Nevytváral projekt dokonalého štátu, ale hľadal dobro a účel vo vtedajších inštitúciách. Za dobré považoval také usporiadanie spoločnosti, ktoré prihliada k špecifickosti, povahe a podmienkam daného národa. Za dobré považoval tie Ústavy, kde vládcovia nesledujú len svoj prospech, ale všeobecné blaho. Chudobný, chorý či osudom skúšaný človek môže byť blažený, ako i cnostný

Ku kresťanskému sociálnemu učeniu patria postoje významných cirkevných otcov žijúcich v období raného stredoveku. Sú to postoje sv. Augustína, sv. Bazila Veľkého, sv. Ambróza, sv. Chryzostoma, sv. Gregora Veľkého, sv. Alberta Veľkého a ďalších. Do kresťanského sociálneho učenia patria aj postoje predstaviteľa školy scholastikov sv. T. Akvinského, ktorý ich uvádza vo svojom rozsiahlom diele *Summa theologiae*. V ňom dokázal spojiť a zharmonizovať aristotelovskú filozofiu s kresťanskou teológiou.

K ďalšiemu vývoju a prieniku postojov kresťanského sociálneho učenia patria stanoviska kresťanských utopických socialistov. Významné miesto medzi nimi zaujíma sv. T. Morus, taliansky kňaz T. Campanella, rôzni francúzski myslitelia, z nich uvádzame len niektorých, ako napr.: J. Meslier, G. B. de Mably, Morelly, Saint Simon a K. Fourier. Všetci títo kresťanskí utopickí socialisti vo svojich dielach vychádzali z teórie „*Svätého experimentu*“ a na jeho základe sa pokúšali vybudovať novú, spravodlivejšiu spoločnosť, ktorá odstráni vykorisťovanie človeka človekom.

Z pohľadu kresťanského učenia môžeme považovať rok 1894 za veľký medzník vzniku religiózneho ponímania sociálnej práce, ktorý

trvá až po dnešok. V záujme prehľadnosti možno toto obdobie uvádza S. Laca (2016) rozdeliť na štyri časti.

Do *prvej vývojovej časti* môžeme zahrnúť obdobie od roku 1891 do roku 1931, v ktorom pápež Lev XIII. vydal prvú sociálnu encykliku *Rerum novarum (O nových veciach)* a položil tak základ pre vznik katolíckej sociálnej náuky ako vedy. Za kľúčový problém, ktorý rieši táto encyklika sa považuje odporúčaný spôsob riešenia tzv. „robotníckej otázky“, ktorou sa zaoberá sociálna práca.

*Druhá časť vývoja* náhľadov katolíckej sociálnej náuky zahŕňa obdobie od roku 1931 do roku 1961, keď bola pápežom Piusom XI. vydaná druhá sociálna encyklika *Quadragesimo anno (Štyridsiate výročie)*. Celé ťažisko encykliky spočíva v kritickej analýze neznesiteľnej biedy a v ťažkom sociálnom postavení, v ktorom sa ocitli pracujúci celého sveta v podmienkach veľkej svetovej hospodárskej krízy v období rokov 1929-1934.

*Tretia časť vývoja* náhľadov katolíckej sociálnej náuky zahŕňa obdobie od roku 1961 až do roku 1981. V tomto koncilovom období vydal pápež Ján XXIII. encykliku *Mater et Magistra (Matka a učiteľka)* a následne vydal v roku 1963 encykliku *Pacem in terris (Mier na zemi)*. V sociálnej encyklike *Mater et Magistra* zdôrazňuje, že v súčasnej dobe sa musí nielen katolícka sociálna náuka, ale aj kresťanské sociálne učenie dôslednejšie zaoberať sociálnou otázkou, ktorá bola v minulosti zameraná výlučne na robotnícku triedu. Život ukázal, že v súčasnej dobe ju treba rozšíriť na všetky spoločenské vrstvy, národy a medzinárodné spoločenstvá, lebo nadobudla celosvetový charakter.

V roku 1967 vydal pápež Pavol VI. významnú sociálnu encykliku *Populorum progressio (O rozvoji národov)*, v ktorej opisuje, že sociálna otázka ľudstva nadobudla celosvetový charakter. Konštatuje, že Katolícka cirkev sa musí v súčasnej dobe vážne zaoberať aj medzinárodnými sociálnymi problémami, lebo sociálne

konflikty nadobudli celosvetové rozmery a hrozia katastrofálnymi dôsledkami pre celé ľudstvo na svete bez rozdielu pohlavia, národnosti či vierovyznania.

Posledné *štvrté vývojové obdobie* katolíckej sociálnej náuky zahŕňa dobu od roku 1981 až po súčasné obdobie, ktoré je bohaté na významné svetové udalosti a nové sociálne problémy, ktoré skúma sociálna práca. V tomto období vydal pápež svätý Ján Pavol II. tri sociálne encykliky *Laborem exercens* (Encyklika o ľudskej práci), *Sollicitudo rei socialis* (Encyklika o starosti cirkvi o sociálne otázky), *Centesimus annus* (Encyklika o hospodárstve, štáte a pravidlách), v ktorých novým spôsobom formuluje kľúčové úlohy katolíckej sociálnej náuky.

V roku 1981 vydal pápež sv. Ján Pavol II. svoju prvú sociálnu encykliku *Laborem exercens* (O ľudskej práci). V tejto encyklike sa pápež zameril na charakter živej ľudskej práce, ktorá v katolíckej sociálnej náuke cirkvi zaujíma ústredné postavenie a je kľúčom na riešenie všetkých sociálnych otázok ľudskej spoločnosti.

V roku 1987 vydal pápež sv. Ján Pavol II. ďalšiu sociálnu encykliku *Sollicitudo rei socialis* (Starostlivosť o sociálne otázky). Pápež v nej venuje mimoriadnu pozornosť hospodárskej a sociálnej zaostalosti krajín tretieho sveta. Ďalej zdôrazňuje, že nemožno prehliadať tragickú skutočnosť, že zatiaľ čo väčšina ich obyvateľov žije v neznesiteľnej biede, privilegovaná domáca šľachta žije v nepredstaviteľnom blahobyte a prehnanom konzumizme.

Tretia encyklika pápeža sv. Jána Pavla II. *Centesimus annus* (Stý rok) bola vydaná v roku 1991 z príležitosti stého výročia vydania prvej sociálnej encykliky pápeža Leva XIII. *Rerum novarum*. Táto encyklika poukazuje na príčiny rozpadu socialistického systému a charakterizuje kľúčové problémy, ktoré musia postkomunistické krajiny riešiť. Zdôrazňuje, že tieto krajiny po odstránení „reálneho socializmu“ musia venovať pozornosť spravodlivému riešeniu



rôznych sociálno-ekonomických problémov. Musia dôsledne dodržiavať základné ľudské práva, právo na život, právo žiť v usporiadanej rodine, právo slobodne zakladať rodinu a vychovávať svoje deti, ako aj právo na prácu, sociálne a zdravotné zabezpečenie, na podporu v zamestnanosti, právo na vzdelanie, ale aj právo na dôsledné dodržiavanie morálnych hodnôt, podnikateľskej etiky, aj právo na slobodu, pravdu, spravodlivosť, toleranciu, vzájomnú úctu, pravdovravnosť, spoľahlivosť, svedomitosť k práci a iné.

Sociálna encyklika pápeža Benedikta XVI. *Caritas in veritate* (*Láska v pravde*) bola vydaná v roku 2009 a nezaobera sa iba náboženskými témami v úzkom slova zmysle orientovanými do vnútra cirkvi. Je obrátená k svetu a k spoločnosti. Zaoberá sa základnými problémami, ktoré dnes sužujú celý svet. Takto vytvára úžasný most medzi vierou, učením cirkvi a svetom. Nie je len sociálnou encyklikou. Je komplexnou globálnou analýzou dnešnej situácie vo svete, vo všetkých oblastiach ľudskej činnosti vo svetle princípov lásky a pravdy. Obsah celej encykliky nie je nejakou negatívnou kritikou hlbokých tieňov celosvetovej bezvýchodiskovej situácie, s ktorou si svetoví politici či vedci nevedia rady. Pápežova vízia je kritickým pohľadom na svet so všetkými jeho problémami, ale je pozitívna a plná dôvery.

Na základe uvedeného môžeme konštatovať, že sociálne učenie cirkvi je založené na *princípe spoločného dobra* – sociálna spravodlivosť je zameraná na všetkých; *princípe solidarity* – ľudia sú odkázaní jeden na druhého a zodpovední všetci za všetkých; *princípe subsidiarity (vzájomnej pomoci a podpory)* – verejná moc má pomáhať jednotlivcom a skupinám neschopným riešiť svoje problémy.

