

ZBORNÍK
III. MEDZINÁRODNEJ VEDECKEJ
KONFERENCIE

„KOMUNITNÁ STAROSTLIVOSŤ V POMÁHAJÚCICH
PROFESIÁCH“



WYŻSZA SZKOŁA
FINANSÓW I ZARZĄDZANIA W WARSZAWIE

Editori

Doc. ThDr. Peter Vansač, PhD

RNDr. Daniela Barkasi, PhD.

PhDr. Mária Popovičová

Recenzenti:

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

prof. JUDr. Vojtech TKÁČ, CSc.

Doc. PhDr. Lada CETLOVÁ, PhD.

Doc. PhDr. Darina WICZMÁNDYOVÁ, PhD., mim. prof.

Doc. PhDr. Anna MURGOVÁ, PhD.

Vydavateľstvo:

Katedra Filozofii

Wydział Psychologii

Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie

Technický redaktor: PhDr. Mária Popovičová

Tlač: Tlačiareň svidnícka, s.r.o.

Rok vydania: 2017

Počet strán: 447

Náklad: 100 ks

ISBN: ISBN 978 - 83 - 61087 - 41 - 0

EAN: 978836108741

Jazyková úprava: Mgr. Gabriela Šamudovská

SOCIÁLNA PRÁCA

BARKASI DANIELA, BARKASI RASTISLAV, BUGYI ALEXANDER Terénna sociálna práca s marginalizovanými komunitami v obci	19
BARKASI DANIELA, VANSÁČ PETER, BOBOVNÍK MATEJ Význam komunitnej práce s občanmi ohrozenými sociálnym vylúčením v meste Michalovce	25
BARKASI RASTISLAV Náboženská spiritualita a sila viery ako významný faktor pri motivácii pomoci v komunite	30
BERNÁTOVÁ JANA, BARKASI DANIELA Komunitná starostlivosť v kontexte multikultúry	36
BURYOVÁ IVONA, KRAKOWCZYKOVÁ MARIOLA Sociální interakce v pomáhajících profesích a činitelé, kteří ji ovlivňují	44
BUŠANIČOVÁ LÝDIA, KONEČNÁ JANA, MAGERA IGOR Komunitná starostlivosť – zvyšovanie statusu prijímateľov sociálnych služieb	54
ČAKLOŠOVÁ HELENA Potreby a trendy komunitnej starostlivosti o seniorov	65
DOBDA VLADIMÍR Aspekty komunitnej práce s utečencami, žiadateľmi o azyl a azylantmi v zmysle antiopresívnych prístupov v sociálnej práci	72
HANOBIK FRANTIŠEK, VANSÁČ PETER Etický rozmer človeka	82
HEVEROVÁ MÁRIA Inovácie v oblasti nefarmakologických prístupov liečby demencie a Alzheimerovej choroby vo vybraných krajinách Európskej únie	88
HUDÁKOVÁ MARIANA Komunitná starostlivosť v pomáhajúcich profesiách	97
HUNYADIOVÁ STANISLAVA, BRUTOVSKÁ MARGITA Nenasílná komunikácia pri práci s komunitou	100
CHOMOVÁ MARCELA Úloha sociálnej práce pri záškoláctve žiakov z marginalizovaných rómskych komunít	108
JURAŠEK MARTIN, JACKO EUBOMÍR Súčasný trendy sociálnej práce s migrantmi	117

KOCHAN PAVOL	125
Miesto ikonografie ako súčasť spirituálneho života kresťanskej komunity	
KOLLÁROVÁ ŽOFIA	130
Komunita zamestnaných chudobných ako nový fenomén spoločnosti	
KOVÁČOVÁ EVA	138
Diagnostické nástroje v poradenstve zameraného na pracovné uplatnenie znevýhodnených skupín na trhu práce	
KOVAĽANOVÁ ALENA	148
Komunitná rehabilitácia a špecifické sociálne poradenstvo pre osoby s mentálnym postihnutím	
NEUPAUER RÓBERT	157
Integrálny rozvoj rómov v kontexte sociálnej práce a pastoračnej práce realizovanej v komunitných a misijných centrách	
NOVÁ MONIKA	174
Chudoba a sociálni vylúčení jako společenský problém	
NOVOTNÁ ALENA, BARTÍKOVÁ ANDREA	178
Poruchy vzťahu poradca – klient ako súčasť sociálneho poradenstva	
PABIŠOVÁ MARCELA	195
Poskytovanie sociálnych služieb ľuďom bez domova na úseku pre ošetrovateľskú starostlivosť FNSP Prešov	
PAVLOVÁ MARTINA	204
Starostlivosť o seniorov so závislosťami žijúcich v zariadeniach sociálnych služieb	
PAVLŮ JIŘÍ	217
O osobnosti v pomáhajících profesích	
PILKO JÁN, BARKASI RASTISLAV	224
Pohľad na chorého a zomierajúceho človeka v kontexte pravoslávnej spirituality	
RIUL' VICTORIA	227
The mobility and migration processes	
ŠOVČÍKOVÁ MONIKA	235
Sociálne poradenstvo ako súčasť sociálnej práce s komunitou nezamestnaných	
VANSAČ PETER, HUMENÍKOVÁ MÁRIA	242
Kvalita poskytovania sociálnych služieb v kontexte komunitnej sociálnej práce	
VARHA NATALIA, HOLONICH JÁN	250
Involvement in the labor market of the high school graduates	
ŽILOVÁ ANNA	257
Sociálna opora človeka v rámci komunity prostredníctvom sakrálnych objektov	

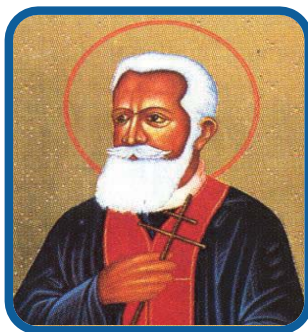
OŠETROVATELSTVO

BALOGOVÁ EVA, BRAMUŠKOVÁ JARMILA Nebojme sa „sprevádzania“	264
BRAMUŠKOVÁ JARMILA, BALOGOVÁ EVA Naliehavé a závažné stavy v komunite	270
DOVHUNOVÁ RENÁTA Kritériá efektívnej starostlivosti o nehojace sa rany	277
FAJČÁKOVÁ ĽUBICA Postoj k zomieraniu a smrti z pohľadu rôznych kultúr	281
KABÁTOVÁ OĽGA Komunitná ošetrovateľská starostlivosť o seniorov	294
KUNDRACIKOVÁ ĽUBOSLAVA, KIŠKO ALEXANDER DERŇÁROVÁ ĽUBICA Kvalita života seniorov v súvislosti s pohybovou aktivitou	301
LACA PETER, KILÍKOVÁ MÁRIA Začleňovanie spirituálnych a duchovných potrieb pacientov do ošetrovateľskej starostlivosti	308
LANCOŠOVÁ KATARÍNA, TKÁČOVÁ ĽUBOMÍRA Implementácia alternatívnych metód v ošetrovateľskej starostlivosti o seniorov s demenciou pri Alzheimerovej chorobe	318
MAGUROVÁ DAGMAR, MAJERNÍKOVÁ ĽUDMILA GALDUNOVÁ HELENA, ELIÁŠOVÁ ANNA, ZAKUTNÁ LUCIA Dimenzie hospicovej starostlivosti	326
MAJERNÍKOVÁ ĽUDMILA, MAGUROVÁ DAGMAR OBROČNÍKOVÁ ANDREA, ELIÁŠOVÁ ANNA Svojpomocná skupina ako dôležitý atribút komunitnej sociálnej opory pacienta s nádorovým ochorením	335
MARTINKOVÁ JANA Úloha sestry v komunite migrantov v utečeneckom tábore Veroia (Grécko)	344
MURGOVÁ ANNA Vízia ošetrovateľstva v dobe globalizácie a informačnej explózie 21. storočia	348
POPOVIČOVÁ MÁRIA, WICZMÁNDYOVÁ DARINA HRINDOVÁ TATIANA Komunitná práca so seniormi ako metóda ošetrovateľskej starostlivosti	353
PUTEKOVÁ SILVIA Nefarmakologické postupy liečby demencie v komunite seniorov	367

RABINČÁK MAREK Kodependencia – tichý (ne)priateľ závislosti	372
RABINČÁK MAREK Implementácia psychoedukačných programov ako terapia do komunitného ošetrovateľstva	378
SIMOČKOVÁ VIERA, CIMBALOVÁ JANA, ZAMBORIOVÁ MÁRIA Sestra ako významný činiteľ v pomáhajúcich profesiách pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti	384
SNOPEK PETR Perioperační anesteziologická péče pohledem pacienta	389
ŠEVČOVIČOVÁ ANDREA Činnosť zdravotníkov pri záchrane životov v komunite väznených v koncentračných táboroch	396
TKÁČOVÁ EUBOMÍRA Starostlivosť o chronicky chorých v komunitnom ošetrovateľstve	402
WICZMÁNDYOVÁ DARINA Ošetrovateľstvo v kontexte humanitných vied	410

ABSTRAKTY

BARKASI DANIELA	430
Edukácia a sociálne poradenstvo pre komunitu diabetikov	
DZIACKA ALENA, BOTÍKOVÁ ANDREA	432
Prepojenie sociálnych a zdravotných služieb v starostlivosti o pacienta / klienta	
KMECOVÁ JAROSLAVA	434
Poslanie sociálneho pracovníka ako lídra v komunitnej práci	
KUŠEVOVÁ SILVIA	436
Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti v rómskej komunite	
MATYS MIROSLAV	438
Starostlivosť o zamestnancov v organizácii prostredníctvom sociálnej politiky	
MATYS SLAVOMÍR	441
Komunitná starostlivosť o zamestnancov v oblasti vzdelávania s ohľadom na tímovú prácu	
PANAS TERESA	444
Spirituality as a predictor of well-being of the individual	
VANSAČ PETER	446
Spiritualita ako podstatný prvok pre vznik a rozvoj komunity v zariadeniach sociálnych služieb	



III. MEDZINÁRODNÁ VEDECKÁ KONFERENCIA

***„KOMUNITNÁ STAROSTLIVOSŤ
V POMÁHAJÚCICH PROFESIÁCH“***

PROGRAM KONFERENCIE

Termín konania: 10. – 11. novembra 2016

Miesto konania: Detašované pracovisko Bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

“ SPONZORI ”



Mesto Michalovce

VEDECKÝ VÝBOR KONFERENCIE

- prof. MUDr. Vladimír KRČMÉRY, DrSc. Dr.h.c. mult.*
prof. MUDr. Marián KARVAJ, PhD.
prof. JUDr. Vojtech TKÁČ, CSc.
prof. MUDr. Jozef MIKLOŠKO, PhD.
prof. PaedDr. Milan SCHAVEL, PhD.
prof. MUDr. PhDr. Peter KALANIN, PhD.
prof. MUDr. Štefan KOVAL, PhD.
prof. PhDr. Mária KILÍKOVÁ, PhD.
prof. zw. dr hab. Paweł CZARNECKI, PhD., MBA, Dr. h. c.
prof. zw. dr hab. Wojciech SLOMSKI, Dr. h. c. Mult.
prof. PhDr. Anna ŽILOVÁ, PhD.
Mons. prof. ThDr. Peter ŠTURÁK, PhD.
Dr.h.c. prof. PhDr. Pavol DANCÁK, PhD.
doc. ThDr. Peter VANSÁČ, PhD.
doc. PhDr. Darina WICZMÁNDYOVÁ, PhD. mim. prof.
doc. ThDr. PaedDr. Martin JURAŠEK, PhD.
doc. MUDr. Mária BELOVIČOVÁ, PhD.
doc. PhDr. Alena NOVOTNÁ, PhD.
doc. PhDr. Irena KAMANOVÁ, PhD., MHA
Ing. Jaroslava KMECOVÁ, PhD., MBA

POZVANÍ HOSTIA

- Dr.h.c. prof. PhDr. Anna ELIÁŠOVÁ, PhD.*
dekanka Fakulty zdravotníckych odborov, Prešovskej univerzity v Prešove
prof. ThDr. Ján ŠAFIN, PhD.
dekan Pravoslávnej bohosloveckej fakulty, Prešovskej univerzity v Prešove
PhDr. Tatiana HRINDOVÁ, PhD.
ministerská sestra Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
PhDr. Tatiana KOŠŤOVÁ, PhD. MPH.
manažérka pre ošetrovateľskú starostlivosť Sveta zdravia
Mgr. Peter KULIFAJ
predseda Slovenskej komory sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce
Mgr. Iveta LAZOROVÁ
prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek

ORGANIZAČNÝ VÝBOR KONFERENCIE

RNDr. Daniela BARKASI, PhD.
 doc. PhDr. Anna MURGOVÁ, PhD.
 doc. PhDr. Lubomíra TKÁČOVÁ, PhD.
 PhDr. Mária POPOVIČOVÁ
 PhDr. Lýdia BUŠANIČOVÁ
 PhDr. Zuzana KULHOVÁ
 Mgr. Rastislav BARKASI
 Mgr. Martin MRÁZ
 Ing. Alexander BUGYI
 Mgr. Ing. Jozef BOROVIKA
 Mgr. Mária MACKOVÁ
 Mgr. Gabriela ŠAMUDOVSKÁ

PROGRAM KONFERENCIE

10.11.2016	
čas	AKTIVITA
13:00-14:00	Registrácia účastníkov konferencie
14:00-14:25	Slávnostné otvorenie
BLOK č.1	“ VYŽIADANÉ PREDNÁŠKY ”
	Predsedníctvo
	prof. JUDr. Vojtech TKÁČ, CSc. prof. MUDr. PhDr. Peter KALANIN, PhD. doc. ThDr. Peter VANSÁČ, PhD. doc. PhDr. Darina WICZMÁNDYOVÁ, PhD. mim. prof.
14:30-14:45	prof. JUDr. Vojtech TKÁČ, CSc. <i>Európsky model sociálnych práv a sociálna práca na Slovensku</i>
14:50-15:05	prof. MUDr. PhDr. Peter KALANIN, PhD. <i>Pozvaná prednáška na tému konferencie</i>
15:10-15:25	Mgr. Peter KULIFAJ <i>Perspektívy pôsobenia sociálnych pracovníkov v službách komunitnej starostlivosti</i>
15:30-15:45	prof. ThDr. Ján ŠAFIN, PhD. <i>Eschatológia na východe a západe v 11. až 14. storočí a jej sociálne dôsledky</i>
15:50-16:05	Dr.h.c. prof. PhDr. Pavol DANCÁK, PhD. <i>Sociálny kontext súcitu</i>
16:05-16:20	prof. PhDr. František HANOBIK, PhD., doc. ThDr. Peter VANSÁČ, PhD. <i>Etický rozmer človeka</i>
16:20-16:35	DISKUSIA
16:35-16:45	PRESTÁVKA

BLOK č. 2	“ PREDNÁŠKY OŠETROVATEĽSTVO ”
	Predsedníctvo
	doc. PhDr. Darina WICZMÁNDYOVÁ, PhD. mim. prof. PhDr. Tatiana KOSŤOVÁ, PhD. MPH. doc. PhDr. Anna MURGOVÁ, PhD.
16:45-17:00	Mgr. Iveta LAZOROVÁ <i>Pozvaná prednáška na tému konferencie</i>
17:00-17:15	PhDr. Alena DZIACKA, PhD., doc. PhDr. Andrea BOTÍKOVÁ, PhD. <i>Prepojenie sociálnych a zdravotných služieb v starostlivosti o pacienta/klienta</i>
17: 15-17:30	PhDr. Petr SNOPEK <i>Perioperační anesteziologická péče pohledem pacienta</i>

	“ PREDNÁŠKY SOCIÁLNA PRÁCA ”
17:30-17:45	prof. PhDr. Anna ŽILOVÁ, PhD. <i>Sociálna opora človeka v rámci komunity prostredníctvom sakrálnych objektov</i>
17:45-18:00	doc. PhDr. Alena NOVOTNÁ, PhD., Mgr. Andrea BARTÍKOVÁ <i>Poruchy vzťahu poradca – klient ako súčasť sociálneho poradenstva</i>
18:00-18:15	PhDr. Monika NOVÁ, PhD. <i>Chudoba a sociální vyloučení jako společenský problém</i>
18:15-18:30	Mgr. Róbert NEUPAUER <i>Integrálny rozvoj Rómov v kontexte sociálnej práce a pastoračnej práce realizovanej v komunitných a misijných centrách</i>
18:30-18:45	Mgr. Alena KOVAĽANOVÁ <i>Komunitná rehabilitácia a špecifické sociálne poradenstvo pre osoby s mentálnym postihnutím</i>
18:45-19:00	JUDr. Marcela CHOMOVÁ <i>Úloha sociálnej práce pri zácholáctve žiakov z marginalizovaných rómskych komunít</i>
19:00	DISKUSIA
	Ukončenie prvého dňa konferencie

11.11.2016	
08:00-08:30	<i>Registrácia účastníkov konferencie</i>
SEKCIA	Miestnosť č. 106
BLOK č.3a	“ PREDNÁŠKY OŠETROVATEĽSTVO ”
<i>doc. PhDr. Darina WICZMÁNDYOVÁ, PhD. mim. prof. PhDr. Tatiana HRINDOVÁ, PhD. doc. PhDr. Lubomíra TKÁČOVÁ, PhD.</i>	
08:30-08:45	<i>doc. PhDr. Darina WICZMÁNDYOVÁ, PhD. mim. prof. Ošetrovateľstvo v kontexte humanitných vied</i>
08:45-09:00	<i>PhDr. Tatiana HRINDOVÁ, PhD. Úloha ošetrovateľstva pri destigmatizácii duševne chorých</i>
09:00-09:15	<i>PhDr. Jana MARTINKOVÁ, PhD. Úloha sestry v komunite migrantov v utečeneckom tábore Veroia (Grécko)</i>
09:15-09:30	<i>PhDr. Silvia PUTEKOVÁ, PhD. Nefarmakologické postupy liečby demencie v komunite seniorov</i>
9:30- 9:45	<i>PhDr. Eva BALOGOVÁ, PhD., PhDr. Jarmila BRAMUŠKOVÁ, PhD. Nebojme sa „sprevádzania“</i>
09:45-:10:00	<i>PhDr. Andrea ŠEVČOVIČOVÁ Činnosť zdravotníkov pri záchrane životov v komunite väznených v koncentračných táborech</i>
10:00-10:15	DISKUSIA
10:15-:10:30	PRESTÁVKA
BLOK č.4a	“ PREDNÁŠKY OŠETROVATEĽSTVO ”
<i>doc. PhDr. Anna MURGOVÁ, PhD. doc. PhDr. Lubomíra TKÁČOVÁ, PhD. PhDr. Beáta GREŠŠ-HALÁSZ</i>	
10:30-10:45	<i>PhDr. Marek RABINČÁK Implementácia psychoedukačných programov ako terapia do komunitného ošetrovateľstva</i>
10:45-11:00	<i>doc. PhDr. Lubomíra TKÁČOVÁ, PhD. Starostlivosť o chronicky chorých v komunitnom ošetrovateľstve</i>
11:00-11:15	<i>doc. PhDr. Anna MURGOVÁ, PhD. Vízia ošetrovateľstva v dobe globalizácie a informačnej explózie 21. storočia</i>
11:15-11:30	<i>PhDr. Beáta GREŠŠ-HALÁSZ Kompetencie sestry s pokročilou praxou</i>
11:30-11:45	<i>PhDr. Ludmila MAJERNÍKOVÁ, PhD., PhDr. Dagmar MAGUROVÁ, PhD., PhDr. Andrea OBROČNÍKOVÁ, PhD. Dr.h.c. prof. PhDr. Anna ELIÁŠOVÁ, PhD. Svojpomocná skupina ako dôležitý atribút komunitnej sociálnej opory pacienta s nádorovým ochorením</i>
11:45-:12:00	<i>Mgr. Renáta DOVHUNOVÁ Kritéria efektívnej starostlivosti o nehojace sa rany</i>

12:00-12:15	DISKUSIA
12:15-13:00	PRESTÁVKA (OBED)

BLOK č.5a	“ PREDNÁŠKY OŠETROVATELSTVO”
	doc. PhDr. Anna MURGOVÁ, PhD. doc. PhDr. Ľubomíra TKÁČOVÁ, PhD. PhDr. Mária POPOVIČOVÁ
13:00-13:15	ThLic. Peter LACA, PhD. prof. PhDr. Mária KILÍKOVÁ, PhD. <i>Začleňovanie spirituálnych a duchovných potrieb pacientov do ošetrovateľskej starostlivosti</i>
13:15-13:30	Bc. Silvia KUŠEVOVÁ <i>Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti v rómskej komunite</i>
13:30-13:45	PhDr. Marek RABINČÁK <i>Kodependencia – tichý (ne)priateľ závislosti</i>
13:45-14:00	Mgr. Katarína LANCOŠOVÁ, doc. PhDr. Ľubomíra TKÁČOVÁ, PhD. <i>Implementácia alternatívnych metód v ošetrovateľskej starostlivosti o seniorov s demenciou pri Alzheimerovej chorobe</i>

14:00-14:15	PhDr. Mária POPOVIČOVÁ, doc. PhDr. Darina WICZMÁNDYOVÁ, PhD., mim. prof., PhDr. Tatiana HRINDOVÁ, PhD. <i>Komunitná práca so seniormi ako metóda ošetrovateľskej starostlivosti</i>
14:15-14:30	PhDr. Ľubica FAJČÁKOVÁ <i>Postoj k zomieraniu a smrti z pohľadu rôznych kultúr</i>
14:30-14:45	doc. PhDr. Viera SIMOČKOVÁ, PhD., PhDr. Mgr. Jana CIMBALOVÁ, PhD., doc. PhDr. Mária ZAMBORIOVÁ, PhD. <i>Sestra ako významný činiteľ v pomáhajúcich profesiách pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti</i>
14:30-14:45	DISKUSIA
14:45	UKONČENIE

POSTEROVÉ PREZENTÁCIE	
	PhDr. Oľga KABATOVÁ, PhD. <i>Komunitná ošetrovateľská starostlivosť o seniorov</i>
	PhDr. Ľuboslava KUNDRACIKOVÁ, doc. MUDr. Alexander KIŠKO, CSc., doc. PhDr. Ľubica DERŇAROVÁ, PhD. MPH., PhDr. Andrea ŠEVČOVIČOVÁ <i>Činnosť zdravotníkov pri záchrane životov v komunite väznených v koncentračných táborech</i>
	PhDr. Jarmila BRAMUŠKOVÁ, PhD., PhDr. Eva BALOGOVÁ, PhD. <i>Naliehavé a závažné stavy v komunite</i>
	PhDr. Dagmar MAGUROVÁ, PhD., PhDr. Ľudmila MAJERNÍKOVÁ, PhD., PaedDr. Helena GALDUNOVÁ, PhD., Dr.h.c. prof. PhDr. Anna ELIÁŠOVÁ, PhD., Bc. Lucia ZAKUTNÁ <i>Dimenzie hospicovej starostlivosti</i>
	PhDr. Andrea ŠEVČOVIČOVÁ <i>Činnosť zdravotníkov pri záchrane životov v komunite väznených v koncentračných táborech</i>
	Mgr. Eva KOVÁČOVÁ <i>Diagnostické nástroje v poradenstve zameraného na pracovné uplatnenie znevýhodnených skupín na trhu práce</i>

SEKCIA	Miestnosť č. 105
BLOK č. 3 b	“ PREDNÁŠKY SOCIÁLNA PRÁCA ”
	prof. JUDr. Vojtech TKÁČ, CSc. doc. ThDr. Peter VANSÁČ, PhD. doc. ThDr. PaedDr. Martin JURAŠEK, PhD.
08:30-08:45	PhDr. Lýdia BUŠANIČOVÁ, Mgr. Jana KONEČNÁ, PhDr. Igor MAGERA, PhD. <i>Komunitná starostlivosť – zvyšovanie statusu prijímateľov sociálnych služieb</i>
08:45-09:00	Ing. Jaroslava KMECOVÁ, PhD., MBA., LL.M. <i>Poslanie sociálneho pracovníka ako lídra v komunitnej práci</i>
09:00-09:15	PhDr. PaedDr. Radoslav MICHEL, PhD. <i>Úlohy komunitného sociálneho pracovníka v rómskej komunite</i>
09:15-09:30	doc. ThDr. PaedDr. Martin JURAŠEK, PhD., MUDr. LUBOMÍR JACKO, PhD., MBA <i>Súčasný trendy sociálnej práce s migrantmi</i>
09:30-09:45	doc. ThDr. Peter VANSÁČ, PhD. <i>Spiritualita ako podstatný prvok pre vznik a rozvoj komunity v zariadeniach sociálnych služieb</i>
09:45-10:00	PhDr. Marcela PABIŠOVÁ <i>Poskytovanie sociálnych služieb ľuďom bez domova na úseku pre ošetrovateľskú starostlivosť FNŠP Prešov</i>
10:00-:10:15	Mgr. Rastislav BARKASI <i>Náboženská spiritualita a sila viery ako významný faktor pri motivácii pomoci v komunite</i>
10:15-:10:30	DISKUSIA
10:30-:10:45	PRESTÁVKA

BLOK č.4b	“ PREDNÁŠKY SOCIÁLNA PRÁCA ”
	doc. ThDr. Peter VANSÁČ, PhD. doc. ThDr. PaedDr. Martin JURAŠEK, PhD. RNDr. Daniela BARKASI, PhD.
10:45-11:00	Mgr. Ivona BURYOVÁ, PhD. prof. WSM. PhDr. Mariola KRAKOWCZYKOVÁ, PhD. , <i>Sociální interakce v pomáhajících profesích a činitelé, kteří ji ovlivňují</i>
11:00-11:15	PhDr. Jiří PAVLŮ, PhD. <i>O osobnosti v pomáhajících profesích</i>
11:15-11:30	dr n. hum. Teresa PANAS <i>Spirituality as a predictor of well-being of the individual</i>
11:30-11:45	doc. Victoria RIUL', PhD. <i>The mobility and migration processes</i>
11:45-12:00	doc. PhDr. Stanislava HUNYADIOVÁ, PhD., PhDr. Margita BRUTOVSKÁ <i>Nenásilná komunikácia pri práci s komunitou</i>

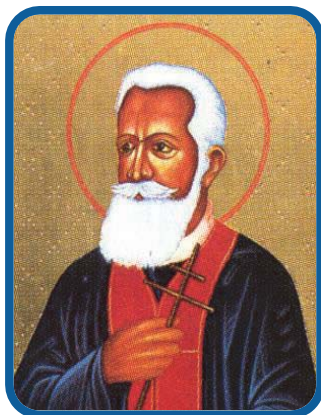
12:00-12:15	Mgr. Monika ŠOVČÍKOVÁ <i>Sociálne poradenstvo ako súčasť sociálnej práce s komunitou nezamestnaných</i>
12:00-12:15	DISKUSIA
12:15-13:00	PRESTÁVKA (OBED)

BLOK č.5b	“ PREDNÁŠKY SOCIÁLNA PRÁCA ” doc. ThDr. Peter VANSÁČ, PhD. doc. ThDr. PaedDr. Martin JURAŠEK, PhD. RNDr. Daniela BARKASI, PhD.
13:00-13:15	doc. ThDr. Peter VANSÁČ, PhD., PhDr. Mária HUMENÍKOVÁ <i>Kvalita poskytovania sociálnych služieb v kontexte komunitnej sociálnej práce</i>
13:15-13:30	Ing. Slavomír MATYS <i>Komunitná starostlivosť o zamestnancov v oblasti vzdelávania s ohľadom na tímovú prácu</i>
13:30-13:45	Ing. Miroslav MATYS <i>Starostlivosť o zamestnancov v organizácii prostredníctvom sociálnej politiky</i>
13:45-14:00	Mgr. Vladimír DOBDA <i>Aspekty komunitnej práce s utečencami, žiadateľmi o azyl a azylantmi v zmysle antiopresívnych prístupov v sociálnej práci</i>
14:00-14:15	PhDr. Martina PAVLOVÁ <i>Starostlivosť o seniorov so závislosťami žijúcich v zariadeniach sociálnych služieb</i>
14:15-14:30	PhDr. Jana BERNATOVÁ, PhD., RNDr. Daniela BARKASI, PhD. <i>Komunitná starostlivosť v kontexte multikultúry</i>
14:30-14:45	DISKUSIA
BLOK č.6b	“ PREDNÁŠKY SOCIÁLNA PRÁCA ” ThDr. Pavol KOCHAN, PhD. Mgr. Ján PILKO, PhD. Mgr. Rastislav BARKASI
14:45-15:00	Mgr. Ján PILKO, PhD., Mgr. Rastislav BARKASI <i>Pohľad na chorého a zomierajúceho človeka v kontexte pravoslávnej spirituality</i>
15:00-15:15	ThDr. Pavol KOCHAN, PhD. <i>Miesto ikonografie ako súčasť spirituálneho života kresťanskej komunity</i>
15:15-15:30	RNDr. Daniela BARKASI, PhD., Mgr. Rastislav BARKASI, Ing. Alexander BUGYI <i>Terénna sociálna práca z marginalizovanými komunitami obcí.</i>
15:30-15:45	Mgr. Martin MRÁZ <i>Síla komunity</i>
15:45-16:00	RNDr. Daniela BARKASI, PhD., doc. ThDr. Peter VANSÁČ, PhD., Ing. Matej BOBOVNÍK, PhD. <i>Význam komunitnej práce s občanmi ohrozenými sociálnym vylúčením v meste Michalovce</i>
16:00-16:15	Mgr. Žofia KOLLÁROVÁ <i>Komunita zamestnaných chudobných ako nový fenomén spoločnosti</i>
16:15-16:30	DISKUSIA

BLOK č.7b	“ PREDNÁŠKY SOCIÁLNA PRÁCA ”
	prof. JUDr. Vojtech TKÁČ, CSc. doc. ThDr. Peter VANSÁČ, PhD. ThDr. Pavol KOCHAN, PhD.
16:30-16:45	doc. Natalia VARHA, PhD., PhDr. Ján HOLONICH, PhD. <i>Involvement in the labor market of the high school graduates</i>
16:45-17:00	Mgr. Mária HEVEROVÁ <i>Inovácie v oblasti nefarmakologických prístupov liečby demencie a Alzheimerovej choroby vo vybraných krajinách európskej únie</i>
17:00-17:15	Mgr. Mariana HUDÁKOVÁ <i>Komunitná starostlivosť v pomáhajúcich profesiách</i> <i>Opatrovateľská služba poskytovaná v meste Michalovce</i>
17:15-17:30	Ing. Helena ČAKLOŠOVÁ <i>Potreby a trendy komunitnej starostlivosti o seniorov</i>
17:30-17:45	DISKUSIA
17:45	UKONČENIE

TEŠÍME SA NA VAŠU ÚČASŤ





Sociálna práca



PREDHOVOR

Milí čitatelia,

Sme radi, že sa môžeme s Vami podeliť o odborné poznatky, ktoré sú uvedené v Zborníku z III. Medzinárodnej vedeckej konferencie, ktorá sa konala pri príležitosti 10. výročia založenia Detašovaného pracoviska bl. M. D. Trčku v Michalovciach. Téma konferencie bola: „*Komunitná starostlivosť v pomáhajúcich profesiách.*“

Cieľom konferencie bolo:

- výmena najnovších poznatkov v oblasti starostlivosti o človeka,
- prezentácia výsledkov výskumov v predmetnej oblasti,
- smerovanie komunitnej práce zameranej na pomoc človeku v núdzi.