Celé kresťanské učenie sa neustále formuje ako sociálna pomoc ľudom na základe viery, nádeje a lásky. Otázka osobných postojov a názorov na vieru v Boha otvára priestor na vlastnú religióznu

identifikáciu, a tiež na možnosti pre objektívne sebahodnotenie a sebareflexiu, ktorá sa v ambivalentnej forme vzťahuje na filantropiu v sociálnej oblasti. Sociálna a charitatívna služba Cirkvi sa zakladá na filantropii, ktorú M. Gerka (2007) rozlišuje vo svetskom ponímaní - definuje ju ako vzťah či súhrn činností v prospech tých, ktorí sú v núdzi a v kresťanskom kontexte, kde základom filantropie je Kristovo Evanjelium. Filantrop sa riadi už vyššie uvedeným prikázáním: „Miluj svojho bližneho ako seba samého“ a slovami svätého apoštola Pavla, ktorý píše v liste Rimanom: „*My, silní, povinní sme teda znášať slabosti nevládných, a nie v sebe mať záľubu. Každý z nás nech myslí na svojho bližneho (Rim 15, 1-2).*

Začiatky sociálnej práce sa viažu na pôsobenie kresťanstva (na podklade filantropie), ktoré kládlo dôraz na pomoc chudobným, chorým a opusteným. Filantropia (v ponímaní dobročinnosť) je súčasťou ľudských dejín, pretože vždy bolo potrebné niekomu vedome pomáhať a chrániť ho pred nespravodlivými podmienkami, alebo pred ťažkým životným údelom. Vznik filantropie môžeme umiestniť do doby prvého darovania bez predpokladaných výhod, čiže do čias zahalených vznikom prvých civilizácií. Vždy a všade však existovali dobrí a dobroprajní ľudia, ktorých skutky dobročinnosti zachytili aj prvé písané texty. Najviac týchto zmienok nájdeme v Starom, no najmä v Novom zákone, ale aj v prvých ságach a legendách. Vždy existovali ľudia, ktorí riešenie sociálnych problémov vedeli nielen pomenovať, ale aj riešiť, aj keď iba na súkromnej báze.

Filozofické a inštitucionalizované riešenia sociálnej otázky nastolili mnohí vynikajúci myslitelia staroveku. Filantropia tak dostala aj jedno zo svojich pomenovaní – altruizmus. S pojmom filantropia sa stretávame aj u významného rímskeho mysliteľa Senecu, ktorého tematiku spracovala autorka Tokárová (2002, s. 91), ktorá zdorazňuje, že „*vysvetľovanie cnosti, v ktorých spočíva blaženosť,*

*dostáva u Senecu filantropický rozmer, a zároveň sa kladie dôraz na altruizmus. Grécke slovo altruizmus pôvodne znamenalo milosť preukázanú helénskym kráľom, svojmu poddanému. Jedným z významov tohto slova bolo v období rímskeho cisárstva – sprejitné. V Senecovej dobe mala filantropia význam všeobecne preukazovaného dobra človekom vo vyššej spoločnosti.“*

Autorka Ottová (2006) chápe filantropiu ako aktívny prejav k druhým ľuďom, väčšinou ako označenie dobročinnnej činnosti prejavujúcej sa napr. formou darov. Význam pojmu filantropia môžeme chápať z pohľadu sociálnej práce viacerými spôsobmi. Buď ako dobrovoľnícku aktivitu bez očakávania protihodnoty, ako lásku k človeku, ľudstvu, obyčajne prejavovanú snahou o zvýšenie verejného blaha, a to osobnými dobročinnými skutkami alebo finančnou podporou nejakej oblasti.

Filantropiu môžeme tiež vnímať ako akúkoľvek snahu zmierniť ľudskú biedu a utrpenie, pokus o zlepšenie kvality života, pomoc pri udržaní istých hodnôt. Ďalej ju môžeme chápať ako súhrn správania a činností smerujúcich k vedomej potrebe tretích osôb, za účelom dosiahnutia vyššej kvality života. Filantropiu vnímame aj ako organizovanú pomoc s charakterom trvalého procesu, identifikujúceho a liečiaceho najboľavejšie miesta spoločenského života. Filantropia je historicky aktívne viazaná viac na bohatších členov spoločnosti, predpokladá isté rozšírenie individuálneho darcovstva. Ak vsadíme toto tvrdenie do dnešného kontextu, môžeme konštatovať, že poskytovanie väčších darov v spoločnosti nenarástlo zatiaľ do takej miery, aby sa stalo predmetom širšej spoločenskej reflexie.

**Záver.** Koncept religiózno-filantropologického ponímania sociálnej práce pojednáva o religióznej a filantropologickej motivácii rozvoja podpory, pomoci a starostlivosti o ľudského jedinca v spoločnosti. Identita kresťansky motivovanej sociálnej práce môže byť chápaná

podobne rozsiahlo, od nevinného altruizmu cez úmysel zastierať ponúkanými sociálnymi službami cirkevné či misionárske praktiky, až po vnímanie charity. Považujeme preto za potrebné zdôrazniť, že uvedený kontext postojov kresťanského sociálneho učenia, ale aj osobitného vývoja stanovísk katolíckej sociálnej náuky Cirkvi predstavuje zdroj a vytvára predpoklad pre vznik a vývoj novej kresťanskej sociálnej práce, ktorá sa v jednotlivých formách zaoberá rozmanitými ľudskými vzťahmi v celej ich komplexnosti, a to vo vzťahu k sebe samému, k osobnej hodnotovej orientácii, a rovnako tak i k sociálnemu prostrediu, pričom má na zreteli religiózno-filantropologické chápanie.

Úlohou kresťanskej sociálnej práce je umožniť všetkým ľuďom bez rozdielu rozvoj psychických, duchovných, fyzických i sociálnych možností, ktoré umožnia viesť jednotlivcovi naplnený život. Kresťanská sociálna práca tvorí vzájomne prepojený systém hodnôt teórie a praxe, ktorý vychádza z myšlienok filantropie, humanizmu a demokracie. Preto sú jej hodnotami úcta, rovnosť a dôstojnosť všetkých ľudí. Kresťanská sociálna práca využíva rozličné schopnosti, činnosti a postupy zamerané na človeka a jeho prostredie, ktoré vychádzajú z religiózno-filantropologického ponímania sociálnej práce.

## 11 VYBRANÉ PRÁVNE PROBLÉMY SÚČASNOSTI

Rozvraty manželstiev, ku ktorým došlo v dôsledku sociálnych pomerov koncom rímskej republiky, primäl cisára Augusta k rozsiahlemu reformnému zákonodarstvu. Ním prijaté zákony prikazovali vstúpiť do manželstva mužom od 25. do 60 roku veku a ženám od 20. do 50 roku veku s výnimkou, že už porodili, alebo splodili aspoň tri deti. Ovdovelí a rozvedení museli v zmysle cisárovho nariadenia uzavrieť nové manželstvo. Kto príkaz zákona neuposlúchol a bol slobodný alebo bezdetný, bol stíhaný rôznymi ujмами (najmä v dedičskom práve), naopak, tomu, kto zákon poslúchol, vyplývali rôzne výhody (napr. získanie statusu rímskeho občana).

### 11.1 Profesionálne náhradné rodičovstvo a niektoré právne rozpory

Po roku 1992 prešla naša legislatíva viacerými zásadnými zmenami, ktoré sa dotkli základných odvetví práva. Zákomom č. 460/1992 Z.z. v znení neskorších noviel bol prijatý najvyšší hierarchický zákon a to Ústava Slovenskej republiky.

Rozpad Československa v roku 1992 znamenal teda nielen vytvorenie dvoch samostatných republík, ale po 47 rokoch aj postupnú zmenu právneho prostredia a povedomia obyvateľov Slovenskej republiky.

Ďalším významným aspektom, ktorý zásadným spôsobom ovplyvnil naše právne prostredie bol vstup Slovenskej republiky do Európskej únie v máji 2004. Je prirodzené, že tieto zmeny právneho prostredia sa úzko dotkli základných odvetví práva, rodinné právo nevynímajúc. Manželstvo, rodina a spoločnosť sú spolu zviazané mnohorakými väzbami, vzájomne sa ovplyvňujú, plnia voči sebe celý rad funkcií. Je preto pochopiteľné, že zmeny v spoločnosti sa premietnu aj do života rodiny. Úlohou práva bolo a je vytvoriť právny základ pre ne. So

zreťom na rodinu vyvstáva pred zákonodarcom otázka, do akej miery a v akom rozsahu má zasiahnuť do oblasti výsostne ľudskej, intímnej sféry bytia. Manželstvo a rodina sú inštitúcie konzervatívne, sú v nich hlboko zakorenené tradície, hodnoty, mravné zásady, modely správania, ktoré sa prenášajú z generácie na generáciu. Právo však môže svojou úpravou tieto zmeny anticipovať. Zákon o rodine z roku 1949 zakotvil princíp rovnosti postavenia muža a ženy v manželstve, v rodine a vo verejnom živote, ako aj princíp rovnoprávneho postavenia všetkých detí bez ohľadu na to, či sa narodili v manželstve, alebo mimo neho. Tieto princípy sa od tej doby stali základom našich rodinných právnych úprav a sú zakotvené aj v teraz platnej Ústave SR. Naším cieľom je zamerať sa na skúsenosti, na sumarizáciu poznatkov z rozhovorov tak so sociálnymi kurátormi ako aj so záujemcami o získanie statusu profesionálneho rodiča zo stretnutí, ktorých som sa osobne zúčastnil a v neposlednom rade aj na právny aspekt.