Príspevky jednotlivých účastníkov konferencie sa týkajú sociálnej a zdravotnej starostlivosti. Je to aj požiadavka Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky, ktoré si v Národných prioritách rozvoja sociálnych služieb 2015-2020 stanovilo „*prepojiť systém sociálnych služieb a zdravotnú starostlivosť do systému dlhodobej zdravotno-sociálnej starostlivosti*“ na úrovni jednotlivých komunit a regiónov. Vedecké príspevky uvedené v zborníku svedčia o naplnení cieľov III. Medzinárodnej vedeckej konferencie, ktorá sa konala 10. – 11. novembra 2016 v Michalovciach.

člen vedeckého výboru konferencie
doc. ThDr. Peter Vansač, PhD

TERÉNNA SOCIÁLNA PRÁCA S MARGINALIZOVANÝMI KOMUNITAMI V OBCI

¹Barkasi Daniela, ²Barkasi Rastislav, ²Bugyi Alexander

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava- Detašované pracovisko Michalovce, Ústav Bl. Metoda Trčku

²Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava – externý doktorand

Abstrakt

Príspevok je venovaný terénnej sociálnej práci s marginalizovanými komunitami v obci. V príspevku charakterizujeme špecifiká terénnej sociálnej práce v obci a oblasti pôsobenia terénneho sociálneho pracovníka, ako i jeho úlohy a vlastnosti, ktoré sú nevyhnutné pre prácu s marginalizovanou komunitou.

KLúčové slová: Terénna sociálna práca. Terénny sociálny pracovník. Marginalizované komunity.

Abstract

The paper is dedicated to the field social work with marginalized communities in the municipality. In this paper we describe the specifics of field social work in the village and field of activity field social workers as well as the roles and features that are essential for working with marginalized communities.

Key words: Social work. Social field workers. Marginalized communities.

Úvod

V dôsledku nerovnomerného spoločensko-ekonomického vývoja dochádza v našej spoločnosti k nárastu negatívnych spoločenských javov. Ide najmä o kriminalitu, drogovú závislosť, asociálne a antisociálne správanie. Narastá počet osôb, ktoré sa dostali do nepriaznivej životnej situácie, ktorú nevedia sami vyriešiť. Dôvody sú rôzne. Môže ísť o psychické postihnutia, nedostatočné uplatnenie sa na trhu práce, rozvrat rodiny. V dôsledku toho dochádza k nárastu sociálno-patologických javov u detí, mládeže, ale aj dospelých (Schavel, Oláh, 2008). Osobitný význam má terénna sociálna práca s marginalizovanými rómskymi komunitami. Toto prostredie je charakteristické dlhodobou nezamestnanosťou obyvateľov týchto skupín, málo dostupnými službami, nevedomosťou obyvateľov a slabou informovanosťou o poskytovaní pomoci. Obyvatelia marginalizovaných rómskych komunít veľmi často nedokážu riešiť svoje problémy bez odbornej pomoci. Sú neschopní a neznalí na prekonávanie zdanlivo banálnych prekážok, ktoré nie sú schopní bez odborníka vyriešiť. Dlhodobé hromadenie takýchto problémov si vyžaduje pravidelnú a dlhodobú intervenciu odborníkov (Rusnáková, 2006). Marginalizované skupiny obyvateľstva sú skupiny ľudí vytláčané na okraj spoločnosti. Sú často vystavené kultúrnej a sociálnej izolácii. V širšom slova zmysle sem patria zdravotne postihnutí občania, starší ľudia, nezamestnaní, ľudia bez domova, rómske komunity. Tieto skupiny obyvateľov sú často odkázané na pomoc štátu. O sociálnom vylúčení komunity hovoríme vtedy, ak niekto z rôznych príčin nemá rovnaký prístup k zdrojom ako ostatní. Často je vylúčenie spojené s chudobou, zdravotným, telesným aj mentálnym postihnutím. Vylúčená komunita žije v neštandardných podmienkach, ktoré sú

odlišné s uznávanými hodnotami ostatných skupín miestnej komunity. Tým sa problémy prehlbujú a dostávajú sa do začarovaného kruhu (Ambrózová, 2006). Podľa Lukáča (2003) je sociálne vylúčenie charakteristické predovšetkým vysokým podielom Rómov v niektorých regiónoch, vysokou nezamestnanosťou, výskytom sociálno-patologických javov a nízkou vzdelanosťou úrovňou. Cieľom terénnej sociálnej práce v obci je poskytnúť odbornú pomoc všetkým obyvateľom, ktorí sa ocitnú v nepriaznivej sociálnej situácii. Nie sú schopní primerane riešiť svoj sociálny problém ani sami, ani s pomocou rodiny a blízkych. Špecifickým cieľom terénnej sociálnej práce v obci je hľadať riešenia nepriaznivej sociálnej situácie tých obyvateľov, ktorí sa z dôvodu dlhodobého neriešenia sociálnych problémov stali členmi marginalizovanej komunity. S tým sú potom spojené problémy s diskrimináciou v spoločnosti, so zamestnaním a s mnohými ďalšími problémami.

Terénna sociálna práca v obci

Terénna sociálna práca v obci má zabrániť, aby sa rizikovní jedinci alebo rodiny stali vylúčenými. Zároveň by mala pomôcť už vylúčeným jedincom alebo rodinám sa aktívne spolupodieľať na živote obce a tak výrazne ovplyvniť kvalitu ich ďalšieho spolunažívania v obci. Ako sme už spomínali, terénna sociálna práca sa vykonáva v prirodzenom prostredí klienta. Ide o miesto, kde sa klient cíti bezpečne, dobre, dôverne pozná dané miesto a trávi na tom mieste veľkú časť svojho času. Ak je klientom terénneho sociálneho pracovníka Róm, ktorý žije v marginalizovanej komunite, pracovník musí pracovať práve v tomto prostredí. Výhodou práce v tomto prirodzenom prostredí je to, že terénny sociálny pracovník sa má možnosť oboznámiť s prostredím, kde klient žije, kde trávi svoj čas. Tým má možnosť porozumieť, čím bol klient ovplyvnený, keď konal tak, že sa dostal do určitých problémov a potrebuje pomoc. Na základe informácií a vlastných skúseností vieme, že každá marginalizovaná komunita je iná. Preto poznanie základných charakteristík danej komunity je veľmi dôležité. Hoci segregované komunity majú podobné vonkajšie črty, čo znamená veľa obydlí na malom priestore a nevyhovujúce životné podmienky, každá komunita uznáva iné hodnoty, normy, kultúrne tradície. Pre budovanie spolupráce terénneho sociálneho pracovníka s klientom je veľmi dôležitá orientácia vo vzťahoch v komunite. Rovnako dôležité pre terénneho sociálneho pracovníka je aj priestorové zabezpečenie. Kancelária patrí medzi základné podmienky pre realizáciu terénnej sociálnej práce. Poskytuje pracovníkovi, ako aj klientovi bezpečie a súkromie. Je miestom, kde môžu klienti nájsť terénneho sociálneho pracovníka, ako aj miesto, kde pracovník vykonáva aj iné zo svojich úloh, napr. rôzne administratívne úkony a konzultácie s odborníkmi v danej oblasti (Oláh a kol., 2012).

Terénny sociálny pracovník, pri riešení akýchkoľvek sociálnych problémov obyvateľov obce, hlavne marginalizovanej komunity v obci, veľmi úzko spolupracuje: s komunitným pracovníkom – širšie formuje sociálne prostredie v prospech klientov, s učiteľmi základnej školy – vyžaduje a poskytuje informácie o svojich klientoch, konzultuje možné navrhované riešenia pre klienta v daných oblastiach s Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny, s pobočkou Sociálnej poisťovne, so súdom, pokiaľ tomu nebráni zákon, zúčastnené strany majú právo vzájomne si vymieňať informácie o klientovi potrebné pre svoju prácu, s regionálnou kanceláriou Úradu splnomocnenca vlády SR pre rómske komunity a sovietskymi pracovníkmi, ktorí pracujú v danej lokalite s marginalizovanou komunitou. Pri práci s rómskou komunitou

je nevyhnutné uvedomiť si, že rómska populácia je rôznorodá. Rozdiely medzi rómskymi a lokálnymi skupinami sú významné a evidentne odlišné. Terénni sociálni pracovníci, ktorí pracujú s marginalizovanými skupinami, obzvlášť rómskymi klientmi, musia neustále bojovať proti stereotypom, predsudkom a diskriminácii (Oláh a kol., 2012). Prácu terénneho sociálneho pracovníka pre rómsku minoritu charakterizujú tieto aktivity a prístupy: snaha o integráciu Rómov, zapájanie Rómov do procesu integrácie, zbavovanie sa predsudkov na báze rasizmu, vnímanie interaktívnych väzieb založené na partnerskom princípe, znižovanie sociálneho napätia, hovorenie pravdy, získavanie a hodnotenie presných údajov o vzájomnom spolunažívaní, usilovanie sa o vytvorenie rómskej inteligencie, ktorá by prirodzenejšie ovplyvňovala riešenie problematiky Rómov (Schavel, Oláh, 2008). Terénna sociálna práca s klientom z marginalizovaných komunit vyžaduje špecifické postupy. Terénny sociálny pracovník musí vo väčšej miere ako je zvyčajné v bežnej komunite obce vyhľadávať svojich klientov, oboznamovať sa s prostredím, v ktorom žijú. Dostať sa k základným informáciám o ich sociálnej situácii, byť empatický ku klientovi a k jeho momentálnej situácii, v ktorej sa nachádza. Pružne reagovať a tvorivo hľadať riešenia, ktoré budú riešiť problémy členov marginalizovanej komunity.

Špecifiká terénnej sociálnej práce v obci a oblasti pôsobenia terénneho sociálneho pracovníka

Terénna sociálna práca v obci je špecifická tým, že má podobu prvého kontaktu terénneho sociálneho pracovníka a jednotlivca alebo rodiny, ktorí potrebujú pomocť prekonať nepriaznivú situáciu. V závislosti od problému, terénny sociálny pracovník spolu s klientom si stanoví cieľ na prekonanie tejto situácie alebo hľadajú ďalšiu odbornú pomoc v iných špecializovaných inštitúciách. Medzi typické znaky terénnej sociálnej práce v marginalizovaných komunitách patria: vysoká koncentrácia sociálnych prípadov, viacnásobné sociálne problémy, riešenie problémov hlavne v oblasti zdravia, bývania a zamestnania, nedôvera voči terénnemu sociálnemu pracovníkovi, nízke kompetencie klientov pre realizáciu samostatných krokov, negatívny vplyv prostredia, v ktorom klient žije, na jeho správanie a konanie (Lehoczká, Haburajová, Ilavská, 2009). Terénny sociálny pracovník v marginalizovanej komunite vykonáva najmä tieto odborné činnosti: monitoruje a mapuje terén komunity, aby získal dôležité informácie o spôsobe života v tejto komunite, vyhľadáva sociálne slabých, ktorí nie sú schopní riešiť svoje sociálne problémy, sprostredkúva klientom špecializované služby v odborných inštitúciách, vykonáva poradenstvo pri osobných problémoch, podporuje a motivuje klienta k samostatnému riešeniu svojich problémov, podporuje sebavedomie a zodpovednosť u klientov, prispieva k prevencii násillia a k odstráneniu kriminality v komunite, zabraňuje úplnému vyčleneniu marginalizovaných skupín zo spoločnosti. Stancel Arranz (2006) predkladá hlavné problémy týkajúce sa Rómov v týchto oblastiach: vzdelanie, zamestnanosť, bývanie, zdravotníctvo. Aj terénny sociálny pracovník, pôsobiaci v marginalizovaných komunitách, sa riadi Etickým kódexom sociálneho pracovníka (1997). Za východiskové hodnoty v tomto prípade možno považovať: dôstojnosť jednotlivca a jeho ľudskú hodnotu, sociálnu spravodlivosť, integritu, neškodenie, neublížovanie, kompetentnosť.

Dôstojnosť jednotlivca a jeho ľudská hodnota – táto hodnota vyjadruje presvedčenie o hodnote ľudskej bytosti. Každá ľudská bytosť si zaslúži rešpekt a dôstojné zaobchádzanie. Treba podporovať a rozvíjať každú osobnosť bez ohľadu na vek, rasu, rod aj sociálne postavenie v spoločnosti. Terénny sociálny pracovník v obci sa vo svojom konaní vyhýba akémukoľvek haneniu klienta. Ochraňuje práva a záujmy klientov a hľadá možnosti, ako zapojiť klientov do procesu riešenia ich problémov. Klienta neberie ako objekt jeho pomoci, ale ako partnera pri riešení jeho vlastného problému. Vzhľadom na odlišné životné hodnoty, kultúrne zvyklosti a životné ciele a vzťahy, terénny sociálny pracovník nenúti klienta osvojiť si jeho hodnoty a riadiť sa nimi. Pracovník ich môže klientovi ponúknuť, ale rešpektuje jeho rozhodnutie, ak nemá záujem stotožniť sa s nimi.

Sociálna spravodlivosť – táto hodnota zdôrazňuje právo na rovnaký prístup k zdravotným, sociálnym, vzdelávacím a kultúrnym službám, právo na rovnaké zaobchádzanie a ochranu podľa zákona. Terénny sociálny pracovník v obci sa snaží zdoлаvať bariéry a rozširovať možnosti pre klientov, ktorí sú vylúčení, nejakým spôsobom znevýhodnení a majú špecifické potreby. Snaží sa svojím správaním aktívne zúčastňovať na obmedzovaní predsudkov a stereotypov a pozitívne ovplyvňuje verejné povedomie obce popri priamej terénnej práci s klientmi.

Integrita – táto hodnota vyjadruje čestnosť, otvorenosť a nestrannosť v pomoci v akomkoľvek konaní terénneho sociálneho pracovníka. Terénny sociálny pracovník v obci uprednostňuje potreby a záujmy klientov pred vlastnými. Nezneužíva svoju profesionálnu prevahu na manipuláciu klienta. U všetkých klientov sa usiluje o informovaný súhlas a zodpovednosť za rozhodnutia. Pracovník nepožičiava klientom svoje vlastné peniaze. Neuprednostňuje tých klientov, ktorí sú pracovníkovi viac sympatickí alebo sa s nimi ľahšie pracuje.

Neškodenie, neublížovanie – táto hodnota vyjadruje zásadu neublížovať ostatným. Terénny sociálny pracovník v obci nikdy o kľúčových rozhodnutiach nerozhoduje sám, snaží sa radíť o najlepších spôsoboch riešenia s kolegami. Na verejnosti dodržiava profesionálnu mlčanlivosť o všetkom, čo súvisí s klientom.

Kompetentnosť – táto hodnota vyjadruje svedomitosť, odbornosť a profesionálne pôsobenie na verejnosti vo vzťahu voči klientom, kolegom, inštitúciám, kde terénny sociálny pracovník nereprezentuje len svoju osobu, ale aj vlastnú profesiu. Terénny sociálny pracovník nerieši ako klientov svojich blízkych, priateľov a príbuzných. Snaží sa byť nestranný a objektívny. Jasne si vymedzuje kompetencie vo vzťahu voči nadriadeným, aby bol efektívny a nedochádzalo k profesionálnemu zneužívaniu. Usiluje sa o zvýšenie dôvery voči terénnej sociálnej práci. Snaží sa o systematické celoživotné vzdelávanie a aplikovanie nových zručností v praxi (Tokárová a kol., 2007).

Záver

Požiadavky na osobnosť terénneho sociálneho pracovníka podliehajú zmenám spoločnosti, ktorá má v dnešnej dobe vysokú odbornú úroveň, profesionálne kompetencie, ľudské a morálne kvality, ktoré nie sú bežné u iných členov populácie. Zvyšujú sa nároky na výkon ich povolania a očakáva sa od nich plnenie takého množstva funkcií, ako nikdy predtým. Sociálny pracovník je nenahraditeľnou súčasťou procesu pri riešení rôznych nepriaznivých

životných situácií. Z týchto dôvodov sa musí sociálny pracovník naučiť, doceniť a využiť kompetencie pri výkone svojho povolania. Aj pre túto profesiu sa stáva nevyhnutné celoživotné vzdelávanie. Ako a do akej miery sa bude sociálny pracovník zdokonaľovať a rozvíjať, záleží na ňom samotnom. Terajšia práca sociálneho pracovníka je autonómna, slobodná, vychádzajúca z etiky medziľudských vzťahov, humanizácie a demokratizácie týchto vzťahov. Dnešný sociálny pracovník by mal byť tvorivý, to znamená, že by mal svojich klientov naučiť kriticky a tvorivo myslieť, racionálne sa učiť, efektívne využívať informácie, využívať aktivizujúce metódy, vedieť odpovedať klientom na ich otázky, poznať realitu života a hlavne viesť klientov k svojpomoci. Formou terénnej sociálnej práce sa určite zlepšia a skvalitní život ohrozenej skupiny obyvateľstva. Realizovaním projektov, ktoré majú pomôcť pri riešení problémov v obciach s marginalizovanými komunitami, sa výrazne zlepšia vzťahy medzi minoritou a majoritou obce. Hlavnou potrebou je zabezpečiť zlepšenie životných podmienok, zvýšiť zamestnanosť, čím sa zabezpečí stabilný príjem. Integrovaním marginalizovaných skupín k majoritnému obyvateľstvu sa zmenia postoje a životný štýl minority. Formou preventívnych, poradenských a rozvojových programov by mal tento typ služieb vytvoriť optimálnejší priestor pre plnohodnotnejšie a rovnocennejšie životné podmienky marginalizovaných komunit. Aj napriek tomu, že terénni sociálni pracovníci dlhodobo pracujú so sociálne vylúčenými komunitami, dochádza k nepochopeniu práce terénnych sociálnych pracovníkov zo strany majority aj napriek tomu, že sú často jediným mostom, ktorý spája obyvateľov majority a minority. Cieľom terénnej sociálnej práce je riešenie sociálnych problémov klientov, odhaľovanie a upozorňovanie na existujúce a vznikajúce problémy. Sústavná práca s marginalizovanými komunitami zabráni zhoršovaniu existujúcich problémov a pomôže týmto skupinám obyvateľstva ľahšie sa začleniť do majoritnej spoločnosti.

Použitá literatúra

- AMBRÓZOVÁ, A. a kol. 2006. Proces terénnej sociálnej práce v sociálne vylúčenej komunite. 1. vyd. Bratislava : PDCS, 2006. 76 s. ISBN 80-969431-3-8
- LEHOCZKÁ, L. – HABURAJOVÁ – ILAVSKÁ, L. 2009. Multimediálny rozmer edukácie a sociálnej práce v rómskych komunitách. 1. vyd. Nitra : UKF V NITRE, 2009. 398 s. ISBN 978-80-8094-502-2.
- LUKÁČ, M. 2003. Sociálna marginalizácia a sociálna exklúzia v živote rómskeho etnika. In FRK, V. Kvalita života v spektre andragogických a sociálnopsychologických disciplín: medzinárodný zborník vedeckých štúdií grantovej úlohy VEGA č. 1/0457/02. Prešov : Akcent Print. ISBN 80-968367-7-3.
- OLÁH, M. a kol. 2012. Metódy sociálnej práce v praxi. 1. vyd. Bratislava : VŠZASP SV. ALŽBETY, 2012. 317 s. ISBN 978-80-8132-039-2.
- RUSNÁKOVÁ, J. 2006. Možnosti sociálnej práce v rómskych komunitách. In: ROSINSKÝ, R. a kol. 2006. Amare Roma, špecifiká práce v rómskych komunitách. Nitra : UKF Nitra, 2006.

SCHAVEL, M. – OLÁH, M. 2008. Sociálne poradenstvo a komunikácia. 2. vyd. Bratislava : VŠZaSP SV. ALŽBETY, 2008. 224 s. ISBN 80-8068-487-1. Spôsob vedenia dokumentácie pri výkone terénnej sociálnej práce. 2013. Fond sociálneho rozvoja v rámci implementácie národného projektu Terénna sociálna práca v obciach.

STANCEL ARRANZ, J. 2006. Vzdelávanie: spoločný projekt. Kľúčové otázky a stratégie pre integráciu rómskej mládeže do vzdelávania. Madrid : Fundación Secretariado Gitano, 2006. 87 s.

TOKÁROVÁ, A. a kol. 2007. Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce. 1. vyd. Prešov : AKCENT PRINT, 2007. 572 s. ISBN 978-80-969-4198-8. Úvod do štandardov terénnej sociálnej práce v obci s osobitným zreteľom na prácu s vylúčenými komunitami. 2009. Bratislava : 2009. 48 s. ISBN 978-80-970110-0-0.

Kontaktná adresa

RNDr. Daniela Barkasi, PhD.

Detašované pracovisko Bl. M. D. Trčku v Michalovciach VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave
Partizánska 23, Michalovce 071 01

email: daniela.barkasi@gmail.com

VÝZNAM KOMUNITNEJ PRÁCE S OBČANMI OHROZENÝMI SOCIÁLNYM VYLÚČENÍM V MESTE MICHALOVCE

¹Barkasi Daniela, ¹Vansáč Peter, ¹Bobovnik Matej

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava - Detašované pracovisko Michalovce, Ústav Bl. Metoda Trčku

Abstrakt

Príspevok je venovaný komunitnej práci s občanmi ohrozenými sociálnym vylúčením v meste Michalovce. V príspevku poukazujeme na význam projektov, ktoré sa realizovali pre túto cieľovú skupinu a charakterizujeme najvýznamnejšie zmeny, ktoré boli v tejto lokalite zrealizované prostredníctvom terénnej sociálnej práce, v spolupráci aj s inými inštitúciami.

KLúčové slová: Komunitná práca. Vylúčená komunita. Terénna sociálna práca.

Abstract

The paper is devoted to community work with citizens at risk of social exclusion in Michalovce. The paper highlights the importance of projects that have been implemented for this target group and to characterize the most significant changes that have been implemented in this area through field social work in collaboration with other institutions.

Key words: Community work. Excluded communities. Social work.

Úvod

Komunita je súhrn osôb, pre ktoré je charakteristické, že žijú v určitom vymedzenom priestore, kde vykonávajú každodenné aktivity a zvyčajne tvoria autonómnou jednotku. Je to sociálny útvar s vonkajšími a vnútornými znakmi na dvoch úrovniach - sociálne väzby medzi členmi v rámci vlastnej komunity a sociálne väzby a špecifické postavenie komunity v rámci širšieho sociálneho prostredia obce, mestskej časti, mesta. Komunitnú prácu môžeme chápať v najširšom ponímaní ako praktickú pomoc ľuďom spájať sa navzájom za účelom identifikovania a naplňania spoločných záujmov, identifikovania a odstraňovania spoločných problémov (Mátel, Hardy a kol., 2013). Podľa Matouška et al. (2003, s. 92) „*je komunita spoločenstvom ľudí žijúcich alebo spolupracujúcich v jednej inštitúcii alebo v jednej lokalite. Pre komunitu je charakteristické, že má svoju atmosféru, svoje spôsoby komunikácie, svoju hranicu, ktorá môže byť viac či menej priepustná voči okoliu*“. Sociálna práca s komunitou je metóda sociálnej práce, ktorá má za úlohu pomáhať ľuďom žijúcim na určitom vymedzenom území pri riešení konkrétnych životných situácií. Sociálny pracovník pri tom musí rešpektovať biologické, etnické, sociálne, kultúrne a iné osobitosti obyvateľov komunity. **Špecifickým typom komunity** je vylúčená komunita, pod ktorým rozumieme časť alebo skupinu obyvateľov obce, ktorí sa určitými prejavmi, znakmi svojho života významne odlišujú od ostatných obyvateľov. Pre vylúčenú komunitu sú charakteristické viaceré znaky. Takými diferencujúcimi znakmi môžu byť príjmová chudoba rodín, extrémne vysoká nezamestnanosť členov vylúčenej komunity, nízka až žiadna vzdelanostná úroveň, nízka úroveň bývania, nezdravý až seba poškodzujúci spôsob života, nedostatočná starostlivosť o zdravie, absencia verejnej infraštruktúry, ktorá spôsobuje izoláciu sídla vylúčenej komunity a nedostatok kontaktov s ostatnými skupinami obyvateľov obce a spoločnosti. **Dôležitým**

poznávacím znakom vylúčenej komunity je rozdielne hodnotenie tohto stavu jej členmi a ostatnými obyvateľmi obce. Členovia vylúčenej komunity zvyčajne vnímajú túto vylúčenosť ako diskrimináciu zo strany spoločnosti, či zvyšnej časti obecnej komunity. Na druhej strane zase zvyšná časť obecnej komunity vníma vylúčenú komunitu ako dobrovoľné odlišenie sa jej členov od štandardných vzorcov správania a ako dôsledok nechoty prijať ich. Komunitnú prácu definuje Matoušek et al. (2003, s. 95) ako „*proces pomáhajúci ľuďom, aby spoločnou aktivitou vyriešili problémy miestnej komunity, prípadne aby zlepšili podmienky svojho života v komunite, pričom tento proces zvyčajne vyžaduje účasť profesionálnych sociálnych pracovníkov*“. Komunitná práca obsahuje dva princípy, a to vzdelávanie a presadzovanie zmeny. Okrem komunitnej práce poznáme i terénnu sociálnu prácu. Rozdiel medzi nimi je v tom, že komunitná práca je zameraná skupinovo – pracuje s komunitou a jej predstaviteľmi, spolu s nimi formuluje spoločné problémy a hľadá ich riešenia. Komunitné plánovanie predstavuje jednu zo základných metód komunitnej práce. Terénna sociálna práca je zameraná na jednotlivca, jeho rodinu, prípadne na iné úzke sociálne väzby. Komunitnú prácu v obci môžeme definovať ako systematický, cieľavedomý proces zlepšovania sociálnych vzťahov medzi záujmovými skupinami obyvateľov obce a inštitúciami, ktoré formujú ich každodennú realitu. Hlavným cieľom komunitnej práce v obci je motivovať obyvateľov obce a inštitúcie k hľadaniu a formulovaniu spoločných cieľov, ako aj foriem spolupráce na ich dosahovaní. Sociálny pracovník, ktorý pracuje s komunitou by sa mal usilovať predovšetkým o dôkladné poznanie potrieb a problémov komunity, o zapojenie všetkých obyvateľov komunity do riešenia problémov a realizáciu reálnych zmien. **Cieľom komunitnej práce** je sociálna zmena, identifikácia a prekonanie štrukturálnych bariér, ktorých dôsledkom je sociálna exklúzia skupín obyvateľstva. Komunitná práca v obci umožňuje, aby sa členovia komunity stali aktívnymi partnermi v regenerácii komunity, a to tým, že k nej sami prispejú a budú na tom participovať. Táto aktívna spolupráca by mala umožniť, aby mali do istej miery moc a kontrolu nad procesmi, do ktorých sa zapájajú. Pre komunitnú prácu s vylúčenou komunitou je charakteristická dvojúrovňosť. Jednou úrovňou komunitnej práce je komunitná práca s vylúčenou komunitou, kde cieľom je motivovať členov vylúčenej komunity na spoločnú aktívnu prácu pri odstraňovaní príčin, ktoré viedli k tejto vylúčenosti. Druhou úrovňou je práca s celou komunitou, ktorá je zameraná na odstraňovanie napätia či konfliktov medzi vylúčenou komunitou a zvyšnou časťou obce, ako i na zmenšovanie rozdielov medzi vylúčenou a zvyšnou časťou obecnej komunity. Cieľom je vytvárať také komunitné inštitúcie a služby, ktoré vytvoria spoločný priestor pre uspokojovanie potrieb všetkých obyvateľov obce a zlepšovanie vzťahov medzi nimi. Komunitné centrá, ktoré zriaďujú väčšinou mimovládne organizácie alebo miestna samospráva obvykle reagujú svojimi prvými programami na najpálčivejšie miestne sociálne problémy ako je príprava detí z etnických menšín na vstup do školy, trávenie voľného času dospievajúcich a podobne. Tieto zariadenia využívajú najmä matky s deťmi, príslušníci etnických menšín, nezamestnaní, deti a mládež, seniori a zdravotne a telesne postihnutí ľudia.