Z neformálnych rozhovorov vyplynula základná myšlienka. Najmä v oblastiach Slovenska s vysokou mierou nezamestnanosti sa z profesionálneho rodičovstva stal biznis, obchod. „Na piatom poschodí sa nezamestnaní zaevidujú ako nezamestnaní a na druhom poschodí sa zaevidujú do evidencie záujemcov stať sa profesionálnymi rodičmi, čím by sa po splnení podmienok mohli dostať z evidencie nezamestnaných“, spomínali sociálni kurátori. Aj keď potencionálny záujemca prejde všetkými predpísanými prípravnými školeniami, to ešte neznamená, že je vhodným typom na výkon profesionálneho rodiča. Závety, odporúčania, zamestnancov úradov práce, ktorí vykonávajú prípravu adeptov nie sú povinní riaditelia detských domovov brať do úvahy a tak sa často stáva, že riaditeľ detského domova uzatvorí pracovnoprávny vzťah s záujemcami, absolventmi školení, ktorí nie sú pre výkon profesionálneho rodiča vhodní, z otca sa vyklúje alkoholik z matky

prostitútka a deti sa do mesiaca vracajú späť do domovov. Kto má právo výkonu kontroly v profesionálnej rodine, ktorá sa stará o zverené dieťa, deti? Logicky by som na túto otázku odpovedal: „no predsa zamestnanci útvarov sociálnych vecí na úradoch práce.“ To je však omyl! Sociálna kurátorka s dlhoročnou praxou mi spomínala prípad, keď na úrad práce, na odbor sociálnych vecí zavolali všímaví susedia a upozornili na rodičov, ktorí sa nestarajú o deti, tak biologické ako aj im zverené do osobnej starostlivosti. Keď sociálni kurátori chceli preveriť podanie v uvedenej rodine, boli majiteľmi domu, profesionálnymi rodičmi, vykázaní z pozemku rodinného domu s tým, že nemajú právo výkonu kontroly a ak neopustia pozemok privolajú na nich príslušníkov policajného zboru. Anomália, nepochopiteľné? Právo výkonu kontroly má totiž sociálny pracovník zo zariadenia, v ktorom deti boli umiestnené a ktoré má podpísanú pracovnú zmluvu s profesionálnymi rodičmi a nie sociálny kurátor z príslušného úradu práce! Pokladám z právneho hľadiska túto skutočnosť za absurdnú. Veď sociálni pracovníci v zmysle zákona č. 36/2005 Z.z., zákon o rodine v znení neskorších právnych predpisov zastupujú záujmy dieťaťa napríklad pri rozvodovom konaní rodičov. Kompetencie na úseku kuratívnej starostlivosti sú taxatívne vymedzené v zákone č. 305/2005 Z.z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Obidve zložky úzko spolupracujú napríklad s príslušníkmi policajného zboru, so súdmi, školami a pod. Je preto nepochopiteľné, že v takýchto prípadoch, kde tiež ide o záujmy dieťaťa, detí, ťahajú títo pracovníci za kratší koniec.

Upriamujeme pozornosť na iný právny problém, ktorý si vyžaduje okamžité riešenie. Dieťa je na základe podnetu úradu práce a po rozhodnutí príslušného súdu vyňaté z rodiny a umiestnené do detského zariadenia. V zmysle § 54 ods. 2, 5 Zákona o rodine okrem iných skutočností, **súd musí presne označiť zariadenie, do ktorého**

**má byť dieťa umiestnené.** Detský domov má svojho zriaďovateľa, svoje sídlo, presnú adresu, IČO, DIČ a iné náležitosti. V prípade uzatvorenia pracovnoprávneho vzťahu s profesionálnymi rodičmi a zverenia dieťaťa do ich starostlivosti, dieťa mení svoju adresu pobytu. A tu nastáva zásadný problém. Domnievam sa, že v prípade umiestnenia dieťaťa do profesionálnej rodiny by mal súd vydať nové rozhodnutie vo veci s tým, že v ňom uvedie nové, zásadné skutočnosti najmä presné nacionálne profesionálnych rodičov, presnú adresu bydliska, kde sa bude dieťa pôvodne umiestnené do detského zariadenia zdržiavať, kde bude žiť. Mám totiž za to, že pracovná zmluva, ktorú uzatvára riaditeľ detského domova s profesionálnym rodičom má nižšiu právnu silu ako rozhodnutie súdu vo veci samej. Veď dieťa pôvodne umiestnené do detského domova tam mohlo dostávať poštu od príbuzných, v určitých prípadoch sa mohlo stať aj účastníkom napríklad dedičského konania a v neposlednom rade, ak sa dieťaťu stala nejaká ujma, úraz a pod. táto udalosť sa stala v areáli detského domova, kde bolo dieťa súdnym rozhodnutím umiestnené. Kto ponese zodpovednosť po umiestnení dieťaťa do profesionálnej rodiny, na inej adrese, než znie pôvodné rozhodnutie súdu, ak sa dieťaťu stane nejaká ujma, úraz, nedajbože zahynie pri dopravnej nehode, kto nesie zodpovednosť, detský domov, profesionálni rodičia? Na akú adresu je doručovaná pošta dieťaťu, do zariadenia alebo na adresu trvalého bydliska profesionálnych rodičov? Sociálni pracovníci v zariadeniach nie sú povinní oznámiť súdu túto novú skutočnosť rozumej novú adresu pobytu dieťaťa. Niektorí to robia, niektorí nie.

Problém, ktorý podľa nášho názoru je potrebné riešiť prednostne, bezodkladne! Zo skúseností sociálnych pracovníkov, kurátorov je zrejmé, že súdy vo veciach napríklad umiestnenia detí či už do náhradnej starostlivosti alebo aj do detských domovov rozhodujú zdĺhavo aj keď Občiansky súdny poriadok hovorí niečo iné. Bolo by



potrebné na každom prvostupňovom súde vyčleniť okruh sudcov, ktorí by sa prednostne zaoberali problémami detí vo veci, t.j. podaniami úradov práce, podnetmi príslušníkov mestskej polície, príslušníkov policajného zboru či prostých ľudí, škôl, zdravotníckych zariadení, ktorí sú všímvaví k svojmu okoliu a nestrkajú hlavu do piesku. Bolo by veľmi zlé, ak by tento text vyznel negatívne v neprospech náhradnej rodinnej starostlivosti. Bolo by nepochopením, ak by po prečítaní tohto príspevku vznikol dojem, že všetkých náhradných profesionálnych rodičov „hádzem do jedného vreca“. Nie, práve naopak, vážim si náhradných rodičov, ktorí popri výchove svojich biologických detí, sa starajú bez rozdielu aj o deti z detských domovov, vytvárajú im to pravé, pohodové rodinné prostredie. V príspevku som však chcel upozorniť na prípady zneužívania tejto formy náhradnej rodinnej starostlivosti ako aj na problémy právneho charakteru, ktoré by mali legislatívci bezpodmienečne čo najskôr vyriešiť!

Je zrejmé a to vyplýva z viacerých podnetov, medializovaných prípadov, že by bolo potrebné vypracovať novú, ucelenú právnu normu, ktorá by upravovala explicitne náhradnú starostlivosť, vrátane postavenia profesionálnych rodičov so špecifikáciou ich práv a povinností. To si vyžaduje jednoznačne:

- posilniť poddimenzované stavy na úradoch práce absolventmi sociálnej práce vrátane úzkej spolupráce s pomáhajúcimi profesiami,
- v oblasti právnych noriem novelizovať príslušné, na seba nadväzujúce právne normy, akými sú napríklad zákonník práce, zákon o rodine, zákon o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele, občiansky zákonník, občiansky súdny poriadok a iné,
- v rámci prevencie podchytiť a pracovať s problémovými rodinami, v ktorých vyrastajú maloleté deti,
- sprísniť kritéria výberu vhodných kandidátov na výkon profesionálnych rodičov,

- zriadiť krížový systém výkonu kontroly v profesionálnych rodinách, t.j. nie len sociálnymi pracovníkmi z detských zariadení, ale aj zamestnancami z úseku kuratívnej starostlivosti úradov práce.
- nahradiť pojem „profesionálny rodič“ iným, vhodným, rodič určite nemôže byť profesionál! Právo musí byť vždy na strane tých najbezbrannejších, najmä detí!

## **11.2 Vianočný príspevok pre dôchodcov**

Vláda na konci roka 2017 opäť vyplatí časti penzistov spĺňajúcich zákonom určené podmienky vianočný príspevok.

**Kedy a ktorá vláda zaviedla tento typ príspevku?** Vianočný príspevok pre dôchodcov je vyplácaný na základe zákona NRSR č. 592/2006 Z.z. o poskytovaní vianočného príspevku. Zákon bol prijatý našim najvyšším zákonodarným orgánom dňa 24. októbra 2006. Tento typ príspevku pochádzajúci z dielne Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR vznikol ešte v čase, keď rezort riadila Ing. Viera Tomanová ako nominant strany Smer - sociálna demokracia v prvej vláde Roberta Fica. Myšlienkou príspevku je zadefinovať poberateľov dôchodku s nižším príjmom a následne ich nižší príjem na dôchodku kompenzovať príspevkom, ktorý im v čase Vianoc zabezpečí vyššiu životnú úroveň vzhľadom na vyššie výdavky v tomto období.

**Kedy a ako sa vypláca?** Príspevok je pridaný k sume štandardného dôchodku, ktorý dôchodca poberá v mesiaci december. Znamená to, že ak napríklad poberá dôchodok vždy v šiesty deň v mesiaci, tak 6.12.2017 mu bude vyplatený dôchodok navýšený o vianočný príspevok.

**Od čoho závisí výška vianočného príspevku?** Výška príspevku je závislá od sumy dôchodku, ktorý dôchodca už poberá. Čím menší dôchodok poberá, tým vyšší príspevok sa vypláca.

**Je určený všetkým seniorom alebo len vybraným?** Tento príspevok je určený pre tých dôchodcov, ktorí sú zadefinovaní ako “nizkoprijemní”. Znamená to, že ak dôchodca počas roka poberá vyšší dôchodok ako je štandardne, tak objem príspevku je nižší. Recipročne sa to da poňať tak, že ako náhle dôchodca poberá nízky dôchodok, tak ma nárok na maximálny objem vianočného príspevku. Vo všeobecnosti si ľudia mylne myslia, že vianočný príspevok sa týka výhradne starobných dôchodcov. Pravda je však taká, že **Vianočný príspevok bude poskytnutý:**

- poberateľovi dôchodku
- poberateľovi starobného dôchodku,
- poberateľovi predčasného starobného dôchodku,
- poberateľovi invalidného dôchodku,
- poberateľovi pozostalostného dôchodku,
- poberateľovi sociálneho dôchodku, ak: má nárok na výplatu dôchodku za december 2017, má bydlisko na území Slovenskej republiky a suma jeho dôchodkových príjmov za december 2017 je najviac 529,80 €.

Konkrétne v roku 2017 platí, že pokiaľ je suma dôchodku do 198,09 €, tak má dôchodca nárok na maximálny príspevok, t .j. 87,26 €. Táto suma alikvotne klesá až po 27,56 € ruka v ruke s tým, o koľko dôchodca poberá vyššiu sumu nad rámec 198,09 €. Spomínaných 27,56 € je vyplatených tomu dôchodcovi, ktorý poberá 529,80 €. Ak dôchodca presiahne tuto dôchodkovú čiastku, nemá nárok na vianočný príspevok, keďže nie je považovaný za nizkoprijemného.

Ak dôchodok alebo úhrn všetkých dôchodkov nepresahuje sumu 399,96 € mesačne, Sociálna poisťovňa ešte vyplatí v roku 2017 vianočný príspevok v sume zvýšenej o **jednorazové zvýšenie 12,74 eur**. Vianočný príspevok s jednorazovým zvýšením bude vyplatený maximálne vo výške 100 €.

**Ako oň možno požiadať?** O vianočný príspevok žiadať netreba. Je vyplácaný automaticky. Sociálna poisťovňa na základe sumy vyplácanej dôchodkovej dávky stanoví objem vianočného príspevku. Na webovej stránke Sociálnej poisťovne má každý dôchodca možnosť si vypočítať výšku príspevku, ktorý mu bude vyplatený rovnakým spôsobom ako dôchodok vo výplatnom termíne dôchodku v decembri 2016.

**Koľko stojí vianočný príspevok daňových poplatníkov?** Celkový úhrn vianočných príspevkov bude stáť daňových poplatníkov sumu presahujúcu 76,6 miliónov €. Poisťovňa by mala vyplatiť takmer 1,17 milióna príspevkov.

**Aké sú možnosti pravidelného sporenia si pre dôchodcov v súčasnosti?** Dôchodcovia majú možnosti z hľadiska investovania identické ako akíkoľvek iní občania. Dôležitým aspektom je však ich miera finančnej gramotnosti. Veľkú časť svojho života totiž títo ľudia prežili v čase socializmu, čím si nemali možnosť počas produktívneho života osvojiť fungovanie moderných a výnosných sporiacich alebo investičných produktov. Mali možnosť výhradne pracovať s bankovými produktami a z toho dôvodu výhradne bankové služby využívajú doposiaľ. Miera zhodnotenia ich prostriedkov je však veľmi nízka. Ak si dôchodca na Slovensku predsa len dokáže pri aktuálnych výdavkoch na stravu, bývanie či lekársku starostlivosť niečo "odložiť bokom", tak primárne sporiť na budúcu rekonštrukciu nehnuteľnosti, v ktorej býva alebo jeho primárnym cieľom je myslieť na rodinu a zanechať po sebe do budúca istú formu dedičstva.

Už dnes je preto úlohou edukovať klientelu, ktorá dnes je alebo do budúca bude v dôchodkovom veku, aby rozumela výnosnejším formám investovania. Myslím tým sporiace investičné plány pozostávajúce z pravidelného investovania do podielových fondov (akciových, dlhopisových, realitných, zmiešaných atď.). Ďalšou atraktívnou alternatívou je investícia do emisie konzervatívnych

dlhopisov s vhodným a bezpečným podkladovým aktívom, avšak s ďaleko vyšším výnosom, ako dôchodca nájde v banke. V tomto prípade je vhodná konzultácia s nezávislým odborníkom na financie, ktorý dokáže odporučiť a sprostredkovať vhodný typ investície. Treba totiž posúdiť klientove skúsenosti, vedomosti a časový horizont, na ktorý má v pláne investíciu realizovať. Až následne odborník dokáže sprostredkovať vhodný investičný nástroj. Ďalšou témou je, aby bol odborník naozaj odborníkom a aby mal v portfóliu zmysluplné a bezpečné investičné schémy. Preto treba byť obozretný a overiť si z viacerých strán kredibilitu sprostredkovateľa ako aj minulé výnosy, ktoré reálne dokázal klientom priniesť. Tiež je dôležité, aby investičné nástroje spadali pod kontrolu centrálnej banky (ci už Národná banka Slovenska, prípadne v našom regióne Česká národní banka alebo až Európska centrálna banka) a tým pádom klientovi znížime riziko straty alebo eliminujeme to, že o investíciu príde.

### **Myslíte si, že vianočný dôchodok niektorá z budúcich vlád zruší?**

Z hľadiska voličského spektra si treba uvedomiť, že dôchodcovia sú vedení ako plnohodnotní občania, ktorí vo voľbách majú možnosť uplatniť svoje volebné právo. Tým pádom ktokoľvek by siahol na takýto typ príspevku, tak môže očakávať negatívne odzrkadlenie na volebných preferenciách. Na druhej strane môže nastať situácia, kedy Sociálna poisťovňa a štát nebudú mať možnosť poskytovať až tak "štedré" dávky vzhľadom na budúci demograficky stav obyvateľstva na Slovensku a tým pádom bude musieť nastať situácia, kedy sa celkový ročný úhrn dôchodkov bude znižovať v porovnaní s príjmami ľudí v produktívnom veku.

**Ako sa môžu súčasní mladí ľudia pripraviť na dôchodok po finančnej stránke?** Mladí ľudia by si mali uvedomiť, že dnes je najväčšia časť obyvateľstva na Slovensku v produktívnom veku. Preto je nielen nezodpovedné, ale až naivné a hlúpe nesporiť si na vlastný dôchodok od okamihu, od kedy sa dá = t. j. od okamihu, kedy človek

poberie svoj prvý príjem. V úvode treba vstúpiť do tzv. druhého piliera, čiže človek do 35 rokov si vyberie svoju Dôchodkovú správcovskú spoločnosť a začnú sa mu odvádzať 4% z hrubej mzdy na jeho osobný dôchodkový účet. Akýkoľvek mesiac, počas ktorého tieto peniaze zašle výhradne do Sociálnej poisťovne, budú znamenať negatívum pre jeho budúci príjem na dôchodku.

Mladi ľudia by mali postupne pracovať na nadobúdaní a zveľaďovaní svojho majetku. Od konzervatívnych sporení, cez investície smerom na finančné trhy, do rozličných investičných nástrojov alebo nehnuteľností (prípadne realitných fondov). O správnom nastavení investície je priam nevyhnutný reporting sprostredkovateľovi, ktorý je odborník a vie na mladého investora dozrieť, aby si majetok zveľaďoval efektívne a cez správne produkty na financom trhu. V prvom rade je však nevyhnutné krytie rizík, keďže na to, aby sa človek finančne na dôchodok pripravil, musí byť schopný do starobného dôchodku zarábať. Pokiaľ by nastalo riziko úrazu alebo ochorenia, ktoré zníži jeho schopnosť zarábať, je nevyhnutné vykompenzovať túto stratu príjmu finančne. Na takýto účel sa používajú vhodne nastavené typy životného poistenia. Nič totiž z hľadiska budúceho starobného dôchodcu nebude horšie, ako keď veľkú časť života prežije ako invalidný dôchodca, ktorý nemal vhodne nastavené komerčné životné poistenie a ktorý sa napríklad o 30 rokov stane starobným dôchodcom.

**Záver.** Vianočný príspevok patrí tiež medzi nástroje sociálnej politiky nášho štátu, ktorým eliminuje nízku životnú úroveň nízkopríjmovej skupiny obyvateľstva – starobných dôchodcov.

## ZÁVER

Výsledky vedeckého skúmania autorského kolektívu sumarizujeme v jedenástich hlavných kapitolách. Členovia autorského kolektívu sú skúsení akademickí funkcionári, odborní asistenti a členovia projektových tímov, ktoré pravidelne prispievajú k rozvoju publikačnej činnosti vysokých škôl a univerzít, ktoré reprezentujú. Ich diela sú žiadaným materiálom pre potreby vedeckých konferencií aj v zahraničí. Participovali v autorskom kolektíve s cieľom spracovať komplexné dielo určené vedeckej a odbornej verejnosti. Texty, výsledky publikovaných výskumov sa môžu stať inšpiráciou pre ďalšie skúmanie u doktorandov, odborných asistentov a študentov vysokých škôl. Sú spracované štandardnými metodologickými postupmi. Interpretované dáta, súhrny teoretických poznatkov sú novým poznaním a vznikli aplikáciou vedeckých metód skúmania, vrátane historického výskumu a kompilácie zahraničných informácií. Od čitateľov supplementa očakávane kritické vnímanie monografie, objektívne hodnotenie, ktoré by sa malo stať inšpiráciou pre tvorbu ďalšieho diela podobného charakteru.