Komunitná práca v meste Michalovce

V oblasti sociálnych služieb Mesta Michalovce sa ako najpálčivejšie javilo riešenie situácie v súvislosti s rómskou komunitou a to hlavne na Ulici mlynskej, ktoré je nazývané Angi mlyn, v ktorej sa kumuluje množstvo nahromadených negatívnych skutočností. V roku 2008 začalo mesto Michalovce v lokalite na Ulici mlynskej realizovať projekt terénnej sociálnej práce s názvom MLIN prostredníctvom štyroch terénnych sociálnych pracovníkov a asistentov terénnej sociálnej práce, ktorý po dvoch rokoch plynule prešiel do projektu MLIN II a trval do augusta roku 2012. V tejto nezmapovanej komunite bolo nakumulované množstvo problémov:

- chudoba spôsobená 100 % nezamestnanosťou;
- zdevastované životné prostredie;
- predimenzované a poškodené byty;
- potenciálne ohnisko epidémií a nálezov;
- zvýšená kriminalita dospelých aj detí;
- vzdelanostná a sociálna negramotnosť;
- apatia a dezilúzia;
- averzia k majoritnej časti obyvateľstva.

Počas štvorročného pôsobenia sa mestu prostredníctvom terénnej sociálnej práce, v spolupráci aj s inými inštitúciami, podarilo niektoré problémové oblasti čiastočne zmierniť:

- prostredníctvom aktívnych prác zamestnalo niekoľko desiatok osôb z tejto komunity, čím im umožnilo čiastočné vylepšenie ich nepriaznivej sociálnej situácie a zároveň pomohlo obnoviť pracovné návyky;
- na vlastné náklady odstránilo tony komunálneho odpadu z lokality, čím jednak ochránilo ohrozené životné prostredie a tiež zabránilo potenciálnemu šíreniu rôznych epidémií a chorôb;
- v spolupráci so správcom bytových domov zaviedlo väčší poriadok do bytovej politiky, aktualizovalo zmluvy a zlepšila sa finančná disciplína pri výbere nájomného;
- postavilo dve nové bytové jednotky s kapacitou 40 bytov, čím jednak znížilo predimenzovanosť starých bytov a tiež umožnilo kvalitné bývanie pre rodiny bývajúc v nevyhovujúcich podmienkach, platby nájomného v týchto bytoch sú zabezpečené zavedením Inštitútu osobitného príjemcu;
- v pravidelných intervaloch sa realizovala deratizácia rizikových bytových domov, čím sa chránilo zdravie obyvateľov a zabraňovalo sa šíreniu nálezov;
- aktívnou spoluprácou s Mestskou políciou a pôsobením formou streetworkov hlavne na mládež, sa výrazne podarilo znížiť kriminalitu a tiež užívanie omamných a návykových látok;
- zriadením Rómskych hliadok sa darí udržiavať väčší poriadok a pokoj v lokalite, a tiež sa tým prehlbilo vlastné angažovanie sa na riešení problémov komunity;
- v spolupráci s ÚPSVaR sa podarilo vyriešiť nepriaznivú situáciu nepľnoletých detí v množstve rodín v tejto lokalite a zabezpečiť ich umiestnenie v náhradných výchovných inštitúciách;

- prostredníctvom terénnej sociálnej práce sa zlepšila školská dochádzka, jednak pôsobením na deti, ale hlavne na rodičov, ktorým bol pravidelne zdôrazňovaný zmysel a význam vzdelania pre ich deti;
- v spolupráci s Úradom rómskeho splnomocnenca sa zrealizovala výstavba športového ihriska, ktorá ponúka, hlavne mládeži, zmysluplnú alternatívu k tráveniu voľného času;
- každodenným pôsobením terénnej sociálnej práce medzi obyvateľmi komunity sa postupne zvyšovala ich sociálna gramotnosť a zároveň aj schopnosť riešiť samostatne svoje vznikajúce problémy;
- prostredníctvom terénnej sociálnej práce a riešením množstva pôvodných zložitých oblastí života tejto komunity sa začala prehlbovať dôvera obyvateľov ul. Mlynskej voči samospráve mesta a tiež voči majoritnej časti obyvateľstva Michaloviec (Komunitný plán sociálnych služieb, 2012).

Dlhodobá udržateľnosť dosiahnutých výsledkov v tejto lokalite bola zabezpečená ďalším pokračovaním a to v rámci „Národného projektu terénnej sociálnej práce“, ktorý začal v septembri 2012 a trval do októbra 2015. Tento projekt skončil a nakoľko mesto považovalo za potrebnú terénnu prácu, nechalo dvoch pracovníkov po skončení projektov v udržiavacom režime. V júni 2016 sa otvorila znovu základná škola sídliaca v osade, ktorá prešla kompletnou rekonštrukciou a pribudovaním ďalšej budovy, keďže v starej škole prebiehal dvojsmenný vzdelávací proces. Prístavbou škola získala ďalšie štyri triedy, prípravku materskej školy a jedáleň. Počas rekonštrukcie mesto zabezpečilo prepravu detí autobusom na 3. ZŠ sídliacu na ul. Moskovskej, kde bol presunutý vyučovací proces detí z osady 1.-4. ročníka. V budúcnosti sa uvažuje o zriadení hygienického centra aj materskej škôlky, kde by sa deti naučili správnym hygienickým návykom. Začalo sa so sociálnou inklúziou v oblasti zdravia, bývania, vzdelávania, osvojovania si vedomostí a zručností, zvyšovanie životnej úrovne. Komunitná činnosť projektu je určená pre všetkých členov segregovanej komunity. V jeseni 2015 v osade začala pracovať zdravotná asistentka, ktorá je priamo z lokality a pravidelne spolupracuje s terénnymi sociálnymi pracovníkmi. Príchodom terénnej sociálnej práce do osady sa zlepšili podmienky v tejto komunite a postupne sa pracuje na návrate tejto komunity do lepšieho života a to nielen úpravami a udržiavaním vyčisteného, v minulosti zdevastovaného okolia. Tri roky pracovníci spolupracujú so strednou špeciálnou školou, navštevujú rodiny, kde vykonávajú pohovory s rodičmi a ich deťmi, ktorí končia povinnú školskú dochádzku, nabádajú k pokračovaniu štúdia a tým zvýšeniu ich gramotnosti. V roku 2016 bola uskutočnená spolupráca aj so súkromnou strednou odbornou školou v Malčiciach, ktorá dala možnosť pokračovať v štúdiu a vyučiť sa v rôznych prospešných odbochoch aj tým, ktorí už skôr skončili povinnú školskú dochádzku, keďže majú možnosť štúdia do 25 rokov. V septembri 2016 do tejto školy nastúpilo 10 žiakov do 1. ročníka. Niektoré matky začali pravidelne navštevovať pediatrické ambulancie, chodia s deťmi na poradne a očkovania. Klientov učíme svojpomocí, aby si uvedomili, že nič nie je zadarmo a ak chcú lepšie žiť, musia tiež priložiť ruku k dielu. Aj keď v malom množstve, ale začalo sa s obnovami nájomných zmlúv a dohodami o splátkach starých dlhov a tiež úpravami bytov, ktoré boli v dezolátnom stave.

Záver

Vychádzajúc z definícií komunitnej práce môžeme konštatovať, že ide o praktickú pomoc ľuďom za účelom identifikovania a napĺňania spoločných záujmov, identifikovania a odstraňovania spoločných problémov. Komunitná práca s vylúčenou komunitou je prácou náročnou, avšak dlhodobým pôsobením kvalifikovanými sociálnymi pracovníkmi na komunitu je možné dosahovať priaznivé výsledky v rôznych oblastiach života tejto komunity. Na záver môžeme konštatovať, že projekty realizované v lokalite Angí mlyn mali obrovský prínos z hľadiska zlepšenia životných podmienok obyvateľov tejto komunity v meste Michalovce a do budúca by bolo vhodné pokračovať v tejto činnosti.

Použitá literatúra

MÁTEL, A. - HARDY, M. A KOL., 2013. Vybrané kapitoly z metód sociálnej práce II. Vydavateľ. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, 2013, Tlač. Art AIR Center s.r.o., Dolný Kubín. 505 s. ISBN 978-80-8132-074-3

MATOUŠEK, O. et al. 2003. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 384 s. ISBN 80-7178-548-2.

KOMUNITNÝ PLÁN SOCIÁLNYCH SLUŽIEB, 2012. Dostupné na <http://www.michalovce.sk/files/44ccdb8da4fa84c2dca85f66f5996536.pdf>. [cit. 19.10.2016]

Kontaktná adresa

RNDr. Daniela Barkasi, PhD.

Detašované pracovisko Bl. M. D. Trčku v Michalovciach VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave
Partizánska 23, Michalovce 071 01

email: daniela.barkasi@gmail.com

NÁBOŽENSKÁ SPIRITUALITA A SILA VIERY AKO VÝZNAMNÝ FAKTOR PRI MOTIVÁCII POMOCI V KOMUNITĚ

Barkasi Rastislav

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava – externý doktorand

Abstrakt

Príspevok je venovaný fenoménu, akým je v dnešnom svete náboženská - kresťanská spiritualita v prepojení na vieru v Boha, ktorá je nosným pilierom motivácie pri pomoci tým, ktorí to najviac potrebujú. V príspevku sa venujeme etymológii termínu spiritualita, poukazujeme na skutočnosť, že práve spiritualitu môžeme chápať ako životnú cestu. Charakterizujeme chápanie viery ako podstatu žitia s Bohom v prepojení na motiváciu tých pomáhajúcich profesií, ktoré pomáhajú v komunitách.

KLúčové slová: Spiritualita. Viera v Boha. Motivácia. Pomáhajúce profesie.

Abstract

The paper is showed how the phenomenon in the world today is religious - christian spirituality, linked to faith in God, which is the backbone of motivation in helping those who need it most. This article deals with etymology of the term spirituality refers to the fact that true spirituality can be understood as a way of life. Characterize the understanding of faith as the essence of living with God, linked to motivate those helping professions that help communities.

Key words: Spirituality. Faith in God. Motivation. Helping professions.

Úvod

„Živočišny človek neprijíma veci Božieho Ducha, sú mu bláznovstvom a nemôže ich pochopiť, lebo ich treba duchovne posudzovať. No duchovný posudzuje všetko, a jeho nik nemôže posúdiť.“ (1K 2,14-15)

Spiritualita je v súčasnosti chápaná a vnímaná ako individuálny jav a zahŕňa duchovnú skúsenosť. Náboženstvo tvorí jej podstatnú súčasť, spiritualita je ale pojem širší. Na chápanie spirituality malo v dejinách kresťanstva veľký vplyv platónske poňatie protikladov *telo* versus *duch*, pričom duch je považovaný za niečo vyššie a lepšie, zatiaľ čo telo je nutné umŕtvať, jeho sexuálne impulzy s najvyššou ostrážitosťou krotiť atď. S tým súvisí protiklad vnútorného proti vonkajšiemu, podstatného spirituálneho jadra proti periférii. Ťažiskom chápania podstaty o spiritualite je meditácia, mystická skúsenosť a techniky jej kultivácie, modlitba, osobné zjavenie a iné vrcholné prežitky. Tieto tendencie trvajú aj tam, kde sa o duchu a spiritualite hovorí mimo teológiu (Řičan, 2006). Predložený príspevok je venovaný práve kresťanskej spiritualite, ktorú môžeme považovať za významný prvok v komunitě. Mnoho krát môžeme spiritualitu označiť za jednu z hnacích síl, ktoré orientuje človeka k dosiahnutiu správneho smerovania pri voľbe zmysluplnosti života. Svoje opodstatnenie má i v medziľudskej komunikácii a vzťahových otázkach k sebe samému. Ďalej sme sa venovali otázke viery v Boha v prepojení na motiváciu v pomáhajúcich profesiách, kde sme pozornosť zamerali na jedného z pomáhajúcich profesionálov v komunitě - kňaza.

Etymológia termínu

Termín „spiritualita“ je používaný v rôznych vedeckých disciplínach. Môžeme sa s ním stretnúť v teológii, psychológii a sociológii. V špecifických prípadoch sa prelína s pôvodnou definíciou „kresťanská spiritualita“, čo môžeme chápať ako osobný spirituálny život postavený na vzťahu s Bohom a v snahe žiť poľa Božieho obrazu, môžeme ju však chápať aj mimo kontext teologického charakteru (Holmes, 2007). Pokúsime sa objasniť práve pôvod pojmu spiritualita, ktorý pochádza z teológie. De Fiores (1999) uvádza, že spiritualita sa odvodzuje z latinských slov *spiritus* resp. *spirit(u)alis*, ktoré majú pôvod v slove *spirare*, ktoré znamená dýchať. *Spiritus* je vzduch, vánok, dych ako aj duch, *spirit(u)alis* môžeme preložiť ako vzduchový, dychový a duchovný. Prvý krát sa pojem spirituálny objavil v stredovekej literatúre a slovo spiritualita v španielskom prostredí v 16. storočí. Jeho význam sa však od dnešného chápania veľmi líšil. V súčasnom chápaní ho ako jeden z prvých použil A. Saudreau v učebnici Manuel de spiritualité z roku 1916. Pojem spiritualita sa širšie zaužíval ako uvádza P. Dinzelbacher (1989 v Nemecku po 2. svetovej vojne, a to najmä v evanjelickej teológii. Spiritualita je tá časť človeka, ktorá je naplnená Bohom, ovplyvňuje jeho vnútorný duchovný život. V rámci kresťanstva môžeme hovoriť napr. o kňazskej alebo mystickej spiritualite (Vojtišek, 2010).

Spiritualita ako životná cesta

Adameczyk (2002) charakterizuje spiritualitu ako životnú cestu, ďalej uvádza, že ju môžeme vnímať ako širokú škálu prejavov motivovaných duchovným celkom jedinca alebo kultúry. Základnými kameňmi spirituality sa stávajú otázky zmyslu života, jeho smerovanie, konečnosti či nekonečnosti, otázky medziľudskej komunikácie, vzťahové otázky k samému sebe. „Človek je bio-psycho-sociálno-spirituálny celok. Význam spirituality sa často podceňuje, aj keď je spiritualita podstatnou charakteristikou nielen charakteru človeka, ale aj kvality jeho života. Spiritualita je dôležitou mierou zdravia, či šťastia človeka. Môže redukovať stres a úzkosť a pomôcť udržiavať zmysel života vlastnej existencie“ (Zeleníková, 2003, s. 3). Spiritualita je popisovaná ako dvoj dimenzionálny pojem, medzi oboma dimenziami je nepretržitý vzťah, ktorý sa prelína. Zeleníková (2003) ho definuje takto:

- vertikálna dimenzia – je vzťah s transcendentom – Bohom alebo inou najvyššou mocou riadiaci ľudský život;
- horizontálna dimenzia – je vzťah jedinca k sebe samému, k ostatným ľuďom a k prostrediu, v ktorom žije.

Tieto dve dimenzie spirituality patria neodmysliteľne k sebe, jedna nemôže byť pochopená bez druhej. Napriek tomu, že každá smeruje iným smerom, vychádza z rovnakého bodu (z človeka) a vracia sa k nemu.

Viera a dôvera ako forma pomoci

Slovo dôvera a viera pochádzajú etymologicky rovnakého koreňa a sú si blízke aj v dnešnej dobe. Stretávame sa s nimi v tzv. Sekularizovanom prostredí aj v náboženskej oblasti. Môžu mať tiež podobný pozitívny vplyv na zdravotný stav ľudí. Ľudia, ktorí svojmu lekárovi a jeho terapii veria, sa uzdravujú lepšie a rýchlejšie. Nedostatkom týchto dvoch pojmov môže dôjsť až k radikálnej zmene zdravotného stavu k horšiemu. Podľa Křivohlavého (2009) si

v priebehu života kladieme rôzne otázky a hľadáme na ne odpovede. Výsledkom tejto práce sa potom vytvára náboženská trojstránková viera:

- obsahová (intelektuálna, kognitívna);
- vzťahová - na základe dôvery;
- konatívna - vzťah k činnosti, ktorú viera formuje a riadi.

Tieto tri zložky viery môžu výrazne transformovať našu najvyššiu oblasť osobnosti a základný obraz nášho života.

Viera v náboženskom chápaní

Vieru môžeme charakterizovať ako „*podstatu toho, v čo dúfame, presvedčenie o veciach, ktoré nevidíme*“. Pravá viera je darom Svätého Ducha. Viera je absolútna istota, vnútorná informácia o jestvovaní, o skutočnej existencii všetkého, po čom dychtí a očakáva s nádejou religiózne vedomie. Viera sa dotýka duše so všetkým, čo patrí vplyvu a pôsobeniu Svätého Ducha, so všetkým, čo súvisí s nevysloviteľnými Božimi tajomstvami (Anagnostópoulos, Zozulák, 2009). Naša viera má byť pevná a stála. Viera je základ, na ktorom Isus Christos vybudoval svoju cirkev a tento základ musí byť skalopevný. Keď apoštol Peter vyjadril svoju vieru v Christa ako Syna živého Boha, Pán Isus Christos mu povedal: „*Ty si Peter a na tej skale vybudujem moju cirkev a pekelné brány ju nepremôžu*“ (Mt 16, 18). Kuzyšin (2008) opisuje vieru ako cnosť, ktorá je nadovšetko prikrýta tajuplnosťou. Nezakladá sa na racionálnom podklade, nie je možné si ju navčiť, nie je možné ju podvieť. Bez viery by boli všetky cnosti iba dobrými vlastnosťami. Mnohé veci by bez viery, ktorá je symbolom spásonosného daru, boli nedosiahnuteľnými. Vieru preto chápeme ako silne singulárny a subjektívny pocit, avšak pre kresťanov sa navyše stáva významným rozmerom ich poznania. Veľmi poučné a príkladné je podanie pochopenia viery pravoslávnyim kňazom Pilkom (2013), ktorý približuje pochopenie viery v podaní, že viera je silná, pokiaľ ju nenaštrbí nedôvera a rozpaky. Sú chvíle keď je pokúšaná utrpením, zármutkom ako aj samotným nešťastím, často klesáme na duchu a sme si neistí Božou láskou, pričom uvažujeme o tom, či má s nami niečo spoločné. V takýchto prípadoch sa môžeme rozpačovať na tých ľuď, ženy, mužov alebo deti, ktorí stoja tvárou v tvár skúške oveľa pevnejšie ako my.

Motivácia a pomáhajúce profesie

Ľudské správanie je vedomo i nevedomo zamerané na dosiahnutie určitého cieľa a vyznačuje sa určitou intenzitou a trvaním v čase. V psychológii sa tento proces označuje ako motivácia (Nákonečný, 2009). Žiaková a Balogová (2012) k tomu dodávajú, že ľudské správanie je vždy motivujúce, pričom ho ovplyvňujú aspekty biologické, kultúrne a situačné. V súčasnosti je pojem motivácia jeden z najpoužívanejších pojmov v psychológii, ktorý súvisí s celkovým postavením človeka a jeho úlohami v spoločnosti. Je to jav komplexný, ku ktorému existuje množstvo prístupov a teórií uplatňujúcich rôzne výkladové princípy. Leczová a kol. (2014) uvádzajú, že motiváciu môžeme charakterizovať ako vnútorný proces, vyjadrujúci túžbu a ochotu človeka vyvinúť určité úsilie k dosiahnutiu subjektívne významného cieľa alebo výsledku. Teória Bakorovej (In Kubáni, 2011) vychádza z chápania človeka ako mikrosystému, ktorý je obklopený komplexnejším makrosystémom. Motivácia tu predstavuje podľa autorky najvyšší typ autoregulácie organizmu, ktorý riadi vzťah organizmu ako celku

k jeho životným podmienkam. Nociar (2008) ju chápe ako vnútorný stav organizmu, ktorý ho aktivizuje a dáva mu smer vzhľadom k určitému cieľu. Samotné slovo *motív* je latinského pôvodu *mótió* a znamená pohyb. Motív vyjadruje obsah uspokojení, ktoré vedú k redukcii pôvodného motivačného stavu, potreby a vyjadruje teda psychologický dôvod správania (Nákonečný, 2000). Řičan (2007, s. 14) k tomu dodáva, že „*motívy sú mocné sily v živote človeka, ktoré usmerňujú a organizujú jeho správanie.*“ Vo všeobecnosti môžeme pomáhajúce profesie charakterizovať ako povolania, ktorých náplňou je pravidelný kontakt a pomoc druhým ľuďom v rôznom slova zmysle. Práca ľudí, ktorí sú zamestnaní v oblasti pomáhajúcich profesií, je poslaním, ktorého prvotným cieľom je pomáhať v akejkolvek sfére a s akýmikoľvek prostriedkami. Pomoc kňaza veriacemu, sociálneho pracovníka klientovi, učiteľa žiakovi, alebo sestry chorému, vždy je ich pomoc ovplyvnená vedomosťami, zručnosťami, zdravým úsudkom a schopnosťou konať rýchlo a najmä vtedy, keď to človek najviac potrebuje. Za profesionálov v pomáhajúcich profesiách považujeme sociálnych pracovníkov, lekárov, psychológov alebo psychoterapeutov, psychiatrov, dobrovoľných pracovníkov. Jeden z kľúčových „nástrojov“ pre výkon pomáhajúcej profesie je samotná osobnosť pomáhajúceho (Raczová, Pinková, 2013). Osobe pomáhajúceho sa venoval Carkhuffa (In Hanzlíková, 2011), ktorý tvrdí, že jeho príspevie do vzťahu pomoci možno rozdeliť na dve fázy, pričom prvá je pochopenie a druhá je akcia. Pochopenie spočíva v skúsenosti, ktorú pomáhajúci získava s existenciou toho, komu má pomoc poskytovať. Významné miesto v tejto fáze majú empatia, rešpekt a zaangažovanosť a zároveň znamenajú pre pomáhajúceho podnety a posilnenie. Druhá fáza spočíva v rozmere orientovanom na akciu a autor ju nazval tzv. vzrastajúcim usmernením.

Kňaz ako duchovný pastier a pedagóg

Slovné spojenie kňaz ako pomáhajúce povolanie nenájdeme v žiadnej klasickej teologickej literatúre, ani s pastorálno – psychologickým zameraním pri charakteristike kňazského povolania. Tak ako povolanie lekára, zdravotnej sestry, sociálneho pracovníka či učiteľa je zaradené k pomáhajúcim povolaniam, rovnako to môžeme tvrdiť aj o duchovnom povolaní. Pri predchádzajúcich povolaniach ide o pomoc lekára či zdravotnej sestry pacientovi, sociálneho pracovníka klientovi a učiteľa žiakovi, rovnako pri povolaní kňaza ako človeka ide o pomoc inému človeku pri vytváraní, budovaní, prehlbovaní, znovubudovaní vzťahu medzi ním a Bohom, medzi ním a vlastným vnútrom, prežívaním, vnímaním seba. Kňaz pomáha svojou podporou a radou nadväzovať, korigovať, inšpirovať vzťahy medzi ním a iným človekom, inými ľuďmi, spoločnosťou, svetom, prácou. Pomáhanie spočíva predovšetkým v budovaní vzťahu (Žila, 2013).

Záver

Stručne sme načrtli historicky vývoj pojmu spiritualita zvlášť so zameraním na spiritualitu a náboženstvo, ktoré má svoje opodstatnené miesto v komunite. Poukázali sme na dôležitosť kresťanskej spirituality pri práci s ľuďmi v komunite. Zvlášť sme sa zamerali na rolu kňaza v komunite, ktorého práca je ovplyvnená vo veľkej miere samotnou vierou v Boha a slúži ako nosný pilier pri pomoci ľuďom v komunite. Mnohokrát im práve viera dáva zmysel a nádej pri ďalšom smerovaní ich životnej cesty. Téma spiritualita je v dnešnej dobe venovaná značná pozornosť, kde práve kresťanská spiritualita mnohokrát pomáha pri medziľudských vzťahoch nájsť cestu človeka k človeku.

Použitá literatúra

- ANAGNOSTÓPOULOS, S – ZOZULAK, J. 2009. *Viera a skutky*. Praha: Ortodoxia-vzdelávací centrum, 2009, s. 19–26. ISBN 978-80-254-4111-4.
- ADAMCZYK, R., 2002. Duchovní život člověka ve zdravotnickém prostředí cizí země s přihlédnutím ke kulturnímu profilu osobnosti. In: KUTNOHORSKÁ, J. a kol. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu. Implementace multikulturního přístupu do výuky ošetrovatelství*. Ostrava: Repronis, 2002. 119 s. ISBN 80-7042-344-7.
- DE FIORES, S., 1999. *Slovník spirituality*. Vydavateľ. Karmelitánské nakladateľství, 1999, Tlač. Kostelní Vydří. 1295 s. ISBN 80-7192-338-9.
- DINZELBACHER, P.: *Wörterbuch der Mystik*. Stuttgart: Kröner 1989.
- HANZLÍKOVÁ, A. 2011. *Profesionálne ošetrovatelstvo a jeho regulácia*. Vydavateľstvo Osveta. Martin, 2011, 155 s. ISBN 978-8063-360-8.
- HOLMES, P. R., 2007. "Spirituality: Some Disciplinary Perspectives", Pp: 23 – 42. In Kieran Flanagan, Peter C. Jupp (eds.). *A sociology of spirituality*. Aldershot, England ; Burlington, VT : Ashgate.
- KUBÁNI, V. 2011. Motivácia k práci a pracovné prostredie. Dostupné na http://www.pulib.sk/elpub2/FHPV/Kubani6/pdf_doc/3.pdf [Cit. 16.1. 2014]
- KUZYŠIN, B. 2008. *Viera – Dimenzia poznania*. In: NISPIS (ed.). 2008: Prešov Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2008, s. 17. ISSN 1337-0111.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. vydání. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
- LECZOVÁ, D. a kol. 2014. Analýza motivačných faktorov pri výbere študijných odborov v oblasti pomáhajúcich profesií. In *Suplement vybraných kapitol vo vedných odboroch sociálna práca a ošetrovatelstvo II*. Kiliková M, Laca P. 2014. Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna Píbram Česká republika. s. 256 – 292. ISBN 978-80-905973-1-0.
- NÁKONEČNÝ, M. 2009. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 2000, 287 s. ISBN 978-80-200-1679-9.
- NOCIAR, A. 2008. *Základy psychologie*. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o., 2008. 92 s. ISBN 978-80-89271-39-9.
- PILKO, J. 2013. Viera. In: *Prameň*. Roč. XI, s. 2.

- RÁCZOVÁ, B. – PINKOVÁ, M. 2013. Morálne kompetencie vysokoškolákov/čok vzhľadom v vybranému typu štúdia. 2013. Dostupné na http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Babincak1/pdf_doc/5.pdf. [cit. 6.3.2014]
- ŘÍČAN, P. 2007. *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing.
- ŘÍČAN, P. 2006. *Spiritualita jako základ mravní výchovy*. Pedagogika. Roč. 56, č. 2 (2006), s. 119-131.
- VOJTÍŠEK, Z. 2010. Spiritualita v díle Carla R. Rogerse. Závěrečná práce výcvikového programu „Poradenství a psychoterapie zaměřené na klienta.“
- ZELENÍKOVÁ, R.,2003. Úloha sestry v saturácii spirituálních potrieb u chorých. In: Ošetrovatelství. Teorie a praxe moderního ošetrovatelství. Hradec Králové: Universitas Carolina Facultas Medica Hradec Králové, 2003. Sv. 5, č. 1-2, s. 3-7. ISSN 1212-723 X.
- SVĚTĚ PÍSMO. *Starého i nového zákona* 2009. Trnava. 2010, 1612 s. ISBN 978-80-7162-777-7.
- ŽIAKOVÁ, E. – BALOGOVÁ, B. 2012. Vnútoraná a vonkajšia motivácia k štúdiu sociálnej práce. Filozofická fakulta. Prešovská univerzita v Prešove. s. 158–167. dostupne na <https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/.../ziakova.pdf>. [Cit. 20.4. 2014].
- ŽILA, M. 2013. Kňaz – pomáhajúce povolanie v hospicovej starostlivosti. Ústav ošetrovatel'stva JLF UK – Martin. 2013. Dostupné na http://www.hospice-martin.szm.com/abstrakty_pdf/14.pdf. [Cit. 23.4. 2014]

Kontaktná adresa

Mgr. Rastislav Barkasi – externý doktorand

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

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

email: rastislav.barkasi@gmail.com

KOMUNITNÁ STAROSTLIVOSŤ V KONTEXTE MULTIKULTÚRY

¹Bernátová Jana, ²Barkasi Daniela

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave - Ústav sociálnych vied a zdravotníctva. bl. P. P. Gojdiča v Prešove

²Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava - Detašované pracovisko Michalovce, Ústav Bl. Metoda Trčku

Abstrakt

Komunitná starostlivosť je v dnešnej dobe veľmi preferovaný spôsob pomoci marginalizovaným skupinám v spoločnosti. Z tohto pohľadu ide o starostlivosť poskytovanú marginalizovaným rómskym komunitám. Základom sú aj komunitné centrá, kde sa komunitná starostlivosť poskytuje. Komunitná sociálna práca, ktorá je realizovaná v rómskych osadách, je zabezpečovaná pomocou projektov. Tento príspevok poskytuje prehľad vybraných projektov, ktoré boli v tejto oblasti realizované a sú prínosom v rámci komunitnej starostlivosti.

KLúčové slová: Komunita. Komunitná sociálna práca. Komunitná starostlivosť. Multikultúra. Rómska komunita.

Abstract

Community Care is nowadays highly preferred way of helping marginalized groups in society. From this perspective, the care provided to marginalized Roma communities. They are also essential community centers where community care is provided. Guides. Community social work, which is carried out in Roma settlements is provided by the projects. This article provides an overview of selected projects that were implemented in this area and are important in the context of community care.

Key words: Community. Community social work. Community care. Multiculturalism. Roma communities.