Naším cieľom je pokračovať v tradícii publikovať v autorskom kolektíve. Táto forma vedeckej aktivity je dôkazom schopnosti jednotlivých autorov pochádzajúcich z rôznych kultúr účinne a korektne spolupracovať. Spolupracovať, navzájom sa rešpektovať a kráčať za spoločným cieľom.

Tým spoločným cieľom je korektne participovať na tvorbe nových zdrojov poznania pre budúce generácie.

## ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ABRAMSON. MJ., CROCKETT, AJ., FRITH PA., MCDONALD, CHF. 2006. COPDX: an update of guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease with a review of recent evidence. *Medical Journal of Australia*. 2006; 184(7); 342-345.

ADAM, Z., KREJČÍ, M., VORLÍČEK, J. 2010 *Speciální onkologie – příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. 2010, 1. Vydání. Praha. Galén, 210s ISBN 80 -7261-151-3.

AKINCI, C., A., PINAR, R., DEMIR, T. 2012. The relation of the subjective dyspnoea perception with objective dyspnoea indicators, quality of life and functional capacity in patients with COPD. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;22:969–976.

ALEXY, J., BOROŠ, J., SIVÁK, R. 2004. *Manažment ľudských zdrojov a organizačné správanie*. Bratislava : Vydavateľstvo IRIS, 2004. 257 s. ISBN 80-89018-59-9.

ANGENENDT, G., SCHUTZE-KREILKAMP, U., TSCHUSCHKE, V. 2010. *Psychoonkologie v praxi*. Praha : Portál, 2010. 328 s. ISBN 978-80-7367-781-7.

AUCHINCLOSS, S. S. – MCCARTNEY, Ch. F. 1998. *Gynecologic cancer*. In *Psycho-oncology*. Edited by J. C. Holland. 1st ed. Oxford, New York: Oxford University Press, 1998. 1189 p. ISBN 0-19-510614-8.

BAČOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, E. KATRENIÁKOVÁ, Z. 2015. Sociálna opora onkologicky chorých žien – základný predpoklad intervencie sociálnych pracovníkov. In *Sociální práce a sociální služby* 2015, 15 (1): 48-65.

BAČOVÁ, V. *Kvalita života, hodnotové systémy v spoločnosti a sociálny kapitál*. [online]. [cit. 2017-03-01]. Dostupné na internete: <http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Dzuka3/01.pdf>.



- BAŇASOVÁ, J. 2004. *Profesijné preferencie a kvalita života*. In Džuka, J. (ed.) *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešovská univerzita v Prešove, 2004. ISBN 80-8068-282-8.
- BENCOVÁ, V., KRAJČOVIČOVÁ, I. 2011. Psychosociálna opora a sociálna integrácia prežívajúcich pacientov s karcinómom prsníka. In *Paliatívna medicína a liečba bolesti*, 2011, IV.(3): 110-113.
- BÉREŠOVÁ, A., DIMUNOVÁ, L. 2015. Voľba copingových stratégií v súvislosti s dĺžkou praxe u sociálnych pracovníkov. In *Sociálno-zdravotnícke spektrum : vedecko-odborný časopis pre sociálnych pracovníkov a chronicky chorých* 2015, 3(1): 1-14.
- BLAŽKOVÁ, M. 2012. Psychologické a spirituálne aspekty nádorové bolesti. In *Onkologie*. 2012, VI.(1): 34-36.
- BRICHTOVÁ, L., REPKOVÁ, K. 2014. *Sociálne služby: zacielené na kvalitu*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny. 275 s. ISBN 978-80-7138-1389.
- BROŽEK, T., KNOTEK, P. 2015. Dotazník efektívneho copingu bolesti. In: *Bolest* 2015, 18(1): 1-7.
- BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J., HESOUNOVÁ, P. 2015. Symptómy pacientů v paliatívni péči. In Bydžovský, J., Kabát, J. a kol. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliatívni péči*. VŠZaSP sv. Alžbety, Ústav sv. J. N. Neumanna, Příbram, 2015. s. 45-52. ISBN 978-80-9059732-7.
- ČERMÁK, J. 2011. *Modely duchovní péče ve zdravotnických zařízeních a vzdělávací modely v zahraničí*. [online]. 2011. [cit. 09-09-2016]. Dostupné na internete: [http://www.husiti.cz/ccshpd/attach/modely\\_pece.doc](http://www.husiti.cz/ccshpd/attach/modely_pece.doc).
- CARDENES, H.R., ROTH, L.,M., McGUIRE, P. 2005 *Vagina*. In *Principles and Practice of Gynecologic Oncology*. 4. vydání, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, USA, 2005, 743s.,
- ČEŠKA, R. et al. 2015. *Interna -2*. Praha: Triton, 2015. 870s. ISBN 978-80-7387-895-5.

- DÁVIDEKOVÁ, M. 2010. Sociálna opora a sociálne služby v systéme sociálnej ochrany seniorov na Slovensku. In *Sociální, ekonomické, právní a bezpečnostní otázky současnosti. Sborník příspěvků konference*. Praha : Soukromná vysoká škola ekonomických studií, s.r.o. 600 s. ISBN 978-80-86744-84-1.
- DIMUNOVÁ, L. 2014. Copingové stratégie v klinickej praxi sestier. In *Zdravotnícke listy* 2014, II.(1): 18-24.
- DIMUNOVÁ, L., ZAMBORIOVÁ, M., ŠOLTĚSOVÁ, S. 2017. Nefarmakologické metódy tlmenia bolesti u novorodencov. In *Logos Polytechnicos* 2017, 8(1): 14-22.
- DOBRÍKOVÁ, P. 2008. Psychické problémy nevyliciteľne chorých a úlohy psychológa v paliatívnej starostlivosti. In *Paliatívna medicína a liečba bolesti* 2008, I.(3): 135-138.
- DOBRÍKOVÁ, P., LEKÁROVÁ, L. 2010. Sociálna podpora a jej význam pre onkologicky chorých adolescentov. In *Paliatívna medicína a liečba bolesti* 2010, III.(2): 73-75.
- DOBRÍKOVÁ, P., WEBEROVÁ, E. 2013. Skúmanie zvládania bolesti zo sociálno-psychologického pohľadu. In: *Paliatívna medicína a liečba bolesti* 2013, 6(1): 18-20.
- DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. 2006. *WHOQOL-BREF. WHOQOL-100*. Vydavateľstvo Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 88 s.
- DRAGOMERICKÁ, E., PRAJSOVÁ, J. 2009. *WHOQOL-OLD*. Vydavateľstvo Praha: Psychiatrické centrum, 2009. 72 s.
- DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. 2006. *Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Psychiatrické centrum. 2006. 88s ISBN 978-80-8512-182-7.
- DRUGDOVÁ, M., KRIŠTÚFEK, P., MAJER, I. et al. 2011. *Chronická obštrukčná choroba pľúc. Národné smernice pre prevenciu a terapiu*. SPaPS, 2011. 68s. ISBN 978-80-888666-98-5.
- DOSTÁLOVÁ, O. 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Grada Publishing a.s., 2016, 168s ISBN: 978-80-247-5706-3.

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

EAHC/2013/Health/07 Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU. Contract no. 2013 62 02.

EMMERT, F. 2006. *The Holocaust*. Brno: Computer Press, 2006. s. 42. ISBN 80-215-1254-3.

FENDRYCHOVÁ, M. 2011. *Ošetrovateľské klasifikační systémy NANDA – International, NIC, NOC a jejich využití při hodnocení bolesti sestrou v Domově pro seniory Nopova*: diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, lékařská fakulta, katedra ošetrovatelství, 2011. 172 s.

FRIEDLER, E., SIEBRETOVÁ, B., KILIAN, A. 2007. *Svědkové z tovarny na smrt*. Praha : Rybka Publishers, 2007. s.11. ISBN 80-87067-64-9.

FUNTOVÁ, V. 2016. Vývoj kvality ošetrovateľskej péče od F. Nightingalové po QMS. In *Zborník vedeckých prác z celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou „Ošetrovateľstvo - tradície a perspektívy”*, Piešťanský deň ošetrovateľstva, konanej dňa 21. - 22. 4. 2016 v Piešťanoch, Kúpeľný ostrov : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, n. o. Bratislava, 2016, s. 50-61. ISBN 978-80-8132-151-1.

GARCIA-AYMERICH, J. et al. 2006. Regular physical activity reduces hospital admission and mortality in chronic obstructive pulmonary disease: A population based cohort study. *Thorax*. 2006;61(9):772-8.

GERKA, M. 2007. *Sociálna služba v Cirkvi. Sol' zeme*. 1. vydanie. Prešov, 2007. ISBN 978-80-8068-639-0.

GOLD 2011. National heart, lung and blood institute and world health organization. Global initiative for chronic obstructive lung diseases:

global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. [online]. 2011. [cit. 2017-10-18]. Dostupné na internete: <www.goldcopd.org>.

GREGOROVÁ, A., KRYSŤON, M. 2005. *Motivácia k štúdiu sociálnej práce na Pedagogickej fakulte Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici*. In TOKÁROVÁ, A., KREDÁTUS, J., FRK, V. (Eds.) „Kvalita života a rovnosť príležitostí – z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce“ : Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Prešov : Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2005. ISBN 80-8068- 425-1.

GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2011. 223 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

GURKOVÁ, E. 2010. *Vybrané kapitoly z ošetrovateľskej teórie I*. Marin : Jesseniova lekárska fakulta Martin, 2010, 89 s. ISBN 978-80-88866-74-9.

HALGAS, K. 2013. *Byłem w KL Gross-Rosen i Dyhernfurth. Wspomnienia lekarza-więźnia*. Wałbrzych: Muzeum Gross-Rosen, 2013. s.61-104. ISBN 978-83-89824-24-0.

HANGONI, T., IMRICHOVÁ, A. 2010. *Manažment a jeho aplikácia v sociálnej práci*. Gorlice: Diecezjalny Osrodek Kultury Prawoslaenej Elpis, 2010. 136 s. ISBN 978-83-928613-4-8.

HANZLÍKOVÁ, A. 2001. Medzinárodná klasifikácia ošetrovateľskej praxe. In: *Slovenský zdravotník*, roč. XI, 2001. č.3, s. 10. ISSN 1335-4388.

HANZALÍKOVÁ, L., LEVICKÁ, K. 2012. Sociálna opora v procese smútenia. In: *Paliatívna medicína a liečba bolesti* 2012, 5(S2): 43-45.

HARVÁNKOVÁ, S. 2016. *Kvalita života u pacientov s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc*. Diplomová práca. VŠZaSP sv. Alžbety. 2016. 86s.

HAŠKOVCOVÁ, H. 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přepr. vyd. Praha : Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

- HISTÓRIA ÚRADU NA OCHRANU OSOBNÝCH ÚDAJOV. [online]. [cit. 11.07. 2017]. Dostupné z: <https://dataprotection.gov.sk/uouu/sk/main-content/o-nas>.
- HNILICOVÁ, D., BENCO, V. 2005. Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotníctví. In *Praktický lékař*. 2005, roč. 85, č. 11, s. 656–660.
- HOPMAN, P., RIJKEN, M. 2015. Illnes perception of cancer patients : relationship with illness characteristics and coping. In: *Psycho-Oncology* 2015, 24(1): 11-18.
- HUDÁKOVÁ, M. 2015. *Manažment zvládania bolesti u onkologických pacientov v kontexte ošetrovatelstva*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, Diplomová práca. 2015. 74 s.
- HUDÁKOVÁ, G. ZAMBORIOVÁ, M. HUDÁKOVÁ, Z. 2006. Paliatívna starostlivosť a rola sestry v paliatívnej starostlivosti. In ŠRÁMKA, M, BÉREŠOVÁ, A. (eds.) *Komplexná starostlivosť o človeka v hraničných situáciách*. Prešov: FZ a SP bl. P.P. Gojdiča v Prešove, 2006. ISBN 80-969449-1-6, s. 84-87.
- IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
- JANEČKOVÁ, L., VAŠTÍKOVÁ, M. 2000. *Marketing služeb*. Praha: Grada Publishing, 2000. s. 178. ISBN 80-7169-995-0.
- JUSKOVÁ, V. 2012. Kvalita života pacientů s CHOPN. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2012, č.11, s. 33.
- KALOVÁ H, P., SOUKOPOVÁ, A., VONDROUŠ, P. 2005. Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelu zdraví a nemoci. In *Klin Farmakol Farm*. 2005;19:165-168.
- KENDROVÁ, L., KURIPLACHOVÁ, G., IŠTOŇOVÁ, M. et al. 2014. Assesment of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Kontakt*. 2014;16(3):203-208.

- KILÍKOVÁ, M. 2017. *Metaparadigmy teórie ošetrovateľstva I*. Příbram : Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna, 2017. 498 s. ISBN 978-80-88206-30-3.
- KILÍKOVÁ, M. 2017. *Metaparadigmy teórie ošetrovateľstva II*. Příbram : Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna, 2017. 527 s. ISBN 978-80-88206-04-0.
- KILÍKOVÁ, M. 2013. *Teória manažmentu v ošetrovateľstve*. Příbram : Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna. 2013. 391 s. ISBN 978-80-260-3845-0.
- KILÍKOVÁ, M. a kol. 2013. *Teorie moderního ošetrovateľství II*. Příbram : Ústav sv. J. N. Neumann, 2013. 252 s. ISBN 978-80-260-3756-9.
- KIRCHNEROVÁ, E. 2013. *Manažment kvality v sociálnych službách* : diplomová práca. Brno: Masarykova univerzita. 2013. 110 s. Školiteľka Markéta Horáková.
- KLEIN, V. 2006. *Motivácia k celoživotnému vzdelávaniu*. Žilina : Euroformes. 2006. 60 s. ISBN 80-89266-07-X.
- KMECOVÁ, J. a kol. 2014. *Teória a výskum dobrovoľníckej činnosti v súčasnej praxi*. Warszawa : Instytut Wydawniczy Humanum. ISBN 978-83-932603-0-6.
- KNAP, V. 2017. *Aplikovaná kinezioterapia a fyzioterapia hrudnej chrbtice*. Košice: UPJŠ, 2017. s. 51-81. ISBN 978-80-8152-468-4.
- KNOTEK, P. 2011. *Psychické zpracovávání bolesti - maximální Informace s minimem stupnic*. In *Bolest* 2011a, 15(4): 201-209.
- KNOTEK, P. 2011. *Psychologické aspekty chronické bolesti*. In *Neurol. prax.* 2011b, XII.(3): 16-28.
- KOLLÁRIK T. a kol. 2004. *Sociálna psychológia*. Bratislava : Univerzita Komenského. 545 s. ISBN 80-223- 1841-8.
- KONIECZNY, A. 2012. *KL Gross-Rosen hitlerowski obóz koncentracyjny na Dolnym Śląsku 1940-1945*. Wałbrzych: Muzeum Gross-Rosen, 2012. s.3-14, s.23-27. ISBN 978-83-89824-02-8.

- KOVÁČIKOVÁ, D. 2000. *Základné otázky dejín sociálnej práce*. Žilina: Inštitút priemyselnej výchovy Žilina, vzdelávacie a rekvalifikačné centru, 2000. ISBN 80-7100-718-8.
- KOŽUCHOVÁ, M. 2012. Hodnotenie vplyvu bolesti na vybrané dimenzie života pacientov v domácom prostredí. In *Ošetrovatelství a porodní asistence* 2012, 3(3): 447-453.
- KRIŠTOFOVÁ, E., BOLEDOVIČOVÁ, M., MACÁKOVÁ, I. 2011. Kvalita života žien po hysterektómii. In *Kontakt*. ISSN 1212-4117. roč. 13. č.2.s. 192-203.
- KRŠKA, Z., HOSKOVEC, D., PETRUŽELKA, L. a kolektiv. 2014. *Chirurgická onkologie*, Praha : Grada Publishing a.s., 2014. 904 s. ISBN 978-80-247-4284-7.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2003. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2006. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 204 s. ISBN 80-247-1370-5.
- KUBICOVÁ, A. 2011. *K problematike sociálnych a spirituálnych kompetencii sociálnych profesii*. In CHYTIL, Oldřich, MATULAYOVÁ Tatiana. *Výzvy pre sociálne profesie v modernej spoločnosti*. Zborník príspevkov. 1. vydanie. Prešov : Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2011. ISBN 978-80-555-0336-3.
- KVASNIČKOVÁ, V., KILÍKOVÁ, M. 2016. Implementujeme v ošetrovateľskej péči koncept humanizmu? In Bydžovský, J., Kalátová, D. (eds.) *Sbírka odborných prací ošetrovatelství a sociální práce*. Příbram: Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna Vysoké školy zdravotnictva a sociální práce sv. Alžbety, n. o., 2016, s. 16-20. ISBN 978-80-88206-00-2.

- LACA, P. 2016. Filozofické poňatie spirituálnych a duchovných potrieb pacientov v ošetrovateľskej starostlivosti. In: *Supplement vybraných kapitol vo vedných odboroch sociálna práca a ošetrovateľstvo IV*. Kol. autorov. Příbram : Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna, 2016, kapitola 6. ISBN 978-80-88206-01-9.
- LACA, P., LACA, S. 2017. *Sociálna práca a sociálna pedagogika*. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, DP bl. Sáro Salkaházi Rožňava, 2017, 355 s. ISBN 978-80-8132-168-9.
- LACA, S. 2016. *Sociálna pedagogika verus sociálna práca*. Praha, 2016, 431 s. 978-80-906237-0-5.
- LAKATOŠ, P., AUJESKÝ, M. 2004. *Manažment kvality*. Bratislava : UEAPME, 2004. 22 s.
- LECZOVÁ, D., BARKASI, D., BARKASI, R., HRINDOVÁ, T., ŠAMUDOVSÁ, G. 2014. *Analýza motivačných faktorov pri výbere študijných odborov z oblasti pomáhajúcich profesií*. In Supplement vybraných kapitol vo vedných odborov sociálna práca a ošetrovateľstvo II. VŠZaSP sv. Alžbety. ISBN 978-80-905973-1-0.
- LEVICKÁ, J. 2007. *Metódy sociálnej práce*. Bratislava : SPN, 2007. ISBN 978-80-10-00959-6.
- MATEIDES, A. a kol. 2006. *Manažérstvo kvality*. Bratislava : EPOS, 2006. ISBN 80-8057- 656-4.
- MATEIDES, A., ĎAĎO J. 2002. *Služby*. Bratislava : Epos, 2002, 750 s. ISBN 80-8057-452-9.
- MATOUŠEK, O. a kol. 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, O. 2011. Paradigmata, teorie, přístupy, metody a techniky v sociální práci. In *Politiky a paradigmata sociální práce: co jsme zdědili a co s tím uděláme?* Redakce Ivana Marášková. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2011. ISBN 978-80-7318-9994-5.