Komunitná sociálna práca

Na to, aby sme si mohli priblížiť činnosť komunitnej sociálnej práce a komunitnej starostlivosti, je potrebné hneď na začiatku vysvetliť samotný pojem komunita. Čo je komunita? Ak berieme do úvahy geografický aspekt, tak hovoríme o oddelenej časti obce alebo mesta, prípadne kompletnej obec. Na strane druhej je pre sociálnu prácu relevantný objekt – v tomto prípade jednotlivec – klient, čiže prijímateľ služieb, ktorému sa poskytujú sociálna práca. V tomto prípade sa pod komunitou rozumie skupina ľudí so svojimi rodinami, obydliami, životným priestorom a spoločenskými väzbami, ktorí sú v existenčnej nevýhode oproti zvyšku obce, oproti väčšine. Tento „akýsi“ hendikep nie je nejasnou abstraktnou ťažkosťou, ale je určitým a jasne zdokumentovateľným spoločenským znevýhodnením komunity, ktoré je následne dôsledkom mnohých ďalších problémov. Komunita ako takej sa žije či už po finančnej a sociálnej stránke horšie. Komunitná práca je tou sociálnou prácou, ktorá vošla a vstupuje do živého priestranstva vopred nie celkom známeho a čiastočne pochopeného, avšak veľmi podstatného priestoru sociálneho života ľudí v tej najprírodzenejšej forme ich života – v ľudskej komunite (Pollák, 2013). Oláh a Schavel (2006)

identifikujú komunitu ako sociálny útvar charakterizovaný vonkajšími a vnútornými znakmi na úrovni väzieb medzi členmi v komunite a väzieb medzi členmi v širšom prostredí.

Komunitná práca sa opisuje ako metóda smerujúca k vyvolaniu a podporovaniu zmeny v rámci miestneho spoločenstva. Rozsah *práce* je v tomto prípade veľmi široký a je ťažké špecifikovať konkrétne ciele, ale *základom je*:

- zlepšenie interpersonálnych a medziľudských vzťahov,
- podchytiť a rozvinúť snahu jednotlivcov a skupín pre prácu v komunite a s komunitou,
- pomáhať meniť životné podmienky a životné prostredie v komunite,
- poznať názory na sociálne problémy a potreby v komunite, kvantifikovať a kvalifikovať ich, hľadať spôsoby a zdroje redukcie, nápravy alebo pomoci a tak vyvolávať sociálnu aktivitu občanov,
- zapojiť všetkých schopných obyvateľov, dostupné možnosti a prostriedky komunity do sociálnej aktivity, s cieľom priblížiť sa realizácii návrhu príslušných sociálnych opatrení.

Matoušek et al. (2008) uvádza znaky komunitnej práce, čiže v kontexte sa:

- používa na riešenie problémov a pre navodenie zmeny v miestnom spoločenstve,
- zapája do riešenia problémov a do rozhodovania a života komunity jej občanov, rovnako aj miestne organizácie a inštitúcie,
- vzťahuje problémy jednotlivcov a skupín k zdrojom a možnostiam miestnej komunity,
- vedie k prerozdeleniu a zdieľaniu zdrojov, zodpovednosti a kompetencií,
- rozširuje možnosti ľudí ovplyvniť to, čo sa s nimi deje.

Multikultúra a rómske komunity

K najmarkantnejším obrazom spojenia komunitnej sociálnej práce a multikultúry je práve rómske obyvateľstvo. Ak berieme do úvahy rozdelenie spoločnosti na väčšinu a menšinu, nemôžeme uplatňovať určité kroky (v politickej a spoločenskej oblasti) bez toho, aby sme nevideli „rozdiely“. Rozdiely a nuansy v rámci kultúrnej príslušnosti, tradície, zvyklostí, ale hlavne odlišnosti v spôsobe života a realizovania bežných a každodenných činností. Nielen kultúrna, ale aj spoločenská situácia vylúčených komunít má svoje korene v historickom postavení rómskeho obyvateľstva na území Slovenska. Tak ako aj ďalšie etnické menšiny, aj oni prevažne existovali skôr v ohraničených komunitách s prirodzenými prepojeniami na miestne, etnicky väčšinové komunity. Podstatnejšie asimilačné rozhodnutia zaviedla už spomínaná Mária Terézia (uhorská a česká cisárovná) v druhej polovici 18. storočia. Tieto nariadenia zreteľne obmedzovali práva a životné eventuality Rómov, lebo im zakazovali kočovať po území, mať vlastného vajdu a využívať vlastnú reč. Nariadenia sa predovšetkým týkali aj iných podstatných znakov ich zaužívaného života, napr. obchodovania s koňmi, spôsobu obliekania a núteného využívania vlastného priezviska. Rómskym rodinám boli odobraté deti a boli vzaté na prevýchovu do sedliackych rodín majoritného obyvateľstva (Kušnieriková, 2002). *Ako prvé sa do popredia dostáva vzdelanie* – skôr povedané – nízka vzdelanostná úroveň. Tu je potrebné však podotknúť, že medzi marginalizované skupiny obyvateľstva SR patrí aj časť rómskych žien žijúcich najmä v uzatvorených komunitách, v ktorých prevládajú iné zvykové pravidlá ako v majoritnej societe. Túto skutočnosť uvádza

aj Hanobik (2011) a dopĺňa, že vo vzťahu k tejto skupine obyvateľov môžeme výslovne konštatovať, že je to skupina obyvateľov, ktorá je dlhodobu spoločensky vylúčená zo spoločnosti. Rodová rovnosť v mnohých rómskych rodinách je v protiklade s kultivovanými a etnickými zvykmi a predsudkami. Postavenie rómskej ženy v rómskej rodine, vzhľadom na ich tradície, mnohokrát vedie ku kumulácii dôvodov spoločenskej exklúzie a viacnásobnej diskriminácie. Každá rómska komunita má aj svoju hierarchiu, pričom „je vnútorne silne diferencovaná na subetnické podskupiny. Možno ich rozdeliť do dvoch základných skupín - najpočetnejšou (asi 90-95%) sú starousadlí Rómovia (Rumungri), druhú skupinu tvoria tzv. olašskí Rómovia (Vlachike Roma), samostatnú skupinu tvoria zvyšky nemeckých Sintov“ (Kozmová, 2004, s. 2). Podľa nás Rómsku menšinu musíme viac podporovať k sociálnemu začleneniu k majorite. Jedným z činiteľov sociálneho začlenenia je aspekt sociálneho kapitálu, ktorým narába istá spoločenská skupina alebo komunita. Ondrušková (2008) dopĺňa, že sociálny kapitál zahŕňa siete, pravidlá a významy, ktoré podporujú spoluprácu v rámci skupín. Sociálny kapitál súperí s humánnym kapitálom a pomáha rozvíjať hospodársky rast a demokratické inštitúcie. Stupeň sociálneho kapitálu podstatným spôsobom vplýva na širšiu komunitu (vymedzenie sociálneho kapitálu podľa OECD). Status menšiny v sociálnej hierarchii – čo sa týka členov Rómskej menšiny ešte stále prevláda, dominuje nízky spoločenský status, súvisiaci s neprimeranými podmienkami bytia časti rómskych komunít. Sociálny kapitál je v prípade rómskej menšiny nevyspelý a je ohraničený nízkym statusom v sociálnej štruktúre. Sociálny kapitál podľa nás je kľúčový faktor v rámci podpory integrácie Rómov voči majoritnému obyvateľstvu. Vašečka (2006) zdôrazňuje, že spoločenská integrácia resp. segregácia rómskej menšiny je jedným z primárnych určujúcich činiteľov, ktoré ovplyvňujú spôsob bytia rómskej komunity v našich mestách. Niektorí autori považujú priestorovú segregáciu chudobných za súčasť priebehu urbanizácie a utváranie mestských častí, ktoré sú osídľované chudobnejšími rodinami, chápu ako samovoľný proces. V našich mestách je tento segregatívny priebeh typický tým, že územia s koncentráciou chudobných ľudí sa začínajú premieňať na etnicky rovnorodé rómske getá. Segregácia a iné riadené transfery Rómov mnohokrát vedú k jasnému zhoršeniu interetnických vzťahov. Šuvada (2006) upozorňuje, že záujem vyvolávajú aj viaceré mestá, ktoré riešili, riešia alebo plánujú riešiť problematiku Rómov na území ich mesta. Tie sa však zameriavajú na odsun týchto ľudí mimo mesto. Takéto, ale aj ďalšie prototypy jasne uisťujú, že aspekt emancipácie Rómov v mestách Slovenskej republiky sa vplyvom značného množstva otázok dokázateľne znižuje. Kriminálna, prílišná devastácia obydli a okolia, zlé zdravotné návyky, preľudnenosť bytov a nesmierna nezamestnanosť sú kritické problémy, s ktorými sa stretávajú tieto Rómami obývané oblasti miest. A keďže aj majoritného obyvateľstva sa tieto starosti podstatne dotýkajú, už nejde len o problém Rómov, ale o starosť, ktorá ovplyvňuje mnohých občanov Slovenskej republiky. Podľa nás segregácia je najhorším opatrením, ktoré zabraňuje sociálnej inklúzii Rómov k majoritnému obyvateľstvu.

Projekty v oblasti multikultúry

Pre našu spoločnosť predstavujú projekty v oblasti multikultúry veľký význam. Prostredníctvom projektov sa vyvíja snaha o zlepšenie života v minoritách, o výchovu k tolerancii a o nadobudnutie poznatkov o iných kultúrach. Projektmi sa vyvíja snaha o spoluprácu medzi príslušníkmi majoritnej a minoritnej spoločnosti a taktiež snaha o prehlbovanie vzťahov medzi nimi. Ďalej sa snažia vytvoriť siete pre komunitných sociálnych pracovníkov pracujúcich v segregovaných komunitách, aby sa mohli stretávať a vytvárali si taktiku úspešnej práce, ako aj vymieňali si poznatky, zručnosti a informácie z danej problematiky (Karasová, 2011). V rámci komunitnej starostlivosti a rozvoja inklúzie s odstránením diskriminácie sa postupne začali realizovať konkrétne projekty:

Aj my sme Európania, ktorého cieľom bola edukácia pedagógov etickej a občianskej náuky na základných a stredných školách o Európskej únii. Hlavnou zásadou vzdelávania je nadobudnúť poznatky o rôznych kultúrnych a etnických skupinách, utvrdiť postoje akceptácie k odlišným kultúram a národnostiam, výchova k znášanlivosti a v neposlednom rade vedieť sa aj orientovať v kultúrno – pluralitnej Európe. Projekt sa uskutočnil prostredníctvom finančnej pomoci Nadácie otvorenej spoločnosti a Delegácie Európskej komisie v Bratislave (Výročná správa, 2004).

Pod'me spolu do školy má zabezpečiť pre rómske deti v rámci predškolských zariadení vzdelávanie, aby rómske deti boli úspešné v štúdiu či v materských alebo základných školách. Časť projektu sa uskutočnila od júna 2006 do júla 2007. Uskutočnili sa 4 zásadné ciele, ako prvý cieľ bolo zlepšenie integrácie rómskych detí v predškolskej výchove v Prešovskom samosprávnom kraji (organizátor OZ Rovnosť šanci). Vybratých bolo deväť materských škôl a všetkým kompetentným zúčastneným vysvetlili podmienky a úlohy projektu. Druhým cieľom boli motivačné stretnutia s rómskymi rodičmi (organizátor OZ Asociácia rómskych žien Slovenska), pomocou lektorskej skupiny zapojili rómskych aj nerómskych rodičov detí zúčastňujúcich sa projektu. Snahou bolo hlavne, aby rodičia rómskych detí pochopili dôležitosť predškolskej prípravy. Ďalším cieľom boli vzdelávacie aktivity pre učiteľov (organizátor Metodicko - Pedagogické centrum Prešov), do ktorého sa zapojili pedagógovia škôl, ktoré boli zúčastnené na projekte. Zorganizovali sa dva tréningy pre pedagógov a v rámci nich sa zaškolovalo 60 pedagógov. Zodpovednosť za monitoring aktivít nesie Úrad splnomocnenkyne vlády SR pre rómske komunity. Počas dvoch mesiacov boli do škôl dopravené štyri druhy dotazníkov – jeden bol určený učiteľom, druhý rodičom rómskych detí, tretí pre rodičov nerómskych detí a štvrtý dotazník bol o školskej zrelosti rómskych detí, ktoré boli zapojené do projektu. Následne boli vyhodnotené. Na záver bola vypracovaná správa, z ktorej vyplýva, že išlo o úspešnosť prvej fázy projektu aj napriek niektorým negatívnym javom. Potvrdila sa najmä potreba zaškolovania rómskych detí od ranného veku a v integrovaných kolektívoch z dôvodu, aby bol zabezpečený ich prirodzený prechod do základných škôl (Mušinka, 2012).

Stará známa škola hrou, môže byť aj modernou – projekt v rámci Operačného programu – Vzdelávanie, Opatrenia – Premena tradičnej školy na modernú, Prioritnej osi – 1. Reforma systému vzdelávania a odbornej prípravy. Projekt bol schválený Agentúrou MŠ SR pre štrukturálne fondy EÚ a je spolufinancovaný Európskym sociálnym fondom a štátnym rozpočtom SR. Cieľom projektu je inovovať obsah, nástroje, formy a metódy vzdelávania

v rámci tvorby rozvojového programu školy so zameraním na využívanie IKT v jednotlivých predmetoch ISCED. Trvanie projektu je 23 mesiacov a jeho realizácia sa začala v marci 2009. Skúmanými oblasťami boli: priestorové a materiálne – technické podmienky školy, riadiaca činnosť školy – vzdelávanie: hodnotenie školy, prosperovanie žiakov, dochádzka žiakov, hodnotenie pedagóga resp. kvalita výučby a profesionalita učiteľa, hodnotenie vzdelávacích aktivít žiakmi, ďalšie vzdelávanie pedagógov. Sociálna klíma: tvorivá klíma na pracovisku, sociálna klíma v škole, podmienky pre domáce vzdelávanie žiakov, vzťah majoritného obyvateľstva k žiakom školy. Mimoškolská činnosť – záujmy a záľuby žiakov, spolupráca pedagógov a rodičov: spolupráca pedagógov a rodičov, vzájomná spolupráca rodičov a pedagógov. Základné ľudské práva a ochrana zdravia: dodržiavanie ľudských práv v školskom a rodinnom prostredí, ochrana zdravia žiakov, porušovanie práv žiakov a pedagógov. Aj na základe výstupov z tohto projektu boli zistené viaceré nedostatky, a to hlavne v oblasti sociálnej klímy vo vzťahu majorita – rómska komunita. Na základe tejto analýzy bol vypracovaný školský vzdelávací program, ktorý bol „šitý“ na mieru pre rómskych žiakov v škole v Šarišskej Porube (Bernátová, 2009).

Škola na javisku je projekt, ktorého cieľom bolo urobiť interaktívne predstavenie o problematike znášanlivosti a spolužitia v kolektíve a pomocou divadelnej drámy priviesť študentov k akceptovaniu kultúrnych rozdielností a k výchove k tolerancii. Projekt sa realizoval v priebehu roka 2007 a spolupodieľali sa na ňom bábkoherci ako neformálne zoskupenie. Najprv sa urobil výber škôl, zapojili sa do projektu učitelia a študenti a začali prípravu na predstavenie. Prostredníctvom tvorivých dielní pre učiteľov sa pracovalo na návrhoch scenárov na danú problematiku. Názov predstavenia bol „Čo si kto navarí, to si aj zje.“ Nasledovalo turné predstavení do škôl, ktoré boli zapojené do projektu. Projekt bol ako jediný svojho druhu, v ktorom sa používali zážitkové formy učenia pomocou dramatického prejavu a rolových hier. Záverom projektu je, že daný projekt je možné prispôbiť na rôzne komunity na Slovensku (Výročná správa, 2008).

Človek v ohrození je občianske združenie, ktoré organizovalo projekt **MultikulturART – spoznaj kultúru menšín (2008-2009)**. Tento projekt bol realizovaný od 1. júna 2008 až do 31. júla 2009, na deviatich vybraných školách, pomocou foriem multimediálneho a multikultúrneho školenia študentov a učiteľov. Do projektu boli prostredníctvom výberového konania vybrané väčšinou gymnázia a to: na modul divadelný – gymnázium I. Horvátha Bratislava (moslimovia), gymnázium Mateja Hrebendu (Rómovia), gymnázium Nové Zámky (dvojязыčné divadlo). Do modulu fotografického – gymnázium Nová Baňa (Rómovia), gymnázium Dubnica na Váhom (utečenci), Združená stredná škola Spišská nová Ves (Rómovia). Do modulu dokumentárneho – gymnázium Nováky (Rómovia), gymnázium Malacky (Vietnamci) a gymnázium Rožňava (Rómovia). V Novom Smokovci boli vyškolení v oblasti multikultúrnej výchovy z každej školy dvaja pedagógovia a školenie bolo vedené hlavne formou zážitkovou s cieľom informovať o projekte, o realizovaní projektov a seminár bol spretený o workshopy. Projekt má za cieľ ziskávať správy o stave tradičných, ale aj nových minoritách na Slovensku (Multikulturart, 2009).

Multikultúrna výchova pre učiteľov je projekt Nadácie Milana Šimečku, na ktorom sa spolupodieľali slovenskí špecialisti z oblasti pedagogiky a multikultúrnej výchovy. Bol spustený v školskom roku 2009/2010 a následne navrhnutý pedagógom základných

a stredných škôl. Cieľom tohto projektu je rozvoj zručností, poznatkov a postojov, ktoré sú potrebné na presadenie multikultúrnej výchovy u učiteľov a podpora učiteľov pri používaní nadobudnutých vedomostí, metód a strategických postupov v praxi. Počas priebehu projektu bolo potrebné zúčastniť sa na troch fázach, v septembri 2011 - na vstupnom tréningu, v septembri 2011 až v januári 2012 - na dvojtyždňovom cykle - e-learningový kurz a vo februári 2012 na výstupnom tréningu. Daný projekt sa sústredil na multikultúrnu výchovu, metodické otázky estetiky a na estetickú výchovu. Venovali sa témam ako napríklad – obsah edukácie multikultúrnej výchovy, uplatniteľnosť multikultúrnych metód v praxi v minoritnom prostredí, rozvoj interkultúrnych právomocí v škole, podpora študentov v chápaní odlišností medzi kultúrami a podobne. Projekt bol realizovaný Nadáciou otvorenej spoločnosti – OPEN SOCIETY FOUNDATION (Výročná správa, 2010).

Projekt *Edu Roma - Roma Education Project* je vzdelávacia mimovládna organizácia. Vznikla v roku 2012 a jej cieľom bolo pretlačiť do škôl zmeny celého edukačného systému na Slovensku, aby bola odstránená diskriminácia a najmä segregácia Rómov. Pre všetky deti bez ohľadu na ich sociálne postavenie, na ich národnostnú alebo etnickú príslušnosť, aby sa presadilo inkluzívne vzdelávanie pre všetkých rovnako. Tento projekt vychádza z Deklarácie ľudských práv ako z prvotnej filozofie a svoju činnosť sústreďuje na školské prostredie, kde pre všetkých študentov chce presadiť inkluzívne vzdelávanie. Tiež sa sústreďuje na uskutočňovanie celospoločenských výskumných a vzdelávacích projektov a na rozvoj a tvorenie nových myšlienok, pre dôstojné postavenie Rómov a lepšie spolužitie medzi rómskymi komunitami a majoritnou spoločnosťou ako aj pre zlepšenie vzťahov medzi ľuďmi. Medzi majoritnou spoločnosťou a minoritnou komunitou by školy mali ako prvé verejné inštitúcie začať budovať pevné mosty, lebo len takéto chápanie cieľov vzdelávacích inštitúcií nám môže pomôcť pri vzniku novej generácie vzťahov medzi ľuďmi. Pretože sú založené na akceptácii, na vzájomnom porozumení, na spolupráci a na rovnocennom dialógu (UNDP, 2014). Implementačná agentúra MPSVaR SR začala dňa 01.01.2014 s realizáciou Národného projektu Komunitné centrá (NP KC) vďaka podpore z Európskeho sociálneho fondu v rámci Operačného programu Zamestnanosť a sociálna inklúzia. NP KC je určený najmä pre skupinu obyvateľov sociálne vylúčených alebo ohrozených sociálnym vylúčením s dôrazom na MRK, pre ktorých je charakteristická neschopnosť participovať na sociálnom, ekonomickom, politickom a kultúrnom živote v dôsledku faktorov, ako sú napríklad nízky príjem, zlý zdravotný stav, nedostatočné vzdelanie, slabý kontakt s majoritnou populáciou diskriminácia. (IA MPSV SR, 2014). Prvou plánovanou aktivitou bolo systémové nastavenie fungovania komunitných centier, rozvoj a podpora činnosti siete komunitných centier, vytvorenie riadiaceho výboru a skupiny expertov, činnosť riadiaceho výboru, prieskum fungovania existujúcich centier, analýza a vyhodnotenie získaných údajov, tvorba systému metodického riadenia a ich koordinácie, tvorba a schválenie štandardov komunitných centier a metodík, tvorba systému benchmarkingu, monitoring a evaluácia dosiahnutých výsledkov, tvorba siete komunitných centier a podpora činnosti komunitných centier, vzdelávanie, vytvorenie databázy komunitných centier podporených v rámci NP a ich výsledkov, podpora senzibilizačných aktivít, vyhodnotenie dosiahnutých výsledkov projektu a naplnenosti cieľov projektu. Druhou plánovanou aktivitou bolo riadenie projektu a treťou publicita a informovanosť. Všetky tieto aktivity budú mať za následok nielen skvalitnenie

poskytovaných služieb klientom, ale hlavne zvýšenie rozsahu aktivít realizovaných v oblasti podpory sociálnej inklúzie. Celkovo sa zvýši počet osôb sociálne vylúčených alebo ohrozených sociálnym vylúčením, ktorým budú poskytované služby v komunitných centrách, čo by im malo umožniť dôstojnejší život a zabezpečiť im tak možnosť aktívnej účasti na živote v spoločnosti. Aj realizáciou konkrétnych projektov sa dá poskytovať v praxi komunitná starostlivosť, a to cez prizmu multikultúry v rámci slovenskej spoločnosti a sociálnej práce.

Použitá literatúra

- BERNÁTOVÁ, J. 2009. Analýza potrieb. [online]. [citované 2016-10-20].
Dostupné na: <https://zssarisskaporuba.edupage.org/text/?text=text/text2&subpage=1>
- HANOBÍK, F. 2011. *Rómska komunita a sociálno-patologické javy*. [online]. [citované 2016-10-15]. Dostupné na internete: <http://www.prohuman.sk/socialna-praca/romska-komunita-a-socialno-patologicke-javy?page=7>
- IMPLEMENTAČNÁ AGENTÚRA MINISTERSTVA PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SR. *Národný projekt Komunitné centrá*. [online]. 23.01.2014. [citované: 2016-10-19]. Dostupné na internete: <http://www.ia.gov.sk/sk/narodny-projektkomunitne-centra>
- IMPLEMENTAČNÁ AGENTÚRA MINISTERSTVA PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY. *Národný projekt Terénna sociálna práca v obciach. Zapojené obce*. [online]. [citované: 2016-10-19]. Dostupné na internete: <http://www.ia.gov.sk/sk/narodny-projekt-tsp-v-obciach/zapojene-obce>.
- IMPLEMENTAČNÁ AGENTÚRA MINISTERSTVA PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY. 2015. *O IA MPSVR SR*. [online]. [citované: 2016-10-19]. Dostupné na internete: <http://www.ia.gov.sk/sk/o-ia-mpsvsr>
- KARASOVÁ, A. 2011. *Multikultúrna výchova a jej význam v integrácii etnickej menšiny do majoritnej spoločnosti na Slovensku*. In Kozoň, A. – Hejdiš, M. a kol. *Sociálna a ekonomická integrácia a dezintegrácia v bezpečnosti jedinca a spoločnosti*. 2011. s. 309-314. ISBN 978-80-89533-02-2.
- KOZMONOVÁ, G. 2004. *Rómsky problém na Slovensku*. [online]. Trnava : UCM [citované 2014-12-30]. Dostupné na internete: <http://spr.fsv.ucm.sk/archiv/2004/4/Kozmova.pdf>
- KUŠNIERIKOVÁ, N. 2002. Rómovia na Slovensku In: VAŠEČKA, M. (ed.) *Súhrnná správa o Rómoch na Slovensku*. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky.
- MATOUŠEK, O. et al. 2008. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál. 380 s. ISBN 978-80-7367-502-8.
- MUŠINKA, A. 2012. *Podarilo sa. Príklady úspešných aktivít na úrovni samospráv smerujúcich k zlepšeniu situácie Rómov*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity. Ústav rómskych štúdií. 2012. 200s. ISBN 978-80-555-0531-2.
- Nadácia Milana Šimečku. 2003. Výročná správa 2004. [online]. [citované 2016-10-18]. Dostupné na: http://nadaciamilanashimecku.sk/fileadmin/user_upload/.../vs-2003.doc
- Nadácia Milana Šimečku. 2007. Výročná správa 2008. [online]. [citované 2016-10-18].

Dostupné na: http://www.nadaciamilanasidecku.sk/.../user.../priru__ka_uvod_A4.pdf.
Nadácia Milana Šimečku. 2009. Výročná správa 2010. [online]. [citované 2016-10-18].
Dostupné na: http://www.nadaciamilanasidecku.sk/fileadmin/user.../VS_2009.doc.
OLÁH, M. - SCHAVEL, M. 2006. *Úvod do štúdia dejín a sociálnej práce*. 1. vyd. Prešov: VŠZaSP sv. Alžbety, ÚSVaZ bl. P. P. Gajdiča. 176 s. ISBN 80-969449-9-1.
ONDRUŠKOVÁ, E. 2008. *Kontexty a možnosti sociálnej práce v sociálne vylúčených komunitách*. [online]. Bratislava : UK 20 s. [citované 2014-12-30]. Dostupné na internete: http://www.fedu.uniba.sk/uploads/media/SP_s_vylucenymi_komunitami.pdf
POLÁK, M. 2013. *Komunitný rozvoj, sociálna ekonomika a tretí sektor*. [online]. Banská Bystrica: UMB. [citované 2014-12-30]. Dostupné na internete http://www.ef.umb.sk/dsr_2013/pdf/Pol% C3%A1k.pdf
ŠUVADA, M. 2006. *Segregácia Rómov na príklade vybraných slovenských miest*. [online]. Bratislava: UK, [citované 2014-12-30]. Dostupné na internete: http://www.humannageografia.sk/clanky/Suvada_Martin_Segregacia_Romov_na_priklade_v_ybranych_slovenskych_miest.pdf

Kontaktná adresa

PhDr. Jana Bernatová, PhD.

VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava,

Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl.P.P. Gajdiča, Prešov

Jilemnického 1

Prešov 080 01

email: jankabernat@yahoo.com

SOCIÁLNÍ INTERAKCE V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍCH A ČINITELÉ, KTERĚ JI OVLIVŇUJÍ

¹Buryová Ivona, ¹Krakowczyková Mariola
Vysoká škola manažerská Varšava Fakulta J. A. Komenského Karviná

Abstrakt

V příspěvku jsou prezentovány vědecké názory a teoretická východiska odborníků, zabývající se sociálními interakcemi v pomáhajících profesích a motivačními činiteli, kteří vzájemné vztahy mezi pomáhajícími a klienty ovlivňují. Při hledání a zpracovávání pramenů k uvedené problematice byly vybrány takové teorie, které nejlépe vypovídají o současném stavu věcí a nejlépe zdůvodňují jeho příčiny. Autorka vychází z teoretických východisek a pramenů Hartla, dále z rogerovské psychoterapie, poradenských teorií Frankla a zároveň z Schmidbauerových sporných názorů na roli pomáhajících. Uvedené teorie jsou provázány se současnou praxí, zaměřenou na sociální práci v institucích zdravotnické a sociální péče. Autorka vychází z dlouholeté profesní zkušenosti v oblasti sociální práce.

Klíčová slova: Sociální práce. Poradenství. Profesionální pomáhání. Laické pomáhání. Psychoterapie.

Abstract

The article presents scientific opinions and theoretical resources professionals engaged in social interactions in the helping professions and motivating factors that relations between helping and clients interact. When searching for sources and processing on this issue include such theories closest to indicate the current state of affairs and the best justify its causes. The author uses theoretical and springs of Hartl, further of Roger's psychotherapy, counseling theories of Frankl, while the Schmidbauer's controversial views on the role of helping. Mentioned theories are linked to current practice, focused on social work in the institutions of health and social care. The author draws on years of professional experience in the field of social work.

Key words: Social work. Counseling. Helping professions. Lay helping. Psychotherapy.

Úvod

Proces pomáhání znamená pomoc, kterou poskytuje jeden člověk druhému člověku nebo skupině osob, přičemž může jít o pomoc finanční, materiální nebo psychickou. Motivem takové činnosti je potřeba prospět druhým, vynaložit určitou energii, předat něco ze svého osobního bohatství, a tím odstranit nebo zmírnit nepříznivou situaci, v níž se druhý nachází. Hlavním předpokladem je zde potřeba a touha člověka prospět, jako to vidíme nejčastěji v charitativní činnosti, kdy poskytovatelé této pomoci nemusí být odborníky v žádném typu poradenství (Hopson, 1986). Klíčová věta, na které se poradci a odborníci sociální práce shodují, zní: *pomáhat znamená pomoci lidem, aby si dokázali pomoci sami*. Jinými slovy lze říci, že pomáhat lidem znamená určit a objasnit problém tak, aby se člověk mohl sám rozhodnout, co s ním udělá. Pomáhání je tedy jednou z cest, jak pomáhat lidem překonat jejich problémy, jak objasňovat jejich osobní cíle a jak jich dosahovat. Tématem příspěvku jsou pozitivní a negativní procesy pomáhání v sociální práci. Cílem sociální práce ve

společenské praxi je zachování schopnosti bio-psycho-sociální sebeběče člověka, který se dostal do složité životní situace, respektování individuálních potřeb a lidské důstojnosti. Realizovat sociální práci v přirozeném prostředí klienta a respektovat kulturní a spirituální potřeby. Jak praxe ukazuje, v některých případech se člověk stává více objektem procesu pomáhání. Často ze strany pomáhajících profesionálů dochází k suplování uspokojování základních i společenských potřeb klientů, které následně vede k jejich demotivaci, řešit problémy vlastními silami. Vzniká nebezpečí, že nebudou naplňovány cíle sociální práce, jako jsou: návrat k samostatnosti a k sebeběči, integrace do společenského prostředí, uplatnění se na trhu práce a pod.

Metodika

V příspěvku jsou prezentována teoretická východiska vybraných autorů, kteří se zabývají problematikou pomáhání jako procesu, který je součástí nejen poradenství a psychoterapie ale i významným faktorem v sociální práci, která je realizována v komunitní práci, v ošetrovatelství i ve veřejné správě. Teoretická východiska jsou konfrontována s příklady reálné praxe. Uvedené příklady jsou součástí dlouhodobého zkoumání vztahů mezi pomáhajícími a jejich klienty. Cílem příspěvku je poukázat na problémy procesu pomáhání v aplikované sociální práci v institucích zdravotní a sociální péče a prezentovat činitele, které vzájemnou interakci ovlivňují.

Diferenciace pomáhajících profesí

Pomáhající profese patří k oborům, které potřebují dovednosti a poznatky o modelech pomoci (Buryová, 2011). V průběhu vývoje se upevnilo přesvědčení, že za vhodných okolností jsou někteří lidé schopni pomáhat druhým zvládnout úkoly, které jsou existenční. Toto přesvědčení bylo posléze institucionalizováno jako *pomáhající na prvním stupni* v mnoha pomáhajících profesích (Frankl, 1979). Od poradců, psychiatrů, psychologů, sociálních pracovníků a andragogů se očekává, že jsou schopni pomáhat lidem zvládat jejich sociální a emoční problémy. Zatímco dříve lidé v nesnázích jako první vyhledávali kněze a duchovní, dnes existuje celý sbor profesionálů (*pomáhajících na druhém stupni*), kteří často jednají s klienty, prožívající krizi. Jsou to nejen duchovní, ale také lékaři, zdravotní sestry, policisté, probační úředníci, učitelé, lektori, konzultanti a mnoho dalších. Všichni jsou specialisty ve svých profesích. Při přípravě na svou profesi by měli počítat s tím, že budou svým klientům pomáhat zvládat sociální a emocionální rozměry jejich problémových situací. V nejlepším případě pomáhají klientům zvládat problémy a krize holisticky. Například dobrý lékař léčí somatické choroby pacienta a současně mu pomáhá zvládat strach z bolestivého chirurgického zákroku. Učitel učí jednotlivé předměty a současně dbá o tělesný, intelektuální, emocionální i sociální rozvoj svých studentů, a tudíž bojuje s jednotlivými úkoly a krizemi, které provázejí určité věkové období. Pomáhá je přímo i nepřímo odhalovat, chápat a zvládat. K této skupině pomáhajících patří také rodiče (Hartl, 2001). Cowen (1982) je přesvědčen, že existují ještě *pomáhající na třetím stupni*. K nim patří takové profese, jako jsou supervizoři, holiči, kadeřníci, barmani apod. Mnozí z nich cítí, že mají roli interpersonálních poradců. I oni se často setkávají s lidmi v krizi. Mohou pozorně naslouchat jejich vyprávění, vyjádřit jim podporu, dát jim radu a celkově jim, s větší nebo menší uvážeností, pomáhat zvládnout

problém. V roli *pomáhajícího na čtvrtém stupni* se nachází každý, kdo se snaží pomoci příbuznému, příteli, známému nebo i neznámé osobě řešit nějaký problém. Hovoříme o skupině *neformálních pomáhajících*. Stručně řečeno: svět je plný *neformálních pomáhajících* a jen malá část z nich patří mezi specialisty na prvním stupni. Druhý, třetí a čtvrtý stupeň obvykle nemá žádný zvláštní výcvik v interpersonálním pomáhání. Množství a kvalita výcviku jsou však i na prvním stupni velmi rozmanité (Buryová, 2011). Pomáhání druhým formou různých interakčních procesů je tak běžná a společná lidská zkušenost, že se řada odborníků podivuje nad tím, proč se nějaký druh výcviku v pomáhání druhým neučí ve školách spolu se čtením, psaním a počítáním. Většina odborných textů se však zaměřuje na poradce, psychology, andragogy, psychiatry apod., u nichž se předpokládá, že výcvik v dovednostech pomáhat druhým bude přinášet prospěch všem interpersonálním pomáhajícím: rodičům v manželských problémech a v pomoci dětem rozvinout se a růst; přátelům milovat jiné, kteří jsou v nesnázích a jedincům pomáhat daleko tvořivěji zvládat každodenní životní problémy.

Rozpory v charakteru pomáhání

V literatuře pro poradenskou činnost Kagan (1973, 44-51) tvrdí: „*že v oceňování pomáhání nehraje roli validita, tedy to, zda pomáhání skutečně pomáhá nebo ne, ale reliability, tedy to, zda poradce s klientem dosáhnou toho, čeho dosáhnout chtějí.*“ Příklad můžeme uvést z reálné praxe. Sociální pracovníci v terénu řeší problémy romské komunity ve vyloučených lokalitách, které spočívají v prevenci, nebo alespoň ke zmírnění, sociálně patologických jevů (gamblerství, drogová závislost, kriminalita, špatná školní docházka romských dětí, dluhová problematika apod.). Cílem sociální práce je integrace romské komunity do majoritního prostředí se zachováním jejich kulturní identity. Prakticky to znamená, aktivně motivovat romskou populaci k řešení vlastních problémů s dluhy, zapojení se na trh práce, změnit postoj ke vzdělávání svých dětí. Spolupráce s romskými asistenty, kteří romské prostředí znají, přinášejí lepší výsledky, zejména ve vzájemné komunikaci s institucemi veřejné správy. Existují ale i případy, kdy se sociální pracovníci soustředí jen na řešení sociální situace romských rodin a víceméně řeší následky jejich nezodpovědného jednání. Možnosti využívání sociálních dávek a dávek v hmotné nouzi, příspěvek na bydlení, hledají řešení pro problémové děti zřizováním dalších nízkoprahových center, kde se supluje výchova rodičů. U drogově závislých se soustřeďuje zájem na výměnu jehel. Bezdomovci jsou monitorováni a primární pomoc se soustřeďuje na jejich zdravotní stav a stav jejich osobních dokladů. Z rozhovorů se sociálními pracovníky z terénu vyplývá, že na edukaci a motivaci bohužel nezbyvá čas. Pro ně je jednodušší vyřídit problém klienta za něj, než aby jej motivovali, aby ho řešil sám. Podobně to vypadá i ve zdravotnictví. V ošetrovatelské péči stále přežívá způsob suplování sebezpečce. Ošetrovatelský personál věnuje více času suplovanému uspokojování potřeb nemocných (hygienická péče, podávání stravy a krmení klientů, vyprazdňování na lůžku apod.), než náviku jejich vlastní sebezpečce (pomoc při jídle, doprovod na WC, osobní hygiena...). Klienti se tak stávají zcela odkázaní na pomoc druhého člověka. Tento stav může dojít tak daleko, že se z částečně samostatných klientů, se stávají klienti nesamostatní. Důvodem jednání pomáhajících profesionálů je nejen nedostatek času, ale i zjednodušení si své vlastní práce.

Pokud je cílem sociální práce aktivizace klienta a jeho samostatnost při uspokojování vlastních základních potřeb, nespočívá pomoc v *suplování* ale v *nácviku*. Pomáhající musí být, jak konstatuje Carkhuff (Hartl, 2001) funkční. Právě on rozděluje pomáhající na **funkční**, tj. ty, kteří mají dovednosti nutné pro pomáhání, a **nefunkční**, tj. ty, kterým tyto dovednosti chybí. Funkčnost pomáhajícího není v tom, že za krátký čas saturuje bio-psycho-sociální potřeby. Funkčnost spočívá v nácviku a v motivaci klienta mít o sebe zájem a být soběstačný. Žádoucí modely řešení problémů, dovednosti a techniky nejsou důležité jen pro pomáhající, ale pro každého, kdo žije běžný život. Největší pokrok v pedagogické psychologii, který přišel v posledních desetiletích, je přesun již ke zmíněné metakognici (podstatou je naučit lidi, aby byli schopni přemýšlet o svém vlastním myšlení, o tom, jak řešit a zvládat problémy). S tím souvisí i problematika zkesleného vnímání druhých, která velice ovlivňuje práci pomáhajících, zejména jejich chápání skutečnosti a s tím související postoje při řešení problémů některých klientů.

Parataxická distorze

Pro jev zkesleného vnímání druhých použil Sullivan* pojem *parataxická distorze*, což je překroucení obrazu o současné realitě na základě analogie z minulosti. Dílčí podobnost je považována za kauzální spojitost a vede k nesprávné generalizaci. Na základě takové nesprávné generalizace se jedinec chová k druhému člověku nepřiměřeně. Příkladem nesprávné generalizace je následující kazuistika (Buryová, 2011):

- **Zdravotní sestra** se chová odmítavě a chladně ke staršímu pacientovi, který je k ní přátelský a vstřícný. Něčím jí však připomíná otce, s nímž žila a stále žije v konfliktním vztahu.
- **Sociální pracovnice** na Úřadu práce se chová diskriminačně k Romovi, který si aktivně sám hledá práci. Její postoj je ovlivněn negativní zkušeností s jinými Romy z dětství.

Na základě nesprávné generalizace a následného neadekvátního chování, může jedinec očekávat odpovídající reakci svého okolí. Ovlivněn svým očekáváním se pak chová tak, že sklídí reakci, kterou předpokládal, která je však logickou odezvou. Tento mechanismus cirkulární kauzality je nazýván "*sebenaplňující prorocství*". Pro takové přenášení zkušenosti z jedné interpersonální situace do druhé se také užívá termín „*přenos*“.

Zdravotní sestra i sociální pracovnice svým postojem a chováním vyvolaly konfliktní situaci, která vedla ke stížnostem na jejich chování. Přestože se snažily své postoje změnit, názor klientů na jejich neochotu a neadekvátní chování zůstal stejný. Z toho plyne, že pokud pomáhající dokáží přehodnotit své postoje ke klientům a naučí se identifikovat a zvládat své předsudky i osobní problémy, lépe se podílí na zvládnání problému u klientů.

Subjekty, obsah a cíle pomáhání jako procesu sociální intervence

Proces pomáhání je určitým typem sociální intervence. Má své subjekty, obsah a cíle. Sociální intervence, jako dynamický proces výměny informací či poskytování a přijímání pomoci, se odehrává uvnitř interakce pomáhajícího s klientem, ale i mimo ní. Pro role odborníka i klienta existují vymezená pravidla. Sociální kontext, ve kterém proces pomáhání probíhá, formuje jeho celý průběh. Tento typ interakcí, jejichž předmětem je osvětová a preventivní péče mezi

odborníky a klienty s cílem, posilovat lidský rozvoj, je třeba upřednostňovat. Odpůrce poradenské činnosti Illich zpochybnil vliv existence poradců a terapeutů na lidský rozvoj. Tvrdí, že jakkoli klienti považují poradenský vztah za volný, existují v něm síly, které jsou podezřelé. Illich (Hartl, 2001) zastává názor, že: Harry Stack Sullivan se zabýval zejména **psychoterapeutickou problematikou** z hlediska interpersonálních vlivů na osobnost. Podle Sullivana dítě prožívá neustále tenzi, jejíž intenzita se pohybuje mezi euforií a stavem hrůzy. Zdrojem tenze může být nedostatečná satisfakce dětských fyziologických potřeb nebo úzkostný stav, který indikuje úzkostná matka. Takzvaný self-systém je podle něj produktem zkušeností s lidmi a umožňuje vyhnout se extrémně nepřijemné úzkosti. Právě negativní zkušenosti pocházející ze vztahů v dětství způsobují zkrácené vidění i vztahů v dospělosti. (<http://psychoweb.cz/psychologie/harry-s-sullivan-interpersonalni-teorie-psychiatrie>).

- pomáhající reagují na své vlastní potřeby a vědomě či nevědomě utvrzují klienty v závislosti nebo nepřiměřenosti,
- pomáhat může znamenat spíš znemožňovat, než umožňovat, protože pomáhání často podporuje závislost.

Oba názory jsou velmi zajímavé a odpovídají realitě, kterou lze vidět v reálné praxi. Pokud pomáhající profesionálně řeší problémy klientů tak, že je do jejich řešení nezapojují, stávají se tito klienti na nich závislími. V této permanenci pomáhání dochází i k psychosociální závislosti. Příkladem může být péče o seniory v jejich domácím prostředí. Sociální pracovník pravidelně dochází ke staršímu klientovi a monitoruje jeho životní úroveň, zdravotní stav a sociální soběstačnost. Jeho pravidelné návštěvy a osobní starost o klienta způsobí, že senior, pokud je sám, v pravidelných návštěvách začíná vidět smysl svého života a nepřítomnost sociálního pracovníka se pro něj stává velkým problémem. Dokonce někteří neakceptují jeho náhradu jiným sociálním pracovníkem a odmítají jakoukoliv změnu. Matoušek (2003, s. 22-53) uvádí, že by měli mít pomáhající „*odpovědnost k sobě samému, k okolnímu světu a zejména pak k druhým lidem apodřípadě i k řádu bytí, který ho přesahuje.*“ Sociální pracovník musí být empatický a měl by mít kladný vztah k lidem. Nesmí se ale stát součástí jejich života. Najít správnou osobní hranici mezi ním a klientem je nesmírně obtížné. Pokud vidí známky fixace ze strany klienta, měl by si uvědomit, že jeho pomoc už může mít i negativní psychické následky, může způsobit klientovu závislost, která následně komplikuje i osobní život pomáhajícímu. **Příklad:** Sociální pracovnice věnovala pozornost a péči klientovi ve stacionáři pro tělesně handicapované, který byl upoután na invalidní vozík. Trpěl frustrací a pocitem osamění. Snažila se klienta povzbudit, aby se necítil sám. Chodila s ním na procházky, zajišťovala jeho běžné potřeby (nákupy, poštu, pochůzky na úřad apod.). Psychický stav klienta se zlepšoval, začal více komunikovat i se svým okolím a začal dbát i o svůj zevnějšek. Vyžadoval přítomnost sociální pracovnice i po pracovní době. Telefonoval, posílal zprávy, začal ji doprovázet domů. Začal se komplikovat i rodinný život sociální pracovnice. Došlo k ukončení pracovního poměru a žena začala pracovat v komunitním centru. Klient za stacionáře ji začal navštěvovat v novém zaměstnání a vyžadoval i nadále schůzky. Vše vyvrcholilo tím, že se sociální pracovnice odstěhovala z města a změnila svou profesi. Nyní pracuje v bance.

Jak sama celou situaci s odstupem času hodnotí? Profese sociálního pracovníka ji naplňovala, stala se smyslem jejího života. Nedokázala ale včas a správně vyhodnotit situaci ve vzájemném vztahu s klientem. Tím, že chtěla naplnit svůj život pomáháním druhým lidem, přišla málem o svou rodinu a pověst slušné ženy.

Postoje a role pomáhajících

Pomáhající profese je výjimečná. Jednak se pracuje s lidmi, nikoliv s neživým materiálem, jednak základní pracovní nástroj jsou sami pomáhající profesionálové. Takzvaný lidský faktor hraje hlavní roli, a to ještě ve vzájemné součinnosti. Kromě existenciálního - životního očekávání, je důležitý postoj ke klientovi obecně. Nyní tedy nemluvíme o konkrétním člověku, k němuž je vztah pomáhajícího vždy ještě tvořen jeho osobnostními charakteristikami. ***S tím souvisí i následující otázky, které se k pomáhajícím vztahují:***

„Mají pomáhající své vlastní představy, jež musí klient splňovat?“

„Srovnávají ho s jinými nebo je v jejich očích autonomní bytost?“

„Vysvětlují si klientovy projevy po svém nebo hledají a ujišťují se, že dobře rozumí i projevům, které se jim zdají jasné?“

„Prosazují svůj způsob pomoci nebo čekají na výzvu a pokyn klienta?“

S tím souvisí, i jakou roli ve vztahu ke klientovi přijali

- Jako profesionálové, kteří ví víc?
- Ti, kteří čekají na pokyny a do ničeho se nepletou nebo usilují o integritu - rovnocenné partnerství, vyváženost a o spolupráci?
- Zajímá je protějšek jako případ nebo jako člověk, individualita?

Pokud si dokáží na všechny tyto otázky odpovědět a vyhodnotit je, zejména zda se srovnávají s cíli a prostředky sociální práce jako takové, zda by oni sami chtěli být vlastními klienty, tak ve světle vlastního hodnocení svých lidských postojů a svého obecného postoje ke klientovi můžou definovat také své vztahy s jednotlivými uživateli poskytované péče a pomoci.

Teorie motivačního jednání

Vnitřní dialog má spoustu výhod, z nichž nejpodstatnější je vlastní upřímnost. To, že probíhá jen skrytě, nikterak nebrání přísně porovnávat kritéria, která jsou jasně definována (Etický kodex sociálního pracovníka, Etický kodex zdravotnického pracovníka) s tím, co si o sobě pomáhající doopravdy myslí a co při své práci prožívají. ***Franklova teorie existenciální frustrace***- první ze všeho je motivace hledání smyslu života. Proč si zvolili pomáhající profesionálové právě tuto činnost, která obvykle není finančně ani společensky uznávána? Zakladatel logoterapie, Frankl, považuje hledání smyslu života za základní lidskou motivaci. Frankl (1994) postavil vedle Freudovy „*touhy po slasti*“ a Adlerovy „*touhy po moci*“ třetí základní lidskou potřebu, kterou označil jako „*touhu po smyslu*“. Nenaplnění této touhy nazývá existenciální frustrací. ***Existenciální frustrace*** vzniká tehdy, když člověk pochybuje o smyslu své existence, když se smysl bytí stává sporným, dosavadní smysl ztratil své odůvodnění a člověk neví, co dál. Tento jev se může za určitých okolností stát patogenním a může vést k neuróze či depresi. Její zvláštní formou je víkendová deprese, která se objevuje po skončení shonu pracovních dnů, jakmile člověku začnou do vědomí pronikat myšlenky o prázdnotě a nesmyslnosti jeho života. ***Frankova logoterapie pomáhá najít východisko***

z *existenciální frustrace*. Logos zde neznamená slovo, nýbrž smysl a "duchovnost". Chce tedy pomoci najít vlastní osobní životní smysl člověka v souladu s jeho osobností. Člověk může dát svému životu smysl uskutečňováním hodnot. Zdůrazňuje, že pocit štěstí se snáze dostaví jako vedlejší účinek plnění úkolu, než usiluje-li člověk jen o štěstí samo. ***Objevení potřebnosti a užitečnosti vlastního života pro jiné lidi a pro nadosobní cíle dává předpoklady i pro snášení útrap.*** Otázce hodnot věnuje Frankl (1994) značnou pozornost. Rozděluje je na hodnoty tvůrčí (např. práce), hodnoty zážitkové (poznávání, četba, studium, láska, vnímání umění) a hodnoty postoje, které nabývají zvláštního významu u lidí zbavených v důsledku těžkých nevyléčitelných chorob možností i naděje na realizaci hodnot tvůrčích i zážitkových, u lidí odsouzených k utrpení. Vyjadřují pacientův postoj k utrpení, způsob, jakým utrpení přijímá. Pacient uskutečňuje tyto hodnoty tím, že bere osudové utrpení na sebe a příkladně je nese. Frankl pojímá člověka ve třech dimenzích: tělesné, duševní a duchovní. Za základní atributy lidského bytí považuje svobodu a odpovědnost před svědomím. Smysl práce je jedním ze základních kamenů smyslu života. Podle Frankla může být pro někoho motivací k práci mzda, sociální postavení, uznání, získání věcí, které jsou symbolem sociálního postavení. Práce může sloužit jen jako prostředek k dosažení životního stylu. Člověk může být až otrokem dosaženého životního standartu. Pro jiného je práce opravdu smyslem života a zdrojem motivace k další práci.

Schmidbauerova teorie moci

Jsou pohnutky, které ohrožují klienta, pomáhajícího i účel sociální práce samé. Patří k nim touha uplatnit svou moc nad potenciálně bezbrannými lidmi a touha po vděčnosti od těch, kteří se bez pomoci neobejdou. První je spojeno se zdanlivě všemohoucí, nenapadnutelnou fasádou. To druhé, je podle Schmidbauera (2000), hlad po vděčnosti a obdivné lásce těch, jimž se pomáhá, nemá hranic a je nenasytný. Pracovníci pomáhajících profesí jsou nezřídka přesvědčeni o tom, nebo to tak vysvětlují sobě i jiným, že se své práci věnují z altruismu, z účastného a účinného soucitu, anebo že se identifikovali s rolí, kterou získali náhodou. Každý, kdo patří k velké "rodině" pomáhajících bude překvapen originálním výkladem Schmidbauera o "pečovatelském charakteru" a když k sobě bude upřímný, pak mu musí dát v mnohém za pravdu. Jedním ze zajímavých názorů je ten, že stejně tak, jako člověk v nouzi potřebuje toho, kdo mu pomůže, tak pomáhající potřebuje člověka v nouzi. Když je nemocnému nebo klientovi pomoci a on se spokojeně vrátí do života, pak "nenasytná touha" pomáhajícího nutí nejen k dalšímu osobnímu angažmá ve prospěch druhého člověka, ale vede ho také do stavu rozladění, vzteku, lítosti a depresí. Případný rozvoj syndromu vyhoření, o kterém se ostatně autor zmiňuje jen okrajově, je pak "řešen", „léčen“ anebo heroicky překonáván. V každém případě je uznáván. To, co je však nejen málo známé, ale současně i intenzivně vytěšňované, je "tajemství" základní vazby mezi "pomáhajícím a chráněncem", jejíž podstatou je uspokojování vlastních potřeb pomáhajícího. Možná, že i to je důvod, proč např. řada zdravotnických i sociálních pracovníků zůstává na svých problematicky finančně honorovaných postech. Vysvětlující a v mnohém inspirující je Schmidbauerův názor, který tematizuje problémy, souhrnně pojmenované jako „*pomáhající mezi sebou*“ (příbuzní klienta, rivalita a škodolibost, totální instituce atd.). Pomáhající se může poučit o svém individualistickém nedisciplinovaném myšlení o tom, že svým

profesním úsilím především zdolává nedostatek svého sebecitu. K zamyšlení je i poznámka o autoritářském přístupu k druhým (resp. k těm, ke kterým směřuje pomoc pomáhajících). Ten, kdo vystupuje autoritářsky, požaduje bez diskuse, aby jeho moc byla bez reptání uznána. Každý náznak diskuse je interpretován jako útok na svou autoritu a odmítavé, uražené chování, někdy spojené dokonce i s protiagresí, jsou časté. Schmidbauer (2000) konstatuje, že kořeny autoritářského chování jsou v pocitu nemilovanosti a nedostatku bezpečí, z něhož vyvstává kruh koluze. Jinak řečeno: „Protože mě nemilujete, musím vás ovládat - protože nás chce ovládat, nemůžeme tě milovat!“ Jistě, že všichni pracovníci pomáhajících profesí netrpí syndromem pomáhajících. Zajímavé však je, že autoritativní zdravotní sestra (energická, skutečně pomáhající) je běžně přijímaným a akcentovaným typem člověka, který je „na svém místě“. Zásluha Wolfganga Schmidbauera spočívá mimo jiné v tom, že v takové autoritativní postavě vidí nejen pracovitého a svérázného pracovníka, ale také křehkého člověka, který funkčně a racionalizovaně překonává traumata, kterými byl v průběhu dětství vystaven. Pocity nedocení jsou u lidí v pomáhajících profesích časté. Většinou bývají interpretovány tak, že „nevděční“ pacienti ani netuší, kolik pozornosti, péče a námahy jim ošetřovatelé věnovali. Tuto nespravedlnost vnímají jako realitu. Schmidbauerprovokuje svými názory a nutí zamýšlet se nad tím, zda právě tato specifická kategorie profesionálů nemá na celkovém vyznění svého nedocení také svou vinu.

Rogerovská teorie kongruence

Rogers (1995) se domníval, že chování je vždy motivováno přítomnými potřebami (i když minulé události mohou motivaci ovlivnit), přičemž se projevuje tendence k tzv. sebeaktualizaci. Také je autorem teorie osobnosti, soustředící se na pojem „já“. Ústřední pojem „já“ je podle Rogerse tvořen prožitky organismu, který je jedinec ochoten „přijmout za své“, za část své osobnosti. Dobře přizpůsobena osobnost je schopná asimilovat do svého pojetí „já“ své veškeré prožitky v původní, nezkraslené podobě. Tato shoda mezi prožitým a uvědomovaným se nazývá kongruence. Naopak patologická osobnost je typická inkongruencí - nízkou mírou kongruence. To znamená, že prožitky bývají vytěsňeny či vnímány zkrasleně, čímž je zkrasleno i uvědomované „já“. V pomáhající profesi má tento způsob vnímání zkraslené reality velmi vážné důsledky. **Příklad:** Senioři v Domovech pro seniory jsou vnímání některými sociálními pracovníky jako „děti“, o které je třeba se postarat. Rodičovský vztah může být v konfliktu s potřebami dospělých. Biologická potřeba sexu u některých seniorů proto vyvolává u sociálních pracovníků negativní reakce. Podle nich to narušuje obraz „moudrého stáří“. Lásky je všemi vnímána velmi pozitivně. Pokud dojde k uzavření sňatku v Domově pro seniory, je to vždy velká událost. Spojit si ji ale i s potřebou sexu už je pro některé sociální pracovníky nemravné. Obraz stáří je pro mnohé spojován s určitou morálkou a postojem k životu i k ostatním lidem. Pomáhající, kteří se věnují seniorům, a velmi často doplňují jejich psychosociální potřeby, si mnohdy nepřipouštějí, že jednájí se svěbytnými osobnostmi, které stále cítí určitou společenskou prestiž. Hovorové oslovení seniorů „babi“ nebo „dědo“ některé uráží a způsobují pocity méněcennosti (Vágnerová, 2008). Jedním z cílů sociální práce je zachovávat důstojnost člověka a přizpůsobit veškeré své snažení v procesu pomoci jeho individuálním potřebám.

Závěr

Uvedená problematika je koncipována jako systematické hledání odpovědi na základní etické otázky v sociální práci, týkající se lidské existence a vztahů mezi pomáhajícími profesionály a klienty. Poukazuje na teoretickou provázanost názorů odborníků se společenskou praxí. Názory uvedených autorů, kteří se etikou a psychosociálními aspekty pomáhající profese zabývají, byly vybrány se záměrem, poukázat na problém chápání vlastní profesní integrity v procesu pomáhání a chápání klienta jako lidské bytosti. Autorky v příspěvku využily své dlouholeté praxe z oblasti zdravotnictví a sociální práce. Dlouhodobě se zabývají výzkumem vztahů mezi sociálními pracovníky a klienty, kde se zaměřují na syndrom vyhoření a profesionální deformaci. Uvedené příklady z praxe jsou reálné a byly i předmětem dlouhodobého zkoumání. *Cílem příspěvku* byla komparace teoretických výkladů s reálnou praxí. To dokazuje, že sociální práce je vědou aplikovanou, neustále se vyvíjející. Reaguje na společenské změny, které souvisejí s hodnotami a postoji nejen profesionálů v procesu pomáhání ale i odborné a laické veřejnosti, která je její součástí.

Použitá literatura

- BURYOVÁ, I.: *Andragogické souvislosti ošetrovatelské profese*. Olomouc: UP, FF, Katedra sociologie a andragogiky. Disertační práce, 2011.
- COWEN, E. L.: *Helpiswheretheyoufindit: Fourinformalhelpinggroups*. AmericanPsychologist, ed. ANDERSON, N. B. 1982, ISSN 003-066X.
- FRANKL, V. E.: *Člověk hledá smysl: úvod do logoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1994. ISBN 80-901601-4-X.
- FRANKL, V. E.: *Theunheardcryformeaning: Psychotherapy and Humanism*, California, Touchstone 1979. ISBN 0671247360.
- GUGGENBUHL-CRAIG, A.: *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2007, ISBN: 80-7367-302-4.
- HARTL, P.: *Andragogické poradenství*. Praha: Skriptum distančního kurzu *Andragogika a personální řízení*, 2001.
- HOPSON, B.: *Counselling and helping*. In: HERBERT, M.: *Psychology for Social Workers*, 2nd edition, The British Psychological Society and Macmilan, U. K. 1993. ISBN 0333419251.
- KAGAN, N.: *Can Technology Help Us Toward Reliability in Fluencing Human Interaction?* In VRIEND, J., DYER, W.: *CounselingEffectively in Groups*, 2nd Printing Educational Technology. 1976, ISBN 0877780625.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Základysociálnípráce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
- ROGERS, Carl R.: *On Becoming A Person. A Therapist'sViewofPsychotherapy*. Boston, New York: HoughtonMifflinCompany. 1995, ISBN 0-395-75531-X.

SCHMIDBAUER, W.: *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portál 2000, str. 171, ISBN 80-7178-32-9.

VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*: Praha: Portál, 2008, ISBN 80-7178-802-3.

Kontaktná adresa

Ivona Buryová

Vysoká škola manažerská Varšava

Fakulta J. A. Komenského Karviná

Karola Śliwky 58/5a, 733 01 Karviná-Fryštát

studium@pedgogikakarvina.cz

KOMUNITNÁ STAROSTLIVOSŤ – ZVYŠOVANIE STATUSU PRIJÍMATEĽOV SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

¹Bušaničová Lýdia, ¹Konečná Jana, ²Magera Igor

¹LIDWINA – Domov sociálnych služieb Strážske

²Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava- Detašované pracovisko Michalovce, Ústav Bl. Metoda Trčku

Abstrakt

Úvod: Zmeny systému poskytovania sociálnych služieb vyplývajú z medzinárodných dohôd a Slovenská republika sa zaviazala ich plnením ako člen EÚ. Proces transformácie a deinštitucionalizácie je zameraný na skvalitnenie poskytovania sociálnych služieb, a to prechodom z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť. Nový systém zabezpečuje pre prijímateľov ľudsko - právny rozmer a zvyšovanie statusu prijímateľov sociálnych služieb.