MUSIL, J. 2012. Systémové projevy a komorbidity u chronickej obštrukčnej plicnej nemoci – nové možnosti léčby. In *Interní medicína pro praxi*. 2012; 14(3):111-115.

NANDA-I. 2009. *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2009 – 2011*. HERDMAN, T. H. (Ed.). Chichester: Wiley-Blackwell, 2009. 435 p. ISBN 978-1-4051-8718-3.

NANDA-I. 2012. *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2012 – 2014*. HERDMAN, T. H. (2012) (Ed.). Oxford: Wiley-Blackwell, 2012. 533 p. ISBN 978-0-4706-5482-8.

NARIADENIE EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov)  
Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vedení zdravotnej dokumentácie. Vestník MZ SR, Čiastka 42-48  
Dňa 15. októbra 2009. Ročník 57, s 313-320.

NARIADENIE VLÁDY SR 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.

NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ.  
*Svetový deň chronickej obštrukčnej choroby pľúc*. In NCZI . [online]. 2015. [cit. 2017-10-18]. Dostupné na internete: <<http://www.nczisk.sk/Aktuality/Pages/Svetovy-den-chronickej-obstrukcnej-choroby-pluc1.aspx>>

NONATO, L. et al. 2015. Behavior of Quality of Life (SGRQ) in COPD Patients according to BODE Scores. In *Archivos de bronconeumologia*. 2015;7(51):315 - 321.

OHROZENÁ RODINA NA SLOVENSKU V KONTEXTE PRÍČIN VYŇATIA DETÍ Z BIOLOGICKÝCH RODÍN. 2007. Bratislava : Úsmev ako dar, 2007. ISBN 978-80-969616-1-0.

- OLÁH, M., SCHAVEL, M. 2007. *Úvod do štúdia a dejín sociálnej práce*. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o. Bratislava. 2007. 174 s. ISBN 978-80-89271-24-5.
- OLÁH, M., SCHAVEL, M., ONDRUŠOVÁ, Z. 2009. *Úvod do štúdia a dejín sociálnej práce*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2009. ISBN 90-969499-6-7.
- OLSZYNA, R. 2005. *KL Gross-Rosen – wybór artykułów*. Wałbrzych: Muzeum Gross-Rosen, 2005. s.31-98. ISBN83-89824-55-8.
- ONDRUŠOVÁ, Z. a kol. 2009. *Základy sociálnej práce*. Brno: MSD Brno, 2009. ISBN 879-80-7392-109-5.
- ORAVCOVÁ, J. 2004. *Sociálna psychológia*. ISBN 80-8055-980-5.
- OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY. Definice a klasifikace NANDA-International 2013 – 2014. 2013. Praha : Grada Publishing, a.s., 2013. 551 s. ISBN 978-80-247-4328-8.
- OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY: Definice a klasifikace 2015 – 2017. 2015, Praha : Grada Publishing, a.s., 2015. 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
- OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY: *Definice a klasifikace NANDA-International 2009 – 2011*. 2010. Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1.
- OTRUBOVÁ, J., HALUZOVÁ, M., JANKECHOVÁ, M. 2012. Copingové stratégie u pacientov so stómiou. In *Diagnóza v ošetrovatelstve – nové trendy v odbore. Zborník príspevkov*. Trnava: FZaSP TU, 2012, s. 8-15. ISBN 978-80-8082-524-9.
- PALKOVÁ, L., BERČ, A. a kol. 2010. *Onkologické ošetrovatelstvo II*. Košice: ZZ design studio, 2010. 164 s. ISBN 978-80-969605-5-2.
- PAULOVÁ, I. 2014. *Komplexné manažérstvo kvality*. Bratislava : Wolters Kluwer, 2014. 162 s. ISBN 978-80-8168-083-0.
- PENNER, L. A. 2002. The Casuses of Sustained Volunteerism: An Interactionist Perspective. *Journal of Social Issues*.

- PIŠUT, J. 1999. *Univerzita ako zdroj vzdelanosti*. [online] Dostupné na [https://uniba.sk/fileadmin/ruk/veda/profesorске\\_prednasky/prof\\_prednaska\\_Pisut.pdf](https://uniba.sk/fileadmin/ruk/veda/profesorске_prednasky/prof_prednaska_Pisut.pdf)-[Cit. 22.3. 2015].
- PLEVOVÁ, I. 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011.285s. ISBN 978-80-247-3557-3.
- PLHÁKOVÁ, A. 2003. *Učebnice obecné psychologie*. Praha. 2010. ISBN 80-200-1387-3.
- PROKOP, J. 2006. *Spiritualita umírajících pacientů*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006. 140 s. ISBN 80-210-4131-5.
- RAKOVÁ, J. 2014. Historické medziny vzdelávania sestier na Slovensku a v Čechách. In *Supplement vybraných kapitol vo vedných odboroch sociálna práca a ošetrovatelstvo II*. Příbram : Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna, 2014, s. 302-320. ISBN 978-80-905973-1-0.
- RAKOVÁ, J., JABALLAH, Z. 2014. Moderná rola sestry výskumníčky v aktuálnych klinických podmienkach. In Pribišová, E., Beňo, P., Šramka, M. (eds.) *Civilizačné ochorenia a ich vplyv na kvalitu života, zdravia a sociálno-ekonomickú oblasť*. Prešov : ÚSVaZ bl. P.P. Gojdiča, 2014. s. 9-15, ISBN 978-80-89464-27-2.
- RIES, AL. et al. 2007. Pulmonary rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2007; 131(5 Suppl): 4S-42S.
- RAUDENSKÁ, J., JAVURKOVÁ, A. 2011. *Lékařská psychologie*. Praha : Grada Publishing a.s., 2011.304 s. ISBN 9788024722238.
- RODINA A TRVALO UDRŽATELNÝ ROZVOJ. 2015. Trnava, 2015. ISBN 80-968891-4-1.
- ROKYTA, R. a kol. 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada, 2009. 174 s. ISBN 978-80-247-3012-7.
- ROZBORILOVÁ, E. 2014. Chronická obštrukčná choroba pľúc – súčasné pohľady. *Via practica*.2014;11(3-4):87-89.

- SALAJKA, F. 2013. Výskyt deprese u chronické obstrukční plicní nemoci a její vliv na exacerbace. *Studia pneumologica et patmiseologica*. 2013;73(4):146.
- SCHAVEL, M., MATULAYOVÁ, T. 2012. *Vysokoškolské vzdelávanie sociálnych pracovníkov v kontexte štátnej vzdelávacej politiky*. In Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie „Výzvy a trendy vo vzdelávaní sociálnych pracovníkov“. Prešov : FiF PU v Prešove. ISBN 978-80-555-0540-4.
- SCHWALBOVÁ, M., HRADSKÁ, K. 2001. *Žila som životy druhých. (Zo spomienok lekárky na Osvienčim)*. Bratislava: Nadácia Milana Šimečku, 2001. s.14. ISBN 80-968662-0-6.
- SKATOVA, A., FERGUSON, E. 2014. *Why do different people choose different university degrees? Motivation and the choice of degree*. [online]. [citované 2015-03-22]. *Frontiers in Psychology*. Dostupné na: [http://www.frontiersin.org/Journal/Abstract.aspx?s=854&name=personality\\_and\\_social\\_psychology&ART\\_Doi=10.3389/fpsyg.2014.01244](http://www.frontiersin.org/Journal/Abstract.aspx?s=854&name=personality_and_social_psychology&ART_Doi=10.3389/fpsyg.2014.01244)
- SOFSKY, W. 2006. *Řád teroru: koncentrační tábor*. Praha: Argo, 2006. s.55, s.144, s.186, s.197, s.217. ISBN 80-7203-818-4.
- STRIEŽENEC, Š. 2001. *Úvod sociálnej práce*. Trnava: Tripsoft, 2001. ISBN 80-968294-6-7.
- SULAČEK, 2005. *Biele plášte (Tragické osudy židovských lekárov na Slovensku v období druhej svetovej vojny)*. 1. časť. Bratislava: Slovenské národné múzeum - Múzeum židovskej kultúry, 2005. s.86. ISBN 80-8060-163-1.
- SULAČEK, 2006. *Biele plášte. Tragické osudy židovských lekárov na Slovensku v období druhej svetovej vojny*. 2. časť. Bratislava: Slovenské národné múzeum - Múzeum židovskej kultúry, 2006. s.34, s.51. ISBN 80-8060-164-X.
- SUŠINKOVÁ, J. 2013. Psychická záťaž sestry a záťažové faktory prostredia v paliatívnej starostlivosti. In: Dankulincová, Z. (ed.) *Psychológia zdravia : Psychológia zdravia v multidisciplinárnom*

*pohľade na zdravie*. Košice : LF UPJŠ, 2013, s. 4-9. ISBN 978-80-8152-059-4.

SVĀTÉ PÍSMO. 2001. Trnava : SSV, 2001. ISBN 80-7162-281-8.

ŠEŠŤ ROKOV VIANOČNÉHO PRÍSPEVKU. 2017. In: DELUVIS, číslo 01/2017, ročník II, s. 17. ISSN 2454-1036.

ŠEVČOVIČOVÁ, A. 2013. Fotodokumentácia Gross-Rosen. Súkromný archív.