Súbor a metodika: Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, transformácia, deinštitucionalizácia v sociálnych službách znamená zmenu filozofie poskytovania sociálnej starostlivosti. Zmeny si vyžadujú dlhodobú prípravu nielen prijímateľov sociálnych služieb, ale i personálu, ktorý má služby v komunite poskytovať. Inštitucionálny systém v zariadení negatívnym spôsobom ovplyvnil život prijímateľov, ktorí sa dlhodobo podriaďovali zaužívanému systému a režimu zariadenia. Nato, aby prijímateľ mohol byť zaradený do komunity a využívať komunitnú starostlivosť, je nevyhnutná intenzívna príprava na jeho budúci život mimo zariadenia. Za týmto účelom je potrebné využiť všetky dostupné formy, metódy a techniky na osamostatňovanie sa prijímateľov. Zvyšovanie statusu prijímateľa môžeme dosiahnuť prostredníctvom uplatňovania efektívnych nástrojov, ako sú: individuálny prístup a plánovanie, techniky sociálnej rehabilitácie, nástroje na sebaobhajobu a iné. Na konkrétnom príklade zariadenia LIDWINA - Domov sociálnych služieb v Strážskom dokumentujeme začatý proces transformácie a prechod od inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť.

Výsledky: Prostredníctvom uplatňovania efektívnych nástrojov na zvyšovanie statusu prijímateľov zariadenia sociálnych služieb ako sú individuálne plánovanie, techniky sociálnej rehabilitácie a iné, boli dosiahnuté pozitívne výsledky pri osamostatňovaní prijímateľov. Šesť prijímateľov býva v bytovom dome v meste a využíva komunitné a verejné služby v komunite.

Záver: Komunitná starostlivosť, poskytovanie sociálnych služieb v prirodzenom, domácom, či komunitnom prostredí, znamená skvalitnenie života prijímateľov sociálnych služieb. Inštitucionálna starostlivosť v pobytových zariadeniach si jednoznačne vyžadovala zmeny v systéme poskytovania sociálnych služieb i z ľudsko- právneho pohľadu. Proces transformácie a deinštitucionalizácie vytvára priestor pre všetkých prijímateľov sociálnych služieb viesť samostatný život s podporou komunity. Vytváranie kvalitných komunitných služieb, bývanie, trávenie voľného času, rozvíjanie zručnosti prijímateľa pozitívnym spôsobom ovplyvní aktivizáciu i status prijímateľa. Poskytovanie kvalitných sociálnych služieb na komunitnej úrovni si vyžaduje vzdelávanie kvalifikovaného a kvalitného

personálu, manažmentu na zavádzanie zmien, vytvorenie kvalitnej siete alternatívnych komunitných služieb, zapojenie sa do činnosti dobrovoľníkov, verejnej správy a samosprávy.

KLúčové slová: Komunitná starostlivosť. Deinštitucionalizácia. Prijímateľ sociálnych služieb. Status prijímateľa.

Abstract

Introduction: Changes in the system of social services providing emerge from international agreements and the Slovak Republic obliged to its performance as a member of the EU. The process of transformation and de-institutionalisation is aimed at improving of social services providing by means of transition from institutional to community-based care. The new system provides the recipients with human, legal dimension and improving of status of recipients of social services.

Methods: The transition from institutional to community-based care, transformation of de-institutionalisation in social services represents the change of philosophy of social care. Changes require long-term preparation, not only of recipients of social services but also of personnel who is supposed to provide services in the community. Institutional system in the facility negatively affected the lives of the recipients who were subordinated to the usual system and regime of the facility for long time. In order the recipient could be integrated in to the community and could use community-based care, intensive preparation for his future life outside the facility is required. For such purpose it is necessary to use all available forms, methods and techniques for independence of the recipients. Improving of status of recipient can be achieved through the implementation of effective tools such as: individual approach and planning, techniques of social rehabilitation, tools for self-defence and others. The specific example of facility LIDWINA – Home of social services in Strážske documents the initial process of transformation and transition from institutional to community-based care. Results: Positive results in independence of recipients have been achieved by means of the implementation of effective tools for improving the status of recipients of social service facility such as individual planning, techniques of social rehabilitation and others. 6 recipients live in the apartment in the city and uses community and public services in the community.

Conclusion: Community care, providing of social services in the natural, home or community - based environment means improvement of life of recipients of social services. Institutional care in residential facilities required changes in the system of social services as well as from the human, legal point of view. The process of transformation and de-institutionalisation creates space for all recipients of social services to live independently with the support of the community. The creation of quality community - based services, spending free time, development of recipient's skills positively influences activation and the status of the recipient. Providing of quality social services at community level requires education of qualified and quality personnel, management for change implementation, creation of quality network of alternative community - based services, participation in voluntary activities, public administration and local government.

Key words: Community care. Deinstitutionalisation. Recipient of social services. Status of the recipient.

Zmeny v systéme poskytovania sociálnych služieb na Slovensku

Sociálne služby sa na Slovensku poskytujú prevažne v zariadeniach sociálnych služieb inštitucionálneho charakteru. Poskytovatelia i napriek všetkým svojim snahám o humanizáciu sociálnych služieb nedokážu naplniť práva prijímateľov sociálnych služieb v súlade s ich individuálnymi potrebami, ani vytvárať predpoklady pre nezávislý život v integrovanej komunite. Život v inštitúcii znamená ich oddeľovanie od ostatnej spoločnosti, obmedzenie práv na slobodu, rozhodovanie, nezávislosť i výber životných podmienok podľa ich predstáv. Dodržiavanie základných ľudských práv a slobôd je základným pilierom všetkých medzinárodných dokumentov, k plneniu ktorýchsa zaviazala aj Slovenská republika ako člen Európskej únie. Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím ratifikovala SR v roku 2010. Zaväzuje sa k uznaniu rovnakých práv pre všetky osoby so zdravotným postihnutím žiť v spoločensťve s rovnakými možnosťami, voľby na rovnoprávnom základe s ostatnými, prijať účinné a primerané opatrenia, ktoré umožnia plné využívanie tohto práva s osobami so zdravotným postihnutím a ich plné začlenenie do spoločnosti. Uznanie práv sa dotýka aj iných cieľových skupín občanov, detí, starších ľudí odkázaných na dlhodobú starostlivosť. Sociálne služby sa stali neoddeliteľnou súčasťou Stratégie Európa 2020, z ktorej vyplýva, že v nasledujúcom desaťročí sa majú naplniť prioritné ciele zamerané na hospodársky rast, zamestnanosť, inováciu, vzdelanie, sociálne začlenenie, oblasť klímy a energetiky. Slovenská republika za účelom naplnenia týchto prioritných cieľov v oblasti sociálneho začlenenia spracovala Národné priority rozvoja sociálnych služieb pre roky 2009-2013 a následne na roky 2015-2020. Tento dokument reaguje na aktuálne výzvy sociálnej pomoci občanom, ku ktorým patrí predovšetkým rozvoj rôznorodých služieb starostlivosti na komunitnej úrovni vrátane potreby modernizácie sociálnych služieb, v ktorých sa presadzuje ľudsko-právny rozmer a orientácia na potreby a preferencie prijímateľov sociálnych služieb. Národné priority rozvoja sociálnych služieb boli východiskovým dokumentom pre spracovanie komunitných plánov sociálnych služieb a pre samosprávne kraje pri tvorbe koncepcii rozvoja sociálnych služieb. Je potrebné uviesť, že na národnej úrovni boli prijaté i ďalšie významné dokumenty zamerané na zmeny v systéme poskytovania sociálnych služieb: Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v SR, Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012-2015. Hlavným poslaním sociálnych služieb uvedených v týchto dokumentoch je podpora začleňovania ľudí do spoločnosti, sociálna súdržnosť, smerovanie k službám poskytovaným na komunitnej úrovni a rozvinutie potenciálu služieb zamestnanosti.

Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť - deinštitucionalizácia

Aktuálny vývoj medzinárodnej ľudsko-právnej agendy, ako aj zameranie sociálnej politiky EÚ smerujú k zmene systému inštitucionálnej starostlivosti, ktorá v súčasnosti na Slovensku prevláda. Zo štatistických údajov vyplýva, že najviac poskytovateľov sociálnych služieb je s pobyťovou, celoročnou formou s kapacitou 150 - 200 a viac prijímateľov.

Inštitucionálna starostlivosť nie je výhradne spojená s materiálnymi podmienkami ale hlavne:

- so stratou individuality, depersonalizácia - odosobnenie (odstránenie vecí osobného vlastníctva, znakov a symbolov individuality a ľudskosti),
- stereotypný život, striktný režim zariadenia (ranné vstávanie, jedlo a aktivity bez ohľadu na osobné záujmy a potreby),
- hromadné zaobchádzanie (premiestňovanie v skupinách bez súkromia a individuality)
- sociálna izolácia,
- sociálny odstup (rozdielny status zamestnanca a prijímateľa)
- segregácia mimo komunitu a pod.

Procesom transformácie sa má dosiahnuť zmena v systéme poskytovania sociálnych služieb založená na ľudsko-právnom prístupe a potrebe napĺňania individuálnych ľudských práv. Zavedenie kvalitnej komunitnej starostlivosti je podmienené dostatočnými investíciami nielen na vytvorenie kvalitnej siete alternatívnych komunitných služieb v regiónoch, ale i na vytvorenie kvalitného fyzického prostredia na prekonanie fyzických, orientačných a komunikačných bariér. Základným zámerom deinštitucionalizácie v SR je vytvorenie a zabezpečenie podmienok pre nezávislý a slobodný život všetkých občanov odkázaných na pomoc spoločnosti v prirodzenom sociálnom prostredí komunity, prostredníctvom komplexu kvalitných služieb vo verejnom záujme (MPSVR, 2011). S procesom transformácie a deinštitucionalizácie súvisí zavádzanie podmienok kvality (štandardov) do praxe poskytovateľov sociálnych služieb. Hodnotenie podmienok kvality má oporu v zákone č. 448/2008 o sociálnych službách a vykonávané bude od 1.1.2018. Deinštitucionalizácia je jedným zo základných prostriedkov prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, ktorý *podľa slovenských expertov na DÍv* rámci viacerých spojených procesov predpokladá **úplné zatvorenie a zrušenie inštitucionálnych služieb starostlivosti**, vytvorenie, rozvoj a podporu efektívnej siete nových - alternatívnych komunitných služieb. Pre porovnanie uvádzame: *Európska expertná skupina* „Pojem deinštitucionalizácia je často chápaný zjednodušene ako zatváranie ústavov. Tam kde sa výraz deinštitucionalizácia používa, odkazuje sa na *proces budovania širokej škály služieb v komunite vrátane prevencie, vďaka ktorej sa odstráni potreba vzniku ústavnej starostlivosti*“ (Rollova, 2015). Je nevyhnutné zdôrazniť, že zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách obmedzuje zriadenie pobytových služieb a prednosť majú terénne a ambulantné služby pred pobytovými, avšak vytváranie nových alternatívnych komunitných služieb má viac menej len legislatívnu podporu. Komunitné služby predstavujú súbor vzájomne prepojených a koordinovaných služieb poskytovaných v územnej ohraničenej komunite, ktoré reagujú na potreby členov komunity a nejavia znaky inštitucionálnej kultúry. Komunitné sociálne služby sú sústredené na včleňovanie prijímateľov do prirodzeného prostredia miestnej komunity obce (MPSVR, 2014). Zriaďovateľmi komunitných služieb môžu byť obce a mestá, neziskové a charitatívne organizácie i fyzické osoby. **V obciach a mestách sme identifikovali dôvody, prečo sa nevytvára dostatočná sieť komunitných služieb:**

- nedostatok finančných zdrojov aby ich zriadili,
- nemajú záujem o ich zriadenie, lebo v regióne je dostatok pobytových služieb,
- neinformovanosť o nových formách sociálnych služieb,
- nevidia opodstatnenie ani prínos v nových komunitných službách,

- nie je na nich vyvíjaný žiadny tlak zo strany obyvateľov ani štátu.

V roku 2014 sa začal realizovať Národný projekt Podpora procesu deinštitucionalizácie a transformácie systému sociálnych služieb. Do pilotného overovania procesu deinštitucionalizácie bolo v rámci SR vybraných 8 zariadení sociálnych služieb z každého kraja. V závere roka 2015 bolo ukončené vzdelávanie zamestnancov a príprava transformačných plánov zariadení. Implementácia pilotného projektu by mala byť podporená z prostriedkov EÚ - Integrovaného regionálneho operačného programu. Zmeny v systéme sociálnych služieb si vyžadujú cieľnú komunikačnú kampaň na národnej, regionálnej i miestnej úrovni, za účelom získania podpory širokej verejnosti i miestnych komunití. Plánovaná komunikačná kampaň nebola uskutočnená. Predpokladáme, že je to jeden z dôvodov nezájmu samosprávy a iných zriaďovateľov o vytváranie nových alternatívnych komunitných služieb.

Zvyšovanie statusu prijímateľov – integrácia do komunity

V inštitucionálnom prostredí sociálnych služieb je prijímateľ vnímaný ako jeden zo skupiny prijímateľov. Sú kategorizovaní podľa ich schopnosti a zručnosti, prijímateľ s vyšším stupňom odkázanosti nemá rovnakú sociálnu pozíciu ako prijímateľ s nižším stupňom odkázanosti. Inštitucionalizované prostredie je vždy spojené s rizikom marginalizácie, exklúzie, v ktorej je sociálny status prijímateľa stále spájaný s existenciou zariadenia ako klient, prijímateľ. Vytváranie kvalitných podmienok bývania v zariadení, trávenia voľného času, rozvíjanie zručnosti môže pozitívnym spôsobom ovplyvniť status prijímateľa. Medzi najdôležitejšie faktory ovplyvňujúce status prijímateľa je správna komunikácia personálu, ktorý výrazným spôsobom môže ovplyvniť aktivizáciu prijímateľa k samostatnosti. Sociálny status prijímateľa v komunitných službách, v prirodzenom prostredí, v byte, v dome, v podporovanom bývaní sa zvyšuje – je rovnocenný občan s tými istými právami ako ostatní občania v komunite. Využíva služby komunity, ktoré si sám zvolí podľa svojich individuálnych potrieb a možností. Základným nástrojom na zvyšovanie samostatnosti je individuálny prístup a individuálne plánovanie spolu s prijímateľom, ktoré podporí jeho schopnosti, zručnosti a vedomosti, vedie k rozvoju jeho osobnosti.

Život v komunite – príklad dobrej praxe transformujúceho sa zariadenia LIDWINA – Domov sociálnych služieb Strážske

LIDWINA – Domov sociálnych služieb v Strážskom je veľkokapacitným pobytovým zariadením v zriaďovateľskej pôsobnosti Košického samosprávneho kraja. Kapacita zariadenia je 78 prijímateľov. Zariadenie bolo KSK vybrané do pilotného projektu deinštitucionalizácie v rámci SR. Realizácia Národného projektu podpory procesu deinštitucionalizácie (vzdelávania) sa začala v roku 2014 a bola ukončená v závere roka 2015. Prijatie novej filozofie poskytovania sociálnych služieb v zariadení bolo podmienené kvalitným vzdelávaním zameraným na prípravu a prechod k novým službám. V súčasnom období manažment zariadenia sa intenzívne zaoberá prípravou transformačného plánu a riadi proces zmien v zariadení. Celý proces transformácie bol rozpracovaný do troch etáp. V I. etape prijímateľa, ktorí majú nižšiu mieru podpory, II. a III. etapa – vyššia miera podpory a dlhodobá príprava na prechod do komunity. Imobilní prijímateľa s vysokou mierou

podpory a odkázanosti zostanú v pôvodnom zariadení v počte 36. Zariadenie vytvorí kvalitné podmienky bývania v dvojposteľových izbách, rozšíria sa rehabilitačné služby a terapie. Budú zriadené nové komunitné služby v Centre služieb, a to: rehabilitácia, odľahčovacia služba a prepravná služba, ktoré sa budú poskytovať i verejnosti v meste a okolí. Vysoký dôraz je kladený na zmenu prístupu k prijímateľom, ktorí v budúcnosti budú využívať nové komunitné služby a bývať v samostatných bytoch a domoch. Zariadenie od svojho vzniku fungovalo ako inštitúcia, preto bolo potrebné vykonať výrazné zmeny v organizačnej štruktúre, ktoré boli už zavedené. Vytvárali sa nové pracovné pozície na zabezpečenie individuálneho prístupu k prijímateľom a k ich intenzívnej príprave na prechod do komunity. V závere roka 2014 sa začalo s intenzívnou prípravou 6 prijímateľov sociálnych služieb v tréningovom byte, ktorý bol zriadený v zariadení. Inštruktori sociálnej rehabilitácie spolu s prijímateľmi zostavili individuálne plány, ktorých obsahovou náplňou bola príprava na samostatný život, zvládnutie jednoduchých domácich prác, varenie, pranie, žehlenie, dopravná orientácia v meste, nakupovanie, cestovanie a pod. Počiatkové úspechy i neúspechy prijímateľov si vyžadovali zostavenie krízových plánov na činnosti, ktoré vykonávali, respektíve si ich osvojovali (práca so žehličkou, manipulácia s elektrickými spotrebičmi, rezanie nožom a pod.). V roku 2015 Košický samosprávny kraj schválil finančné prostriedky na kúpu dvoch dvojizbových bytov pre 6 prijímateľov v meste Strážske. Po ročnej príprave sa 6 prijímateľov presťahovalo z tréningového bytu do komunity v centre mesta. Presťahovaniu predchádzalo veľké upratovanie a zariadenie bytu podľa ich predstáv. Kúpa nábytku sa zabezpečovala z vlastných prostriedkov prijímateľov, ktorí sú poberateľmi dôchodkov z mladosti. V tréningovom byte sa začalo pripravovať ďalších 6 prijímateľov. Nový život - nové povinnosti, práca, dochádzka do práce (dielne v zariadení) pridávali na vážnosti a zodpovednosti všetkým prijímateľom. Denné práce a povinnosti viedli k získaniu mnohých zručností, trávenie voľného času zaznamenalo nové aktivity v centre voľného času v meste, získanie a nadviazanie nových priateľstiev. Nové bývanie so všetkými povinnosťami vnímajú prijímatelia ako svoj domov a výrazné skvalitnenie svojho života a spokojnosti.

Efektívne nástroje na aktivizáciu prijímateľa ovplyvňujúce zvyšovanie jeho statusu

Žiadny z prijímateľov od svojho narodenia nežil v rodine a inštitúcia im poskytovala všetky služby a opateru v rámci svojich možností. I napriek všetkým snahám o humanizáciu prostredia a služieb nebolo možné zabezpečiť ich prípravu na samostatný život v komunite. Stáli sme pred závažným rozhodnutím, ako v procese transformácie inovovať sociálne služby tak, aby naši prijímatelia mohli v budúcnosti bývať v komunite a využívať komunitné služby. Považovali sme za nevyhnutné zaviesť také techniky a metódy práce s prijímateľmi, ktoré budú najúčinnnejšie, v zrozumiteľnej forme pre pochopenie aktivizácie, zamerané na rozvíjanie ich zručností a záľub, na pochopenie zodpovednosti i samostatné rozhodovanie. Za týmto účelom popisujeme nasledovné techniky a metódy, (zamerané na široké spektrum činnosti), ktoré sa začali aktívne uplatňovať v práci s prijímateľom s dôrazom na individuálny prístup.

- Sociálna rehabilitácia (priority, ciele, metódy a formy)
- Individuálne plánovanie (ciele, podporný tím, kľúčový zamestnanec...)
- Zriadenie klubu sebaobhajoby (dôvody, ciele,

Sociálna rehabilitácia- patrí medzi činnosti, ktoré sú v zariadení významným pomocníkom pri plnení úloh v procese transformácie a deinštitucionalizácie. Je dôležitým nástrojom k zabezpečeniu kvalitnejšieho a zmyslupnejšieho života prijímateľov sociálnych služieb a vychádza z dôkladnej diagnostiky a poznania každého prijímateľa sociálnych služieb. **Ako priority sociálnej rehabilitácie** sme si určili:

- Starostlivosť o domácnosť – upratovanie, varenie, pranie, žehlenie, používanie domácich spotrebičov a zariadení.
- Samostatnosť pohybu mimo areálu zariadenia – cestná premávka, orientácia v priestore a pod.
- Práca s finančnými prostriedkami (nakupovanie, spoznávanie hodnoty peňazí, šetrenie a pod.)
- Čítanie a písanie (osvojenie si svojho podpisu, prečítanie názvov obchodov, inštitúcií, služieb a pod.)
- Orientácia v čase (spoznávanie a určenie času, vlastné hodinky a pod.)

Cieľom sociálnej rehabilitácie v zariadení je:

- rozvoj a podpora samostatnosti, nezávislosti, sebačinnosti, návykov pri sebaobslužbe (oblekanie, vyzliekanie, umývanie a pod.)
- rozvoj základných sociálnych zručností, a to vedieť počúvať, vyjadriť svoj názor, vedieť sa rozhodnúť čo chcem (ako chcem tráviť voľný čas), nadviazať rozhovor, naučiť prijímateľa sociálnych služieb poznávať hodnotu peňazí, nakupovať, cestovať a pod.
- rozvoj komunikačných schopností, a to vytvoriť primeraný očný kontakt, naučiť prijímateľa hovoriť k veci a ovládnuť nevhodné prejavy verbálnej a neverbálnej komunikácie.

Metódy sociálnej rehabilitácie- väčšina prijímateľov v zariadení má problém s komunikáciou. Svoj názor nevie zrozumiteľne vyjadriť alebo nerozumie podstate riešeného problému. Na osvojenie si jednoduchých komunikačných zručností sme zvolili

- komunikáciu v skupine, kdemá prijímateľ možnosť naučiť sa vyjadriť svoj názor, spokojnosť alebo nespokojnosť v jemu známej komunite a spôsobom, ktorý si zvolí sám (debatný krúžok). Takáto komunikácia pomáha prijímateľovi zlepšovať jeho komunikačné schopnosti,
- nacvičovanie a opakovanie - prijímateľ sa neustálym opakovaním v rámci svojich možností učí byť samostatným (nakupovanie, cestovanie, telefonovanie a pod.).

Využívame dve **formy sociálnej rehabilitácie** - skupinovú a individuálnu. Sociálnu rehabilitáciu vykonávajú inštruktori sociálnej rehabilitácie a prebieha v priestoroch zariadenia, v areáli budovy, ale aj v širšom okolí. Zameriavame sa na nácvik samostatného pohybu, na nácvik schopnosti využívať dopravné prostriedky, aj na nácvik správania sa v rôznych spoločenských situáciách. Uplatňovaním uvedených metód a foriem sa výrazne zmenilo vnímanie kvality života prijímateľov zariadenia. Nastal posun v myslení prijímateľov, majú väčší pocit pohody, využívajú služby v komunite, zvyšuje sa ich status. Sociálna rehabilitácia úzko súvisí s individuálnym plánovaním. **Individuálne plánovanie** – zostavovanie individuálnych plánov (IP) – metodika. Zmyslom individuálneho plánovania je

vytvoriť pre prijímateľa sociálnej služby takú podporu, aby mohol prijímateľ sociálnej služby žiť zmysluplný a čo najsamostatnejší život. **Pri zostavovaní cieľov individuálneho plánovania** sme vychádzali z poznania prijímateľa, jeho potrieb, túžob a prianí. Bolo dôležité poznať, čo si prijímateľ vo svojom živote praje, čo vníma ako dôležité, čo potrebuje k tomu, aby bol spokojný. Za týmto účelom sme stanovili i ďalšie ciele ako:

- Podpora prijímateľa v naplňovaní jeho potrieb a cieľov, prípadne ako s ním spolupracovať.
- Umožniť prijímateľovi žiť život zrovnateľný s vrstovníkmi bez postihnutia, mať možnosť voľby a kontroly nad vlastným životom, učiť sa a rásť, mať možnosť rozvíjať sa alebo udržiavať schopnosti a zručnosti.

Individuálny plán má za úlohu aktivizáciu prijímateľa v tej oblasti, o ktorú najviac prejavuje záujem a zvyšuje jeho poznanie, zručnosti i schopnosti, teda celkový rozvoj. **Pri zostavovaní individuálneho plánu bolo potrebné vychádzať z týchto zásad:**

- plán zamerať na rozvoj silných stránok a možností prijímateľa, eliminovať problémy, hľadať alternatívne možnosti riešenia.
- IP je vždy tímovou prácou, v ktorom prijímateľ má aktívnu rolu,
- Zvoliť správnu a zrozumiteľnú komunikáciu (dostatok informácií o prijímateľovi je základom úspechu),
- Zvoliť prioritnú aktivitu, ktorú preferuje prijímateľ a neplánovať príliš mnoho aktivít naraz (nezvládnutie niektorých aktivít odrazí prijímateľa od aktivizácie)
- Plán je otvorený dokument, s ktorým sa pracuje priebežne
- Forma plánu a jeho komunikácia s prijímateľom musí zodpovedať možnostiam prijímateľa.

Na plnení stanovených cieľov prijímateľa v individuálnom pláne dôležitú úlohu zohráva podporný tím, ktorý participuje na jeho realizácii. **Podporný tím v zariadení tvoria:**

- Koordinátor (metodik) IP
- Kľúčový pracovník
- Zdravotná sestra
- Ďalšie osoby – zamestnanci zariadenia (inštruktor sociálnej rehabilitácie, ergoterapeut, opatrovatelka, príp. THP, upratovačka)
- Iní prijímatelia zariadenia (rodičia, príbuzní prijímateľa ak majú záujem)
- Podporný tím integrovane spolupôsobí pri realizácii stanovených cieľov, navzájom si odovzdávajú informácie, ktoré pozitívnym spôsobom ovplyvňujú ďalšiu aktivizáciu na plnení plánu prijímateľa. Najdôležitejšiu úlohu v tomto procese má kľúčový pracovník, ktorý je akýmsi dôverníkom prijímateľa, obhajcom jeho práv, hovorcom jeho prianí. Pomáha pri identifikácii cieľov prijímateľa v spolupráci s koordinátorom, plánuje konkrétne kroky na naplnenie cieľov a participuje na vypracovaní IP.
- V zariadení LIDWINA je kľúčový pracovník
- Zamestnanec v podpornom tíme prijímateľa (jeden kľúčový pracovník má 2 prijímateľov)
- Voľba kľúčového pracovníka je realizovaná na základe vzťahu prijímateľa a zamestnanca zariadenia.

- Proces IP pozostáva z identifikácie individuálnych potrieb prijímateľa, jeho rodiny a prirodzených zdrojov podpory, voľby cieľov, voľby a popisu metód, plánu činnosti a vyhodnotenia, ktoré sa stanoví za určité časové obdobie.

Najčastejšie využívanými metódami na dosiahnutie cieľov prijímateľov sú:

- Metódy, ktoré majú rozvojový charakter (tréning sociálnych zručností, komunikačných zručností, každodenných činností, totálna komunikácia).
- Metódy, ktorých cieľom je udržanie alebo zvyšovanie kvality života pre prijímateľov s vysokou mierou podpory (pozorovanie so zameraním na určitý cieľ, totálna komunikácia s prvkami špecifickej tzv. augmentatívnej a alternatívnej komunikácie – piktogramy, komunikačné tabuľky, predmety, fotografie a pod.).

Sebaobhajovanie predstavuje druh podpory, ktorá má umožniť ľuďom s určitým druhom postihnutia predchádzať problémom v osobnom i verejnom živote a hájiť vlastné práva. Pre mentálne postihnutých ľudí je sebaobhajovanie jedna z možností, ako môžu dokázať, že sú rovnocennými partnermi a neoddeliteľnou súčasťou každej spoločnosti. Je to teda integrálna súčasť prípravy pre kvalitný život človeka s mentálnym postihnutím. Dotýka sa nielen každodenných rozhodnutí, ale i tých viac závažných či kľúčových pre ďalšie životné smerovanie. ***Klub sebaobhajoby prijímateľov sociálnych služieb v zariadení LIDWINA založený v roku 2015.*** Dôvody jeho založenia:

- Podpora kvality života, podpora prijímateľov v procese DI.
- Počet zakladajúcich členov klubu – 5 (prijímateľov).
- Členovia sú zároveň zástupcami ostatných prijímateľov.
- Tvoria skupinu najviac pripravených prijímateľov na transformáciu zariadenia.
- Poskytujú sa im priame informácie (bez zbytočných šumov a zavádzaní) o procese transformácie.
- Dôležitý je ich pohľad na transformáciu zariadenia a návrhy pre ich kvalitnejší život.
- Vedie sa diskusia na dôležité témy.
- Prijímateľ prestáva byť len prijímateľom, stáva sa partnerom (učí sa zodpovednosti).
- Pasivita sa mení na aktívny prístup.
- Prijímateľovi sa formuje zdravé sebavedomie.

V príspevku sme len v krátkosti popísali metódy práce s prijímateľmi, ktoré sú zamerané na aktivizáciu prijímateľov v procese transformácie a naplňujú ich predstavu o slobodnom živote v komunite. Úspešne realizovať proces transformácie a deinštitucionalizácie zameraný na prechod od inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť je možný len prostredníctvom kvalitných ľudských zdrojov.

Záver

Prijatím strategických dokumentov v SR zameraných na skvalitnenie poskytovania sociálnej starostlivosti bol začatý proces zmien v systéme sociálnych služieb, prechod od inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť – deinštitucionalizácia. Základným zámerom deinštitucionalizácie je vytvorenie a zabezpečenie podmienok pre nezávislý a slobodný život občanov odkázaných na pomoc spoločnosti v prirodzenom sociálnom prostredí komunity, prostredníctvom komplexu kvalitných služieb vo verejnom záujme. Manažment zariadenia

LIDWINA v náročnom procese transformácie a deinštitucionalizácie musel prijať mnoho rozhodnutí a opatrení smerujúcich k naplneniu transformačných cieľov. Na aktivizáciu prijímateľov zariadenie zvolilo niekoľko efektívnych nástrojov, metód a techník. Sociálna rehabilitácia, individuálne plánovanie, ich techniky a metódy, klub sebaobhajoby sa stali efektívnymi nástrojmi na aktivizáciu prijímateľa ovplyvňujúce jeho status a zaradenie do komunity. Najdôležitejším činiteľom úspešnosti celého procesu je kvalitný a kvalifikovaný personál, ktorý integrovane spolupôsobí v procese aktivizácie (sociálny pracovník, kľúčový zamestnanec, zdravotný a ošetrojúci personál). Zo zmeny organizačnej štruktúry zariadenia vyplynula potreba zamestnania nových zamestnancov z oblasti sociálnej práce. V súvislosti so začatým procesom deinštitucionalizácie v zariadení sme prostredníctvom projektu ÚPSVR zamestnali kvalifikovaných sociálnych pracovníkov na funkciu inštruktor sociálnej rehabilitácie. Je potrebné uviesť, že kvalifikovaní sociálni pracovníci mali minimálne poznatky o nových formách a metódach práce s prijímateľmi sociálnych služieb, tieto si osvojili až v zariadení. Získali nové skúsenosti nielen pri zostavovaní individuálnych plánov, ale hlavne pri realizácii cieľov, ktoré boli zamerané na uplatňovanie nových metód sociálnej práce s prijímateľom, komunikáciu so samosprávou a občanmi v bežnej komunite. Z toho vyplýva, že študenti nadobudnutím kvalifikácie nezískali potrebné poznatky z techník a metód, ktoré sa v súčasnom období uplatňujú nielen v práci v zariadeniach sociálnych služieb, ale i vo verejnom sektore a samospráve. ***Proces zmien v systéme sociálnych služieb si vyžaduje inováciu študijného programu so zameraním na:***

- Poskytovanie kvalitných sociálnych služieb novými metódami a formami, technikami v zariadeniach sociálnych služieb
- Zriaďovanie a využívanie alternatívnych komunitných služieb (aké sú to služby, osvojiť si techniky práce so špecifickými skupinami občanov v nepriaznivej životnej situácii),
- Prácu v samospráve, pri poskytovaní terénnych sociálnych služieb (nielen marginalizovaným skupinám občanov),
- Vypracovanie komunitných plánov obcí a miest a ich aplikáciu do praxe,
- Prácu s dobrovoľníkmi,
- Dlhodobejšiu prax (denné štúdium).

Skvalitnením štúdia a získaním nových poznatkov majú absolventi štúdia sociálna práca širšie možnosti zamestnania, uplatnenia sa na trhu práce (prieskum v obciach KE kraja poukazuje na 12 % kvalifikovanosť v sociálnej oblasti) a práve tu sa otvára priestor pre kvalifikovaných sociálnych pracovníkov v oblasti komunitnej starostlivosti.

Použitá literatúra

BRICHTOVÁ, L. – REPKOVÁ, K. 2014. Sociálne služby zacielené na kvalitu. Bratislava. GRIFIS, s.r.o. 275 s. ISBN 978-80-7138-138-9.

CANGÁR, M., KRUPA, S. 2015. Význam podmienok kvality sociálnych služieb v procese transformácie a deinštitucionalizácie. Podmienky kvality sociálnych služieb v komunite. Bratislava. ISMPSVR. 130 s. ISBN 978-80-89837-00-7.

REPKOVÁ, K. 2016. Kvalita v kontexte transformácie sociálnych služieb. Inštitút pre výskum práce a rodiny. Bratislava. 243 s. ISBN 978-80-7138-146-4.

LIDWINA – Domov sociálnych služieb Strážske: 2015. Koncepcia rozvoja sociálnych služieb na roky 2015-2020. 45 s. (aktualizácia)

ROLLOVÁ, L. a kol. 2015. Tvorba inkluzívneho prostredia v procese deinštitucionalizácie. IAMPSVR. Bratislava. 200 s. ISBN 978-80-970110-5-5.

Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny SR, Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015-2020, Bratislava: 41 s. 2014

Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny SR, Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike, Bratislava, 26 s. 2011

Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny SR, Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2014 – 2020, Bratislava: 78 s. 2014.

Kontaktná adresa

PhDr. Lýdia Bušaničová

e-mail. lydiabusanicova1@gmail.com

LIDWINA – Domov sociálnych služieb

Ul. Mládeže 1

072022 Strážske

POTREBY A TRENDY KOMUNITNEJ STAROSTLIVOSTI O SENIOROV

Čaklošová Helena

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava – externý doktorand

Abstrakt

Komunitná starostlivosť pomáha seniorom žiť v komunite bežným spôsobom života. Komunitná sociálna služba sa vyznačuje tým, že je poskytovaná dôsledne, individuálne, podľa potrieb, prania a snahy každého z užívateľov a každým svojim prvkom prispieva k spoločenskému začleneniu seniorov do bežného života. Výhodiskom komunitných služieb je dôsledný individuálny prístup ku každému užívateľovi. Ich účelom je poskytovať také služby, ktoré umožnia udržať alebo začleniť používateľa do jemu známej spoločnosti. K tomu patrí aj rozvoj vedomostí a zručností používateľov, vrátane podpory nadväzovania a udržiavania vzťahov a prevzatie zodpovednosti za vlastný život a rozhodnutia. Opatrovateľská služba umožňuje jednotlivcom žiť vo vlastnom domácom prostredí a súčasne mať zabezpečené tie životné potreby a úkony, ktoré samostatne a bezpečne nevládajú.

KLúčové slová: Seniori. Komunitná starostlivosť. Komunitná služba. Opatrovateľská služba.

Abstrakt

Community care helps seniors to live in the community normal in a way of life. Community social service is characterized to being provided strictly individually based on needs, wishes and aspirations of each of their users and each element contributes to the social inclusion of the elderly in everyday life. The starting point for community services is consistent individual approach to each user. Their purpose is to provide such services, which allows you to maintain or integrate into a user society. This includes the development of knowledge and skills of users, including support for establishing and maintaining relations and take responsibility for their own live and decisions. The nursing service allows for individuals people to live in their own home environment and at the same time they provide with the necessities of life and actions, which individuals people can not do independently and safely.

Keywords: Elderly, Community care. Community service. Nursing service.

Komunitná starostlivosť o seniorov

V členských štátoch Európskej únie sú systémy sociálnych služieb založené na spoločných cieľoch zaisťujúcich prístupné, kvalitné a hlavne finančne udržateľné zdravotné a sociálne služby. Analýza demografického vývoja v Európe poukazuje na pokles podpory rodín starších osôb a zo strany seniorov potencionálny nárast požiadaviek na túto starostlivosť (Průša, 2011). S výnimkou ťažko postihnutých všeobecný trend v dlhodobej starostlivosti smeruje od inštitucionálnej skôr k domácej a komunitnej opatrovateľskej službe (Tomeš In Průša, 2011). Slovenská republika legislatívne upravila podmienky poskytovania sociálnych služieb v zákone č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov s dôrazom v zákone upravených podmienok na uspokojovanie individuálnych potrieb prijímateľov sociálnych služieb, poskytovanie sociálnych služieb na základe individuálneho rozvojového plánu a preferenciu prirodzeného domáceho prostredia pri poskytovaní sociálnych služieb.

Základným zámerom transformácie a deinštitucionalizácie v Slovenskej republike podľa Holúbkovej (2013), je „*vytvorenie a zabezpečenie podmienok pre nezávislý a slobodný život všetkých občanov odkázaných na pomoc spoločnosti v prirodzenom prostredí*“. Zámer predpokladá nezávislý spôsob života odkázaných občanov prostredníctvom vytvorenia alternatív kvalitných služieb vo verejnom záujme s podporou komunity. Komunitná starostlivosť o starších ľudí podľa Draganovej (2006) je záležitosťou celej spoločnosti na úrovni tímovej, multidisciplinárnej a multirezortnej. Cieľom komunitnej starostlivosti o seniorov je zachovať čo najdlhšie schopnosť seniora žiť kvalitný a nezávislý život v prirodzenom prostredí. Európska expertná skupina pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v dokumente Spoločné európske usmernenia pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť (2012) definuje pojem komunitné služby alebo komunitná starostlivosť ako „*celé spektrum služieb, ktoré umožňujú jednotlivcovi žiť v komunite, a pokiaľ ide o deti, ktoré mu umožňujú vyrastať v rodinnom prostredí, teda nežiť v inštitúcii*“. Týmto spektrom je mnoho bežných služieb, ktoré by mali byť dostupné každému bez ohľadu na jeho postihnutie alebo požadovanú podporu. Ide napríklad o zdravotnú starostlivosť, vzdelávanie, zamestnanie, podporu bývania, kultúru a voľný čas, ale aj o špecializované služby, ako je napríklad osobná asistencia pre zdravotne postihnuté osoby, odľahčovacia starostlivosť a ďalšie. Tento pojem tiež zahŕňa rodinnú starostlivosť a starostlivosť rodinného typu o deti, vrátane prevencie na včasnú intervenciu a podporu rodiny. **Základné rysy komunitnej starostlivosti sú:**

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

Budú komunitné služby lacnejšie? Holúbková (2013) vo svojej publikácii venovanej analýze nákladovosti komunitných služieb v porovnaní s inštitucionálnymi službami v USA uvádza, že sú popísané nasledujúce „*dôvody úspor*“ v prospech komunitných služieb, a to: „*poskytovanie služieb v inštitúciách podlieha mnohým reguláciám, ktoré predražujú investície do ubytovania klientov ako aj náklady na ich prevádzku, ukázalo sa, že úspešný presun klienta do komunitných služieb vedie k postupnému poklesu počtu požadovaných služieb, mzdové náklady pracovníkov v inštitúciách sú vyššie, ako náklady komunitných pracovníkov*“. V roku 2014 schválené Národné priority rozvoja na roky 2015 – 2020 sú reakciou na aktuálnu situáciu poskytovania sociálnych služieb v Slovenskej republike charakterizovanú nedostatočnou kapacitou sociálnych služieb poskytovaných v prirodzenom domácom prostredí, na potrebu zabezpečenia udržateľnosti financovania sociálnych služieb a rozvoja ich kvality. K aktuálnym výzvam na ďalšie obdobie patrí potreba modernizácie sociálnych služieb a rozvoj rôznorodých služieb starostlivosti na komunitnej úrovni. Národnými prioritami rozvoja na roky 2015 – 2020 deklarovaných v tomto dokumente sú tieto „*priority*“:

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

V dôsledku nízkej pôrodnosti a stále sa predlžujúcej dĺžke života počet seniorov v Európe každoročne stúpa. Odborníci viacerých vedných oblastí zdôrazňujú, ako sa starnutie v priebehu času mení a aké dôsledky bude mať pribúdanie starších ľudí v spoločnosti pre rôzne politické a hospodárske subsystémy, pre systém sociálneho poistenia a pre celú právnu oblasť (Gruss, 2009). S predpokladaným zvyšujúcim sa vekom prichádzajú na rad otázky, ktoré sa dotýkajú všetkých oblastí života, najmä zdravotnej a sociálnej sféry. Dôležité je zabezpečiť všetkými dostupnými prostriedkami, aby seniori, ľudia s ťažkým zdravotným postihnutím a nepriaznivým zdravotným stavom nezostávali opustení, izolovaní, bez finančných prostriedkov, plní beznádeje a potrebnej starostlivosti. Vzhľadom na dôsledky starnutia populácie spojené i s predlžujúcim sa vekom dožitia, a tým aj s nárastom počtu starších ľudí odkázaných na sociálnu starostlivosť bolo potrebné aj v Slovenskej republike vytvárať podmienky na dostupnosť a udržateľnosť tejto starostlivosti. V snahe podporiť zotrvanie ľudí odkázaných na pomoc čo najdlhšie v ich prirodzenom rodinnom prostredí sa významnou mierou podieľal Národný projekt Podpory opatrovateľskej služby, realizovaný v rokoch 2014 až 2015 z prostriedkov Európskeho sociálneho fondu v rámci Operačného programu Zamestnanosť a sociálna inklúzia. Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny v súlade s princípmi uplatňovanými v medzinárodných ľudsko - právnych dokumentoch, ale aj s princípmi EÚ o rozvoji sociálnych služieb orientovaných na občana a strategickými dokumentmi ministerstva prostredníctvom implementačnej agentúry vytvorilo rámec ďalším Národným projektom Podpora opatrovateľskej služby, podporeným z prostriedkov Európskeho sociálneho fondu v rámci Operačného programu Ľudské zdroje, ktorého cieľom je „podporiť rozvoj opatrovateľskej služby za účelom predchádzania umiestňovania prijímateľov sociálnych služieb do pobytových zariadení sociálnych služieb“. Realizácia tohto projektu sa začala v januári 2016 po dobu nasledujúcich 33 mesiacov na celom území Slovenskej republiky a projekt predpokladá podporiť 3 300 pracovných miest pre opatrovateľov. **Realizáciu projektu je umožnené:**

- „poskytovať opatrovateľskú službu väčšiemu počtu osôb odkázaných na pomoc inej osoby v prirodzenom domácom prostredí
- zvýšiť dostupnosť opatrovateľskej služby pre občanov s ťažkým zdravotným postihnutím, s nepriaznivým zdravotným stavom a pre seniorov, a podporiť ich zotrvanie v prirodzenom prostredí v rodine a komunite
- vytvoriť vhodné prostredie pre zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti fyzických osôb a ich rodín viesť samostatný život
- podporiť poskytovanie opatrovateľskej služby v tých lokalitách, ktoré ju neposkytujú z dôvodu nedostatku zdrojov

- vytvoriť/udržať pracovné miesta a podporiť tým zamestnanosť vo všetkých regiónoch SR
- predchádzať odkázanosti na služby sociálnej starostlivosti pobytového charakteru“.

Oprávnenými žiadateľmi o zapojenie sa do projektu sú verejní a neverejní poskytovatelia sociálnych služieb podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov. Pre účely projektu je:

- „verejným poskytovateľom opatrovateľskej služby obec, resp. právnická osoba zriadená obcou alebo založená obcou,
- neverejným poskytovateľom opatrovateľskej služby nezisková organizácia poskytujúca všeobecne prospešné služby, cirkev a cirkevná charita, štátom uznaná a registrovaná náboženská spoločnosť, občianske združenie alebo Slovenský Červený kríž“, ktorý je zapísaný do registra, ktorý vedie príslušný vyšší územný celok a zároveň je poskytovateľom sociálnej služby v zmysle § 3 ods. 3 zákona o sociálnych službách.

Neverejným poskytovateľom je subjekt nepatriaci do skupiny verejných poskytovateľov a „podľa doterajšieho vývoja sú neverejnými poskytovateľmi najčastejšie cirkevné právnické osoby či iné právnické osoby, najčastejšie neziskové organizácie poskytujúce všeobecné prospešné služby.“ (Repková, 2011) Na základe údajov z centrálného registra poskytovateľov sociálnych služieb vyberáme údaje o poskytovateľoch opatrovateľskej služby v rámci SR:

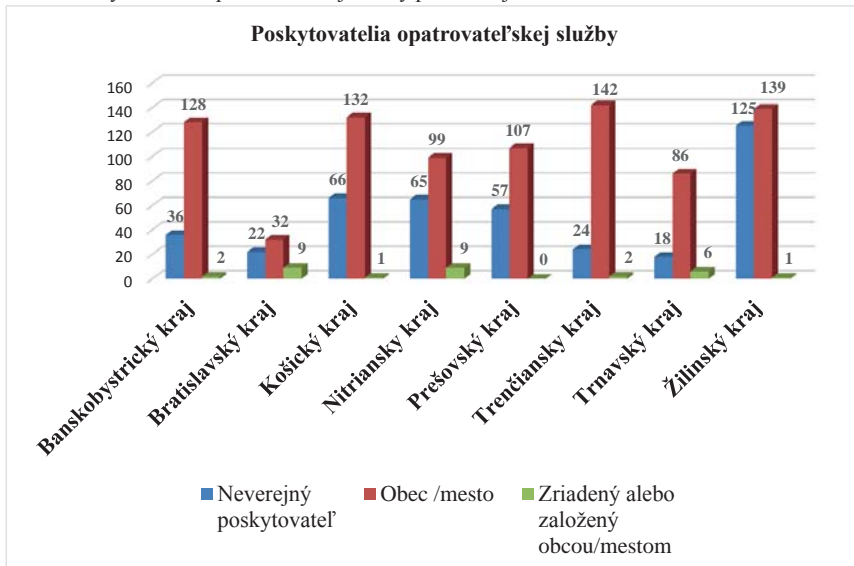
Tabuľka: Poskytovatelia opatrovateľskej služby podľa krajov

Poskytovatelia opatrovateľskej služby	Neverejný poskytovateľ	Obec /mesto	Zriadený alebo založený obcou/mestom
Banskobystrický kraj	36	128	2
Bratislavský kraj	22	32	9
Košický kraj	66	132	1
Nitriansky kraj	65	99	9
Prešovský kraj	57	107	0
Trenčiansky kraj	24	142	2
Trnavský kraj	18	86	6
Žilinský kraj	125	139	1
Spolu SR	413	865	30

Zdroj: centrálny registra poskytovateľov sociálnych služieb k 31.10.2016 (vlastné spracovanie)

Podľa údajov v tabuľke je zrejmé, že viac ako 68 % poskytovateľov opatrovateľskej služby patrí k verejným poskytovateľom, t. j. opatrovateľskú službu zabezpečuje obec, resp. právnická osoba zriadená obcou alebo založená obcou. Vo významnej miere k tomuto výsledku prispel aj Národný projekt Podpory opatrovateľskej služby, realizovaný v rokoch 2014 až 2015 z prostriedkov Európskeho sociálneho fondu v rámci Operačného programu Zamestnanosť a sociálna inklúzia. Výsledky podľa jednotlivých krajov sú zobrazené na grafe:

Graf: Poskytovatelia opatrovateľskej služby podľa krajov



Zdroj: centrálny registra poskytovateľov sociálnych služieb k 31.10.2016 (vlastné spracovanie)

Podľa grafického znázornenia najvyšší počet poskytovateľov opatrovateľskej služby má registrovaný Žilinský kraj a naopak v Bratislavskom kraji je najnižší počet registrovaných poskytovateľov opatrovateľskej služby. Opatrovateľskou službou sú osobám odkázaným na pomoc inej osoby zabezpečované tie životné potreby a úkony, ktoré sami samostatne a bezpečne nezvládajú. Novosad (2009) uvádza, že spôsob poskytovania služby zohľadňuje individuálne potreby človeka ako napríklad pomoc pre chod domácnosti, upratovanie, nakupovanie, pranie, prechádzky, stravovanie, pomoc pri sebaobsluže, sprostredkovanie kontaktu so spoločenským prostredím, pomoc pri presadzovaní práv a záujmov, poskytovanie informácií a pod. V Správe o sociálnej situácii obyvateľstva Slovenskej republiky za rok 2015 sa uvádza, že v roku 2015 bola opatrovateľská služba v domácnosti poskytovaná zo strany obcí, t.j. verejných poskytovateľov 12 332 fyzickým osobám, čo je oproti roku 2014 nárast o 180 osôb. Neverejní poskytovatelia v roku 2015 opatrovali celkom 4 276 prijímateľov, čo oproti predchádzajúcemu roku predstavuje nárast o 202 opatrovaných. „Záujem o poskytovanie opatrovateľskej služby aj prostredníctvom Národného projektu Podpora opatrovateľskej služby v predchádzajúcom programovom období zo strany poskytovateľov a hlavne zo strany osôb odkázaných na pomoc inej osoby potvrdil predpoklad, že terénna forma sociálnej služby v domácom prostredí je žiadanou sociálnou službou.“ Poskytovanie terénnej opatrovateľskej služby je efektívnym nástrojom podpory na zabezpečenie zotrvania občanov nachádzajúcich sa v stave nepriaznivej alebo krízovej sociálnej situácii v ich prirodzenom domácom prostredí.

Záver

Podpora poskytovaná v komunite vytvára lepšie predpoklady pre ochranu a dodržiavanie práv človeka, než je tomu v ústavnom prostredí. Individuálne poskytovaná starostlivosť v bežnom prostredí vytvára menej príležitostí pre obmedzovanie práv človeka. Vďaka komunitnému spôsobu poskytovania podpory sú užívatelia služieb aktívnymi členmi spoločnosti a majú vzťahy s rôznymi ľuďmi, čo im dáva pocit sebaúcty a sebadôvery. Posilňuje to ich zodpovednosť za vlastný život a za život spoločnosti, ktorého sú súčasťou. Je veľmi dôležité vytvoriť prístup k sociálnym službám s rešpektovaním každého jednotlivca a jeho individuálnych potrieb. Tento prístup, či už zo strany rodiny, štátu alebo spoločnosti, môže napomáhať k tomu, aby starší mohli prežiť dôstojnú starobu.

Použitá literatúra

- DRAGANOVÁ, H. a kol. 2006. Sociálna starostlivosť, Osveta, 2006, 196 s., ISBN 978-80-8063-240-3.
- GRUSS, P. 2009. *Perspektivy stárnutí*, Praha : Portál, 2009, 224 s., ISBN 978-80-7367-605-6.
- HOLÚBKOVÁ S. a kol. 2013. Odvaha na nové sociálne služby, INESS, 2013, 33 s., ISBN 978-80-969765-3-9.
- NOVOSAD L. 2009. Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe., Praha: Portál, 2009, 269 s., ISBN 978-80-7367-509-7.
- PRŮŠA L. a kol. Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče VÚPSV, v.v.i. Praha., 2011, ISBN 978-80-7416-097-4.
- REP KOVÁ, K. 2011. Verejní a neverejní poskytovatelé sociálních služeb na Slovensku – analýza Centrálného registra poskytovateľov. [online]. Bratislava : MPSVR SR, 2011. [2016-10-23]. Dostupne nainternete: <http://www.sspr.gov.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2011/Repkova/verejni2407.pdf>.
- Spoločné európske usmernenia prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť. [online]. [2016-10-31]. Dostupné na internete: http://deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/2013/10/2013-10-18-Common-European-Guidelines_Slovak-version_EDITED.pdf.
- Centrálny register poskytovateľov sociálnych služieb [online]. [2016-10-31]. Dostupné na internete: <https://www.employment.gov.sk/sk/centralny-register-poskytovatelov-socialnych-sluzieb/>.
- Deinstitutionalization Toolkit, Publications 2012 .[online].[2016-10-31]. Dostupné na internete: <http://www.ncd.gov/publications/2012/DIToolkit/Cases/in%20Detail/>.
- MPSVaR SR, Národné priority rozvoja sociálnych služiebna roky 2015– 2020. [online]. [2016-10-30]. Dostupné na internete: <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/nprss-2015-2020.pdf>.
- Národný projektpodpora opatrovateľskej služby [online]. [2016-10-31]. Dostupné na internete: <https://www.ia.gov.sk/sk/narodne-projekty/narodny-projekt-podpora-opatrovateľskej-sluzby/oznamenie-o-moznosti-predkladania-ziadosti-na-zapojenie-sa-do-narodneho-projektu-podpora-opatrovateľskej-sluzby>

MPSVaR SR, Správa o sociálnej situácii obyvateľstva Slovenskej republiky za rok 2015. Bratislava. 2016. [online]. [2016-10-31]. Dostupné na internete: <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/analyticke-centrum/sprava-socialnej-situacii-obyvateľstva-za-rok-2015.pdf>.

Spoločné európske usmernenia prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť. [online]. [2016-10-31]. Dostupné na internete: http://deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/2013/10/2013-10-18-Common-European-Guidelines_Slovak-version_EDITED.pdf

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

Kontaktná adresa

Ing. Helena Čaklošová
Jána Hollého 737/89
071 01 Michalovce
hcaklosova@gmail.com

ASPEKTY KOMUNITNEJ PRÁCE S UTEČENCAMI, ŽIADATEĽMI O AZYL A AZYLANTMI V ZMYSLE ANTIOPRESÍVNÝCH PRÍSTUPOV V SOCIÁLNEJ PRÁCI

Dobda Vladimír

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

Abstrakt

Opresia, potláčanie alebo pocit stiesnenosti sú pojmy úzko súvisiace s konceptmi globalizácie, multietnicity a multikulturalizmu. Nová definícia sociálnej práce, prezentovaná v roku 2014 na konferencii v austrálskom Melbourne, zavádza „rešpektovanie rozdielnosti“ ako jednu zo štyroch zásad, ktoré sú centrom sociálnej práce. V čase progredujúcej utečeneckej krízy, kedy je migrácia diverzifikovaným fenoménom a globálnym problémom, sú antiopresívne prístupy verejnosti všeobecne neznáme. Opomína ich i slovenská legislatíva. Pritom tieto prístupy môžu byť v spojení so sociálnou prácou dôležitými a významnými metódami, ktoré napomáhajú otvorenosti sociálnych pracovníkov novým ideám v komunitách utečencov, žiadateľov o azyl a azylantov, so súčasným nazeraním na sociálne právo ako objektív prínosov a problémov v diskusiách viazucich sa k diskriminácii a opresii.

KLúčové slová: Migrácia. Opresia. Antiopresívne prístupy. Utečenecká kríza. Sociálna práca.

Abstract

Oppression, suppression or feeling depressive, are the terms closely related to concepts such as globalization, multi-ethnicity and multiculturalism. The new definition of Social Work, presented in 2014 during a conference in Melbourne, Australia, establishes "Respect for Diversity" as one of the four principles that are central to Social Work. At the time of progressive refugee crisis, while migration is a diversified phenomenon and a global problem, Anti-Oppressive Practices are not well-known to people. They are also omitted in Slovak legislation. These practices may yet be used in conjunction with Social Work as the important and prominent methods that support the openness of Social Workers to the new ideas in communities of refugees, asylum seekers and recognized refugees, with concurrent perception of social rights as an objective of benefits and problems of disputes related to discrimination and oppression.

Key words: Migration. Oppression. Anti-Oppressive Practices. Refugee crisis. Social work.