ŠEVČOVIČOVÁ, A. 2014. Osobitosti záchrany ľudského života v podmienkach koncentračných táborov. In *Ošetrovatelstvo bez hraníc*. Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2014. s.322. ISBN 978-80-89542-45-1.

ŠWIEBOCKA, T., PINDERSKA-LECH, J., MENSFELT, J. 2011. *Auschwitz-Birkenau. Dejiny a súčasnosť*. Oświęcim: Państwowe Muzeum Auschwitz-Birkenau, 2011. s.4-5, s.8. ISBN 978-83-7704-023-2

TOKÁROVÁ, A. et al. 2002. *Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. Prešov : FF PU, 2002. ISBN 80-8068-086-8.

TOKÁROVÁ, A. a kol. 2007. *Sociálna práca – Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. 3. vyd. Prešov: Akcent print, 573 s. ISBN 978-80-969419-8-8.

TOMAGOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K. 2013. Vývin klasifikačných systémov. In *Sestra*, roč. 12, 2013, č. 3-4, s. 22-23. ISSN 1335-9444.

TRACHTOVÁ, E. a kol. 2013 *Potreby nemocného v ošetrovateľskom procese*. II. vyd. Brno : IDVPZ, 2013, 186 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

TSCHUSCHKE, V. 2004. *Psychoonkologie*. Praha : Portál, 2004, 215 s. ISBN 80-7178-826-0.

TSOLAKI, V., PASTAKA, CH. et al. 2011. Noninvasive Ventilation in Chronic Respiratory Failure: Effects on Quality of Life. *Respiration*. 2011;81:402–410.

VONDRA, V., ROZBORILOVÁ, E, MALÝ, M. a kol. 2012. Aktuální epidemiologické údaje o chronické obštrukční nemoci

(CHOPN) v České a Slovenské republice v roce 2012. *Stud Pneumolphthiseol.* 2014; 2:74-77.

VÖRÖŠOVÁ, G. a kol. 2007. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovatelstve.* Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2007, 114 s. ISBN 978-80-8063-242-7.

VYHLÁŠKA MZ SR č. 366/2005 Z. z. o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov.

VYŠŇANOVÁ, M., TOMÁŠKOVA, S. 2011. Osobnosť a zvládanie onkologického ochorenia. In *Sestra* 2011, X.(11-12): 34-35.

WWW.SOC.POIST.SK.

YARBRO, H. C., WUJCIK, D., GOBEL, H. B. 2011. *Cancer nursing: principles and practice.* 7 th. ed. USA: Jones and Bartlett Publishers, 2011. 1940 p. ISBN 978-0-7637-6357-2.

ZACHAROVÁ, E. 2008. Faktory pôsobíci na prúbeh chronickej bolesti a úloha zdravotníku pri jejím zvládaní. In *Interní medicína pro praxi* 2008, X.(5): 251-252.

ZACHAROVÁ, E. 2014. Zvládání bolesti u onkologických pacientu v ošetrovateľskej péči. In *Onkologie* 2014, VIII. (1): 44-46.

ZÁKON SR č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 84/2014 Z. z.

ZÁKON NR SR č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

ZÁKON SR č. 36/2005 Z. z. o rodine v znení neskorších predpisov.

ZÁKON SR č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých predpisov.

ZÁKON SR č. 219/2014 Z. z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých predpisov, Zbierka zákonov, čiastka 72/2014.

ZÁŠKODNÁ, H., MLČÁK, Z. 2009. *Osobnostní aspekty prosociálního chování a empatie*. Praha : TRITON. ISBN 978-80-7387-306-6

ŽIAKOVÁ, E. a kol. 2011. *Sociálna práca – Teoretické východiská a praktické kontexty*. 1. vyd. Košice : Filozofická fakulta. 286 s. ISBN 978-80-7097-870-2.

ŽIAKOVÁ, E. - BALOGOVÁ, B. 2012. *Vnútoraná a vonkajšia motivácia k štúdiu sociálnej práce*. [online]. [citované. 22.3.2015]. Filozofická fakulta. Prešovská univerzita v Prešove. s. 158–167. Dostupné na <https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/.../ziakova.pdf>

ZAVADILOVÁ, R., KNOTEK, P. 2006. Dotazník sociálneho copingu chronické bolesti. In *Bolest*. 2006, IX. (2): 100-105.

## RECENZIA 1

**Recenzent:** prof. PhDr. Pavol Dancák, PhD.

Kolektív autorov v predložennom vedecko-odbornom Supplemente vybraných kapitol vo vedných odboroch sociálna práca a ošetrovatel'stvo V. završuje viaceré teoreticko-praktické výsledky svojho vedeckého skúmania z oblasti zdravotníctva, ošetrovatel'stva a sociálnej práce. Z možných aktuálne problémových okruhov si vybrali na spracovanie charakteristiku ochorenia chronickej obštrukčnej choroby pľúc v kontexte kvality života, výskum zameraný na zvládanie bolesti u onkologických pacientov, prieskum kvality života žien s onkogynekologickým ochorením, význam terminologickej databázy pre vedenie dokumentácie doplnený o výskum a vývoj databáz na Slovensku a implementáciu ochrany osobných údajov v zdravotnej dokumentácii, ďalej o zdravotnej starostlivosti o väzňov v koncentračnom tábore Gross-Rosen a napokon sústavné vzdelávanie ošetrujúcich v kontexte požiadaviek Európskej únie.

Aktuálne a zaujímavo sú spracované témy z oblasti vedného odboru sociálna práca, kde autori píšú o analýze motivačnej štruktúry študentov sociálnej práce, o modely CAF v manažmente kvality sociálnych služieb, koncepte religiózno-filantropologického ponímania sociálnej práce, o profesionálnom náhradnom rodičovstve a niektorých právnych rozporov a o vianočnom príspevku pre dôchodcov.

Supplement vybraných kapitol vo vedných odboroch sociálna práca a ošetrovatel'stvo V. sa člení okrem úvodu, do jedenástich kapitol a záveru a využíva značné množstvo domácej i zahraničnej odbornej literatúry a sprístupňuje ju čitateľovi. Kolektív autorov svojou prácou priniesol aktuálne vedecké poznatky a z pedagogického hľadiska možno zhodnotiť, že predložený Supplement je svojím spracovaním aj vhodným materiálom pre študijný proces.



## **RECENZIA 2**

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

Vědecká publikace je syntézou empirických výsledků vědecko-pedagogické činnosti autorů, kteří úspěšně působí v oborech ošetrovatelství a sociální práce.

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

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

### RECENZIA 3

**Recenzent:** doc. PaedDr. Slavomír Laca, PhD.

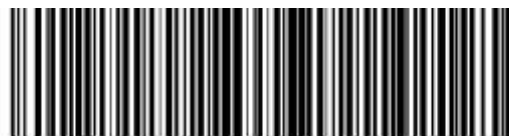
Žijeme v čase plných sociálnych a zdravotných extrémov. Niektoré z nich už považujeme za štandardné, a ani si neuvedomujeme, že sú pre spoločnosť nezdravé. Na tieto jednotlivé extrémny a problémy poukazujú vedné odbory sociálna práca a ošetrovatel'stvo, ktoré zároveň ponúkajú riešenia. Na stránkach predkladanej monografie od kolektívu autorov zaoberajúcich sa sociálnu prácou a ošetrovatel'stvom môžeme vidieť odbornosť a profesionalitu v spracovaní rôznych predložených odborných tém.

Monografia *Supplement vybraných kapitol vo vedných odboroch sociálna práca a ošetrovatel'stvo V.* je súhrnom teoreticko-empirických štúdií ako pochopiť východiska jednotlivých aktuálnych sociálno-zdravotných problémov, a to spracovaním terminologického základu vedenia zdravotnej dokumentácie s dôrazom na výskum a vývoj databáz na Slovensku, ochrany osobných údajov v zdravotnej dokumentácii, ďalej sústavného vzdelávanie ošetrojúcich v kontexte požiadaviek Európskej únie, kvality života žien s onkogynekologickým ochorením.

V empirickom ponímaní môžeme v monografii nájsť výskumné štúdie zamerané na zvládanie bolesti u onkologických pacientov, štúdiu na chronickú obštrukčnú chorobu pľúc v kontexte kvality života a štúdiu o zdravotnej starostlivosti o väzňov v koncentračnom tábore Gross-Rosen. Špecifickosť a odbornosť jednotlivých tém z pohľadu sociálnej práce je prezentovaná v posledných kapitolách monografie, konkrétne v modeloch Common Assessment Framework „CAF“ v manažmente kvality sociálnych služieb, analýze motivačnej štruktúry študentov sociálnej práce, koncepte religiózno-filantropologického ponímania sociálnej práce, profesionálnom náhradnom rodičovstve a niektorých právnych rozporov, aj o vianočnom príspevku pre dôchodcov. Záverom môžeme konštatovať,

že predkladaná monografia tvorí v jedenástich kapitolách ucelený a priehľadný celok odborného vedeckého textu, ktorý poskytuje špecifickú orientáciu v odboroch sociálna práca a ošetrovatel'stvo.

Publikácia je odborne spracovaná, problematika je prezentovaná vedeckým jazykom a obsahuje všetky náležitosti, ktoré sú na terminologický text kladené, jej publikovanie považujeme za významné autorské príspevanie k aktualizácii a rozvoja oboch vedných disciplín.



978-80-88206-07-1