Úvod

Téma imigrantov v roku 2015 rozprúdila vášne európskej a v konečnom dôsledku i celosvetovej verejnosti. Aj keď 90% migrantov vo svete tvoria ekonomickí migranti, kumulácia zvyšných 10% v kratšom časovom úseku postavila do pozornosti medzinárodné organizácie i vlády európskych štátov. Prílev utečencov najmä z Iraku, Sýrie a Jemenu – z krajín, v ktorých doslova išlo o život – smeroval do štátov ako Taliansko, Španielsko, Nemecko, Francúzsko a Grécko. Tieto, nakoľko nestihali prijímať nárazové vlny imigrantov, požiadali zvyšok Európy o prejav solidarity Európskej únií a prijatie týchto ľudí na svoje územie. Aj keď Európska únia nemôže riešiť chaos v niektorých štátoch, ako napríklad v Somálsku, Eritrey, či Sudáne, neochota a nepripravenosť ostatných štátov viedli v krátkom

čase k vzostupu mnohých problémov, ktoré boli ešte donedávna latentné. Všetky typy médií začali dennodenne produkovať množstvo článkov, reportáží, vyjadrení, varovaní, rozhovorov a ďalších materiálov, nesúcich sa zväčša vo viac individuálnych, než objektívnych postojoch. Masová medializácia tohto javu, niektoré dezinformácie a celková neprehľadnosť problematiky vyvolali vlny nepriaznivého ohlasu širokej verejnosti na tento prirodzene a doteraz akoby nepovšimnuto prebiehajúci proces. Slabnúce miesto a poslanie kresťanstva v európskej kultúre bolo opätovne potvrdené vo vyjadreniach a akciách obyvateľov viacerých krajín, siahajúc až po demonštrácie a ozbrojené konflikty. Rázom sa pozabudlo na ľudské práva a dôstojnosť človeka nahradili predsudky, nenávisť, pohodlnosť a nepodložené obavy z narušenia vlastného domáceho zázemia, osobnej slobody a bezpečnosti. Aj keď Slovensko ako tranzitnú krajinu najrozsiahlšie masy utečencov obchádzajú, neobchádzajú ho pocity strachu a neznášanlivosti, ale ani prejavy vrúcnosti a solidarity. Slovenská, ako aj európska spoločnosť sa opäť raz polarizuje. Polarita vo všeobecnosti rozdeľuje ľudí na chudobných a bohatých, čím vytvára skupinu ľudí bez príjmov z pracovnej činnosti, ako aj bez prístupu k informáciám, vzdelaniu, zamestnaniu a reálnym možnostiam, ktoré ponúka život. Ľudia nevidia a nechcú vidieť okolitý svet, v ktorom nemajú najhoršie postavenie. Úloha sociálnej práce disponujúcej nielen teoretickými poznatkami, ale aj praktickými metódami a postupmi na účelné riešenie krízových situácií, je v tejto problematike nezastupiteľná. Ako vedecky fundovaná odborná disciplína je usposobená a má všetky predpoklady pre prácu s týmito komunitami. V súvislosti s pojmami ako multietnicita, multikulturalita a globalizácia úzko súvisí pojem opresia, ktorá sa v našej reči prekladá ako pocit stiesnenosti, utláčanie, či potláčanie. Vo vzťahoch väčšinových spoločností a etnických menšín v súvislosti s pohybom obyvateľstva vznikali výbušné sociálne konflikty a problémy, ktoré vyžadovali potrebu akútneho zásahu prostredníctvom novovzniknutých nástrojov a metód na ich riešenie. Táto snaha o potlačenie hierarchických vzťahov v rôznych spoločnostiach a ich nahradenie rovnoprávnymi, ktoré podporujú a uľahčujú sebarealizáciu, vyústila do formovania antiopresívnych prístupov. Je realitou súčasného sveta, že interkultúrne a interetnické vzťahy patria k citlivým témam, preto je nevyhnutné, aby bola nerovnováha medzi spoločenským postavením rôznych skupín obyvateľstva zmierňovaná, v ideálnom prípade úplne eliminovaná. Migrácia sa všeobecne charakterizuje ako zmena sídliska skupín obyvateľstva, premiestňovanie obyvateľstva spojené so zmenou bydliska. Pôvod migrácie sa datuje už od čias Homo erectus a Homo sapiens, ktorí z afrického kontinentu putovali na európsky. Migrácia je prirodzenou stratégiou ľudí na zlepšenie kvality života, získanie nových skúseností a nadhľadov, ako aj predpokladom osobnostného rastu. Je teda historickou kategóriou, v ktorej migračné pohyby zohrávali a dodnes zohrávajú významnú rolu (Liďák, 2008). Európa je podľa Medzinárodnej organizácie pre migráciu najatraktívnejšou destináciou pre migrantov. V roku 2015 tu žila takmer tretina celosvetového počtu migrantov. Tento sa pritom odhaduje na 244 miliónov, čo predstavuje 41%-né navýšenie od roku 2000. Z európskych krajín žilo v roku 2015 v Nemecku 12 miliónov, vo Veľkej Británii 8,5 milióna, vo Francúzsku 7,7 milióna a v Španielsku 5,8 milióna medzinárodných migrantov. Tieto krajiny patria medzi celosvetovú desiatku krajín s najvyšším počtom migrantov na svete. Okrem toho je na svete asi 19,5 milióna utečencov a ďalších 38,2 milióna vnútorne presídlených osôb. Najviac utečencov (53 %) pritom pochádza zo Sýrie, Afganistanu

a Somálska. V štátoch Európskej únie žiadalo už v roku 2014 o azyl vyše 625-tisíc ľudí, čo je o 44 % viac, ako v roku 2013. Z toho tretina podala svoju žiadosť v Nemecku. V roku 2015 tento počet presiahol rekordných 1,2 milióna. Práve občianske vojny v Sýrii, Iraku, Afganistane, Somálsku a častiach Sudánu sú dnes považované za najvýznamnejšie príčiny vzniku súčasnej utečeneckej krízy. Nejde však iba o vojnu samotnú. Rozličné zdroje uvádzajú tiež ďalšie príčiny, a to neochotu medzinárodného spoločenstva rešpektovať hlboké etnické rozdelenie nefunkčných štátov, podliezanie sociálnych systémov západoeurópskych krajín, diktatúry a totalitné režimy ako jedna z hlavných príčin nedobrovoľnej migrácie vo svete, nezvládnutie revolučného prechodu (napríklad Arabská jar), nedostatok tlaku na udržanie utečencov v bezpečných krajinách, spájanie rodín i takzvaná „turecká pomsta“. Prof. Vladimír Krčméry, významný slovenský lekár, vedec a vysokoškolský pedagóg, ktorý od jesene 2015 so svojím tímom pomáhal utečencom na maďarskej hranici, poukazuje na zlyhanie vládnych i opozičných politikov pri riešení tohto krízového stavu. V tom čase prechádzalo touto hranicou denne niekoľko tisíc utečencov. Krčméry poukazuje na dôležitosť rozlíšenia utečencov od ekonomických migrantov. Zatiaľ čo utečenci z vojnových štátov – Sýrie, Iraku a Jemenu – nepredstavujú epidemiologickú hrozbu, ekonomickí migranti prichádzajúci cez Stredozemné more zväčša z Afriky môžu byť zdrojom tuberkulózy, či vírusu HIV. Podľa Medzinárodnej organizácie migrácie len v prvých dvoch mesiacoch roku 2016 prišlo cez Stredozemné more do Európy vyše 110-tisíc takýchto migrantov. Navyše štáty ako Eritrea, Somálsko, či Afganistan by si mali svoju politiku riešiť interne. Ako cieľové skupiny, ktorým je nevyhnutné pomôcť, sa tak ukazujú byť utečenci zo Sýrie, Iraku a Jemenu. Krčméry vidí riešenia v medzinárodnej intervencii vojnových štátov, ako aj v prijímaní utečencov európskymi štátmi, vrátane Slovenska. Mladé rodiny utečencov s deťmi vníma ako pozitívny prínos z hľadiska zastavenia starnutia populácie a zlepšenia ekonomickej situácie hostiteľských krajín. Reakciou Bruselu na utečeneckú krízu bolo v roku 2015 pripraviť a aktivovať núdzové mechanizmy, ktoré by krajiny Európskej únie zaviazali rozdeliť si určitý počet migrantov – kvóty. To však odmietli niektoré krajiny, vrátane Slovenska. Koncom februára 2016 vyhlásilo Maďarsko referendum ohľadom zavedenia kvót. Švajčiarsko približne v rovnakom čase vyhlásilo referendum o deportácii cudzincov usvedčených z porušenia akéhokoľvek zákona, niektoré štáty, ako Rakúsko opätovne zaviedli hraničnú kontrolu. V médiách sa denne skloňovalo meno nemeckej kancelárky Angely Merkelovej. Na zvládnutie migračnej krízy je podľa jej názoru potrebné súčasne riešiť štyri úlohy – ochranu vonkajších hraníc Európskej únie, rozdelenie utečencov v Európe, boj proti príčinám ich úteku a zlepšenie procesu ich prijímania v Nemecku. Všetky tieto a mnohé ďalšie skutočnosti však poukazujú na nejednotnosť migračných politik na vnútroštátnych i medzinárodných úrovniach. Ústavní činitelia niektorých štátov hovoria dokonca o krachu medzinárodnej migračnej politiky. Na Slovensku upravujú azylovú problematiku zákony č. 480/2002 Z. z. o azyle a č. 404/2011 Z. z. o pobyte cudzincov. Právo na azyl je zakotvené priamo v Ústave SR. Na diskrimináciu sa vzťahuje zákon č. 365/2004 Z. z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou (antidiskriminačný zákon). Antiopresívny prístup je jednou z hlavných foriem sociálne orientovanej teórie a praxe sociálnej práce. Ide o sľubné a účelné poňatie komplexnosti súčasných sociálnych problémov, operujúc v kontexte početných opresíí, vychádzajúc z rastúcej potreby

fundamentálnej reorganizácie spoločnosti vo všetkých jej vrstvách. S koncepciou antiopresívnych prístupov sa spájajú opresia a diskriminácia ako dva ústredné pojmy, z ktorých tieto prístupy vychádzajú. Opresia je všeobecne charakterizovaná ako potláčanie, utláčanie, pocit stiesnenosti. Pojem diskriminácia znamená rozlišovanie poškodzujúce niekoho, neuznávanie jeho rovnosti s inými, obmedzovanie a popieranie práv určitých kategórií obyvateľstva alebo určitým štátom, medzinárodným organizáciám a podobne. Predstavuje teda nerovnaké zaobchádzanie, ktoré podkopáva a spochybňuje dôstojnosť človeka. Pri rozhodovaní o tom, či ide alebo nejde o diskrimináciu, je dôležité hľadať príčinné súvislosti medzi znevýhodnením a použitím kritéria pre rozlišovanie. Podľa Matouška (2003) sa antiopresívne prístupy začali objavovať od konca 80. rokov 20. storočia, pričom v priebehu 90. rokov minulého storočia došlo k ich etablovaniu. Vychádzajú z predstavy sociálnej práce ako politickej aktivity, ktorá uplatňuje svoju rolu vo sfére mocenských vzťahov, týkajúcich sa života ako jednotlivcov, tak aj rôznych menšinových skupín a komunit. Z tohto hľadiska je teda kľúčovou témou moc a jej nerovnomerná distribúcia v spoločnosti. Cieľom antiopresívnych prístupov je túto nerovnováhu zmierniť, v ideálnom prípade odstrániť. Preto sú tieto prístupy zamerané na tému nerovného spoločenského postavenia utláčaných spoločenských skupín a kritikou rasizmu, sexismu a odmietaním všetkých foriem diskriminácie a opresie usilujú o ich podkopanie, obmedzenie až odstránenie. Perspektívu antiopresívnych prístupov je možné využiť pri sociálnej práci s jednotlivcom, rodinou, skupinou i komunitou. Dalrymple a Burke (2006) vidia formovanie antiopresívnych prístupov priamo na poli sociálnej práce. Ide o dominantnú teóriu v prístupoch kritickej sociálnej práce, ktorá ako termín zahŕňa rozličné perspektívy na poli kritických teórií. Rozličné pohľady a chápania majú niekoľko spoločných prvkov, ktoré sa spájajú s vývojom teórie a praxe inkluzívnym a participatívnym spôsobom, spochybňujúcim sociálne vzťahy a štruktúry, ako aj samotnú sociálnu prácu. Antiopresívny prístup je kritickým prístupom sociálnej práce, ktorý vychádza z kritických sociálno-vedeckých teórií a informuje o humanistických a sociálnych hodnotách spravodlivosti, prihliadajúc na skúsenosti a pohľady ľudí, ktorí prišli do styku s opresiou. Aj keď je v súčasnosti považovaný za prístup vychádzajúci zo sociálnych i zdravotníckych odborov, je vhodné skúmať jeho vývoj v rámci sociálnej práce, kde má svoje korene, s cieľom pochopiť jeho širokú použiteľnosť. Východiskovým pojmom antiopresívnych prístupov je koncept opresie – útlaku. Tento termín označuje štrukturálne znevýhodnenie istých spoločenských skupín, ktorým sú v modernej „kapitalistickej“ spoločnosti systematicky odopierané niektoré práva a možnosti, bežne dostupné väčšinovej časti spoločnosti alebo jej elite. Rôzne koncepcie antiopresívnych prístupov sa odlišujú v tom, či je štrukturálne znevýhodňovanie výsledkom zámernej manipulácie zo strany elít, alebo iba nezamýšľaným efektom fungovania inštitúcií neskoro modernej spoločnosti. Preto sa rôznia aj navrhované riešenia. Ich spoločným programom v rámci všetkých variácií je však snaha o ukončenie opresívnych hierarchických vzťahov a ich nahradenie vzťahmi, ktoré na princípe rovnoprávnosti uľahčujú možnosť seberealizácie jednotlivcov, skupín i väčších spoločenských celkov (Matoušek a kol., 2013). Podľa Baines (2011) sa antiopresívne prístupy pokúšajú integrovať výskum a problémy sociálnych zmien priamo do skúseností sociálnej práce. Toto môže byť základom pre formovanie nových postupov, zdrojov a spôsobov chápania a budovania vedomostí a zručností, ako aj nových možností realizovania aktivizácie

a odporu. Namiesto jednovýznamového poňatia antiopresívnych prístupov o nich možno hovoriť ako o pojme, ktorý zastrešuje celý rad sociálno - právne orientovaných prístupov sociálnej práce, zahŕňajúc feminizmus, postmodernizmus, Marxizmus, postštrukturalizmus, kritický konštruktivizmus, ako aj domorodé, antikoloniálne a antirasistické prístupy. Tieto prístupy čerpajú zo sociálneho aktivizmu a kolektívneho organizovania, rovnako ako zo zmyslu poskytovania sociálnych služieb spôsobom, ktorý zahŕňa oslobodzujúce porozumenie sociálnych problémov a ľudského správania. Ako súčasť majoritných krokov sociálnej zmeny, antiopresívne prístupy neustále zdokonaľujú svoju teóriu a postupy adresované novým formám napätia a sociálnych problémov, nevyvímajúc primárne štrukturálne faktory. V rámci antiopresívnych prístupov sa sociálni pracovníci snažia poskytovať služby klientom, ktorí ich vyhľadávajú, pomáhajú jednotlivcom, skupinám, komunitám i sami sebe pochopiť, že ich problémy sa viažu k sociálnej nerovnosti – pochopiť, že sú utláčani a ako môžu bojovať o zmenu. Antiopresívne prístupy sa nepovažujú za exkluzívne a autoritatívne modely, zahŕňajúce odpovede na každý sociálny problém. Namiesto toho, v súlade s ich emancipačným dedičstvom, sú tieto prístupy skupinou politizovaných postupov, ktoré sa progresívne vyvíjajú pre analýzu a adresnosť neustále sa meniacim sociálnym podmienkam a výzvam. Pri porovnaní klasickej sociálnej práce a antiopresívnych prístupov je vidieť rozdiel v ponímaní hodnoty, ktorá uznáva jedinečnosť každého človeka. Kým klasická sociálna práca túto hodnotu plne podporuje, antiopresívne prístupy ju chápu v modifikovanej podobe. Tvrdia totižto, že o jedinečnosti človeka nemá cenu hovoriť abstraktne, nakoľko každý človek je zasadený do konkrétneho sociálneho kontextu. Je preto nutné vnímať každú bytosť ako jedinečnú individualitu so špecifickými potrebami a charakteristikami vo vnútri siete sociálnych väzieb. Do úvahy je treba tiež brať sociálnu lokalizáciu jednotlivcov v zmysle ich etnicity, rasy, triedy a podobne. Antiopresívne prístupy prinášajú oproti psychologizujúcim teóriám v sociálnej práci reflexiu širších spoločenských podmienok, ktoré sú zodpovedné za útlak a diskrimináciu, čo umožňuje sociálnym pracovníkom v relevantnej a nepatologickej perspektíve vnímať problémy klientov. Aj keď sú tieto prístupy prezentované ako vnútorne integrovaný model sociálnej práce, existujú mnohé ich varianty, ktoré oscilujú medzi zameraním sa na spoločenskú evolúciu a revolúciu. Oba varianty sa odmietajú podieľať na diskriminácii jej tichým prechádzaním, čo v konečnom dôsledku prináša príležitosť k reflexii a núti sociálneho pracovníka zvažovať, ako a či môže svojou vlastnou praxou klienta zaťažovať, diskriminovať, či znevýhodňovať (Matoušek a kol., 2013).

Cieľ

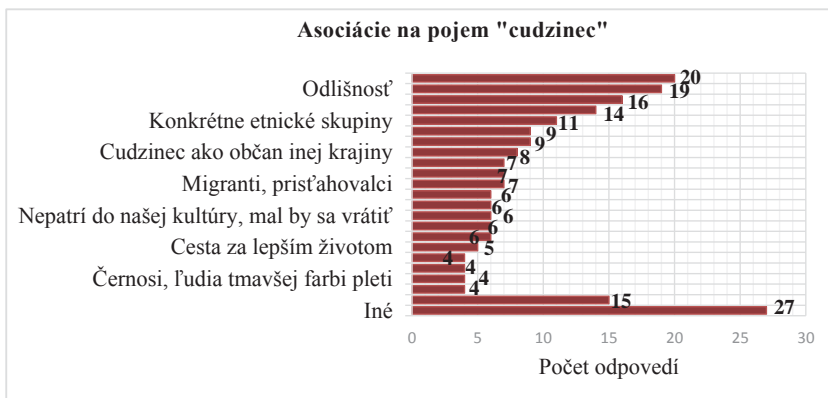
Cieľom nášho výskumu bolo zistiť postoje obyvateľov Slovenskej republiky k problematike zahraničnej migrácie na územie našej krajiny, postoje respondentov k cudzincom, ktorí na našom území žijú alebo sem prichádzajú, na integráciu a zamestnávanie migrantov v Slovenskej republike, a tiež znalosti širokej verejnosti o antiopresívnych prístupoch a všeobecné postoje k súčasnej utečeneckej kríze, ako aj úlohu sociálnej práce v rámci nej.

Metodika

Na základe zvolenej témy a na zabezpečenie jej cieľa sme sa rozhodli v rámci získavania a zberu potrebných informácií a dát využiť kvantitatívny výskum a jeho najčastejšie používanú metódu – dotazník. Ten pozostával z 32 tematických a 12 demografických otázok. Využili sme otvorené, polouzavreté a uzavreté otázky s dichotomickou ponukou, jednoduchým i viacnásobným výberom. Takmer vo všetkých otázkach mali respondenti možnosť vybrať si položku „neviem/nechcem odpovedať“, aby tak boli zachované ich asertívne práva. Jednotlivé otázky dotazníka boli konštruované tak, aby bolo možné využiť viaceré metódy ich spracovania. V rámci formulácie a následného spracovania otázok sme využili škálovanie, Bogardusovu škálu sociálnej dištancie, Osgoodov sémantický diferenciál, batériu výrokov, a skúmali sme štatistické vzťahy odpovedí na jednotlivé otázky vo vzťahu k demografickým údajom. Zozbierané dáta sme analyzovali určením relatívneho a absolútneho podielu jednotlivých odpovedí, s následným overovaním hypotéz prostredníctvom neparametrickej štatistickej metódy Pearsonovho Chí-kvadrát testu nezávislosti.

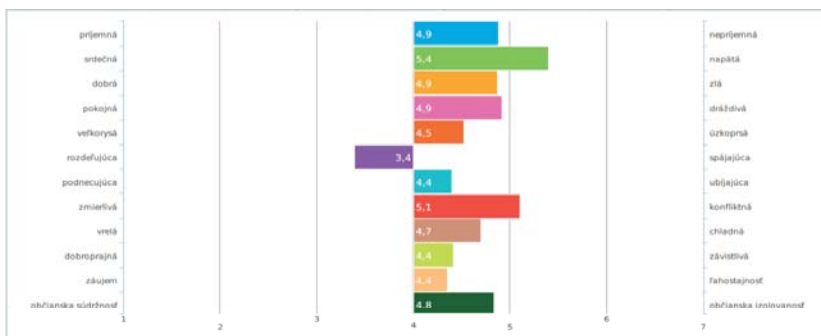
Výsledky

O zmenách, ktoré masová medializácia utečeneckej krízy predovšetkým na prelome rokov 2015 a 2016 spôsobila, svedčia výsledky prvej časti dotazníka, v ktorej sme prostredníctvom deviatich dvojíc párových, dichotomicky formulovaných výrokovtestovali emocionálnu, kognitívnu a konatívnu zložku postoja respondentov k cudzincom. Ohliadnuc sa na výsledky Vašečka (2009), z ktorého výskumu pod názvom „Postoje verejnosti k cudzincom a zahraničnej migrácii v Slovenskej republike“ sme vychádzali, sa za obdobie približne siedmich rokov zmenilo kultúrne pozadie vzťahov k cudzincom smerom k horšiemu. Už v prvom párovom pozitívne ladenom výroku „Na Slovensku by mali žiť ľudia z rôznych kultúr. Obohatilo by to i nás.“ vidíme značný vplyv utečeneckej krízy. Vašečka (2009) uvádza, že s rovnakým výrokom sa stotožnilo 51,5 % respondentov, zatiaľ čo v našich výsledkoch figuruje podiel 29,2 % respondentov. Rovnako pri výroku „Nezáleží na tom, z akej kultúry ľudia pochádzajú. Ak chcú, dokážu spolu žiť rôzne národnosti.“ zaznamenávame pokles respondentov zo 74,8 % na 47,4 %. Na opačnej strane v závislosti od progredujúcej utečeneckej krízy stúpa počet respondentov, ktorí sa stotožňujú s negatívne ladenými výroky. Pri skúmaní miery tolerancie a otvorenosti voči cudzincom na Slovensku, sa negatívny postoj Slovákov voči cudzincom opäť potvrdil. Napriek tomu, že 45,4 % respondentov má cudzincov medzi rodinnými príslušníkmi, priateľmi, spolupracovníkmi alebo najbližšími susedmi, na základe analýzy údajov sme zistili, že tento status neovplyvňuje celkový postoj respondenta k cudzincom a zahraničnej migrácii, a väčšina týchto respondentov prejavila v rámci dotazníka zväčša negatívny postoj. Je teda otázne, ako vníma človek svoju manželku – cudzinku, svojho spolupracovníka, dobrého priateľa alebo blízkeho suseda, keď prechováva celkovo negatívny postoj voči cudzincom a zahraničnej migrácii. Navyše 33,6 % respondentov, vrátane takých, ktorí majú cudzincov v rodine alebo blízkom okolí, by vnímalo ako prekážku, ak by mali dostať pri transfúzii krv cudzinca. Pre pochopenie vnímania cudzinca v očiach Slovákov, uvádzame v nasledujúcom grafe č. 1 niektoré asociácie respondentov nášho výskumu na tento pojem:



Graf 1 Postoje verejnosti k cudzincom (Zdroj: vlastné spracovanie)

Druhá časť dotazníka skúmala prostredníctvom desiatich otázok postoje verejnosti k cudzincom. Aj keď si respondenti uvedomujú, že Slovensko nie je zaujímavou krajinou pre migrantov z hľadiska vnútroštátnej migračnej politiky a politiky udeľovania azylu, až 35,8 % z nich predpokladá vznik vážnych konfliktov s cudzincami v obci, v ktorej žijú. Pre porovnanie, vo výskume Vašečka (2009) bolo takto negatívne naladených iba 8,3 % respondentov. Pri testovaní celkovej atmosféry vo vzťahu k cudzincom sa pri faktorovej analýze výsledkov ukázalo, že hodnoty, ktoré sa výraznejšie odchyľovali od streda, smerovali k tvrdeniam, ako „Napätá“, „Konfliktná“, „Neprijemná“, „Zlá“ a „Dráždivá“, ako to možno vidieť na grafe č. 2. Tu sa opäť ukazuje negatívny vplyv utečeneckej krízy na celkovú atmosféru vo vzťahu k cudzincom. Zaujímavým zistením je fakt, že kým v roku 2009 by sa cudzinci dočkali pomoci od respondentov častejšie, ako Rómovia, na základe nášho výskumu sú na tom obe skupiny rovnako. Približne polovica respondentov navyše nemá takmer žiadne vedomosti o cudzincoch, o ich kultúre alebo jazykoch, pričom nevedela uviesť ani meno nejakého mediálne slávneho cudzinca, ktorý žije na Slovensku.



Graf 2 Atmosféra vo vzťahu k cudzincom (Zdroj: vlastné spracovanie)

Pri skúmaní percepcie pracovnej migrácie prostredníctvom šiestich otázok v tretej častidotazníka, 70,1 % respondentov má obavu z rozširovania nebezpečných chorôb cudzincami, 59,9 % respondentov nesúhlasí, aby cudzinci prichádzali na Slovensko a 59,8 % respondentov vidia v multikulturalizme zdroj chaosu. Približne tretina respondentov sa stotožňuje s výrokom „Mala by robiť hocičo, čo zvýši stav populácie, len nie umožniť cudzincom prichádzať na Slovensko vo väčšom počte.“ Respondenti sa mali možnosť vyjadriť k zavedeniu kvót pre cudzincov v štátoch Európskej únie. Kým vo výskume Vašečku (2009) bolo k zavedeniu kvót naklonených až 72,8 % respondentov, v našom výskume toto číslo rapidne kleslo na 20,4 %. Navyše významná časť respondentov (23,4 %) sa k tejto otázke nevedela, respektíve nechcela vyjadriť. Aj keď boli Slováci v roku 2009 pripravení „vyberať z koláča“ tých najvýhodnejších cudzincov, riziká utečeneckej krízy spôsobili v tejto záležitosti zásadný obrat. Hoci mechanizmy podporných programov, právneho poradenstva a jazykových kurzov pre cudzincov, legálne sa nachádzajúcim na území Slovenska, podporila nadpolovičná väčšina respondentov nášho výskumu, je otázne, nakoľko dobre rozumejú tomu, čo by tieto kroky znamenali pre štátne orgány Slovenskej republiky. Tieto mechanizmy sú však aplikované aj v súčasnosti, v čase prebiehajúcej utečeneckej krízy. Skupina 149 asýrskych kresťanov z Iraku, nachádzajúcich sa v záchytnom tábore v Humennom, sa od 15. februára 2016 pod vedením 12-tich zaškolených slovenčinárov, dejepisárov a učiteľov zemepisu po dobu troch týždňov 6 hodín denne učila slovenský jazyk a slovenské reálie, pričom výučba prebiehala na miestnom štátnom gymnáziu a taktiež v teréne. Proces adaptácie môže trvať niekoľko mesiacov, ale aj dva roky. Cieľom multidisciplinárneho odboru je adaptovať týchto cudzincov do slovenskej spoločnosti a v konečnom dôsledku ich umiestniť do skutočného života. Posledná, štvrtá časť dotazníka pozostávala zo šiestich otázok, skúmala utečeneckú krízu a vedomosti o antiopresívnych prístupoch. Pri skúmaní toho, či súčasná utečenecká kríza ovplyvnila pohľad respondentov na cudzincov, kladne odpovedalo až 69,3 % z nich. 67,8 % respondentov uviedlo, že má v problematike utečeneckej krízy prehľad. To je aj dôsledkom neustáleho každodenného prepierania tejto témy v médiách. 75,9 % respondentov zároveň pripúšťa, že spôsob, akým masmédiá prezentujú občanom Slovenskej republiky informácie o utečeneckej kríze, môže ovplyvniť ich názor na cudzincov a zahraničnú migráciu. Z tohto hľadiska je dôležité poskytovanie informácií, ktoré sú aktuálne a pravdivé. O tom, že antiopresívne prístupy sú na Slovensku takmer neznámym pojmom, svedčí percentuálne zastúpenie 86,9 % respondentov, ktorí nepoznajú pojem antiopresívny prístup a 89,1 % respondentov, ktorí ho nevedia vysvetliť. Je zarážajúce, že toto číslo zahŕňa aj časť študentov sociálnej práce, ktorí vyplňali dotazník. Tu sa ukazuje obrovská medzera vo vzdelávacom procese sociálnych pracovníkov, ktorí by antiopresívne prístupy, ich význam a metódy ich aplikácie mali jednoznačne poznať. 68,6 % respondentov si zároveň myslí, že sociálna práca zohráva pri riešení utečeneckej krízy významnú úlohu. Pri prepojení týchto dvoch faktorov sa ukazuje, že náležitosť antiopresívneho prístupu ako aspektu sociálnej práce je veľmi vysoká, a ešte vyššia v čase utečeneckej krízy, keď sa rapidne zvyšuje a kumuluje počet klientov, pre ktorých sú tieto prístupy priamo určené a na ktorých sú najlepšie a najefektívnejšie aplikovateľné.

Diskusia a záver

Vedomosti širokej verejnosti i študentov sociálnej práce o opresii a antiopresívnych prístupoch sú na veľmi nízkej úrovni. Nepredpokladateľný vývoj utečeneckej krízy, neustále meniace sa podmienky, novovznikajúce konflikty a nepokoje, teroristické útoky a atentáty, šírenie nebezpečných chorôb, kvóty, „islamizácia“ Európy, nastolenie nového svetového poriadku a podobne – to všetko sú témy, ktoré masmédiá denne prezentujú širokej verejnosti a ktoré spájajú s utečeneckou krízou. Vznikajúce napätie, strach a obavy z nejasnej budúcnosti, podporené nepresnými, dokonca i niektorými nepravdivými informáciami, ako aj nesúrodosťou politik členských štátov Európskej únie, vyvolávajú v občanoch zmeny v postojoch k cudzincom a zahraničnej migrácii, ktoré mohli byť doteraz roky konštantné. Vzrastá počet ľudí, ktorí sa z nevedomosti, rebélie či protestu uchylujú ku krajne pravicovým politickým stranám. Práve šírenie osvety, pravdivých informácií, snaha o spoluprácu na národnej i medzinárodnej úrovni a vzdelávanie v oblasti opresie, diskriminácie a antiopresívnych prístupov môže byť veľmi nápomocné v zvládnutí a účelnom riešení stavu, keď do Európy prúdia tisíce migrantov denne. V čase progredujúcej utečeneckej krízy, keď sa mení charakter migrácie, ktorá naberá na intenzite, je stále diverzifikovanejšou a stáva sa súčasne globálnym javom a politickým problémom, meniacim charakter medzinárodných i lokálnych politik, sú antiopresívne prístupy jednou z významných metód, ktoré môžu v súčinnosti so sociálnou prácou ako vedecky fundovanou odbornou disciplínou a pomáhajúcou profesiou napomôcť pri riešení týchto problémov. Antiopresívny prístup však nie je zázračným vzorcom, predpisom, ktorý funguje vždy a v každej situácii. Tak ako sociálne problémy, aj tento prístup je neusporiadaným, nejednotným procesom, vyžadujúcim neustálu kritickú reflexiu, dialóg a kultiváciu. Namiesto prístupu k antiopresívnym prístupom ako k nástroju zahŕňajúcemu každú odpoveď, je treba obrátiť pozornosť taktiež na sociálne právo ako objektív, cez ktorý možno nahliadať na svet a nachádzať odpovede na otázky, komu problémy a spory súvisiace s opresiou, diskrimináciou a migráciou vo všeobecnosti prinášajú výhody, kto je poškodený a kto sa môže ocitnúť na rovnakej strane alebo poskytovať podporu pri konkrétnych sporoch i riešeniach. Sociálni pracovníci by mali pri využívaní antiopresívnych prístupov zostať otvorení novým nápadom, neustále rozvíjať skúsenosti v tomto možno sčasti kostrbatom, ale poprednom prístupe v kontexte zmien a novovznikajúcich výziev. Budovanie a udržiavanie rešpektujúcich a podporujúcich vzťahov s klientmi, silné väzby a ďalšie aktivity v sociálnom práve sú kľúčovými prvkami kvalitných antiopresívnych prístupov. Nemenej dôležité je sústavné dopytovanie a vzdelávanie v sociálnom svete, ktorý chceme emancipovať.

Použitá literatúra

BAINES, D. 2011. *Doing Anti-Oppressive Practice*. 2nd rel. Black Point, Nova Scotia: FernwoodPublishing, 2011. ISBN 978-1-55266-410-0.

DALRYMPLE, J. – BURKE, B. 2006. *Anti-Oppressive Practice. SocialCare and theLaw*. 2nd rel. Maidenhead: OpenUniversity Press, 2006. ISBN 0-335-21801-6.

LIĐÁK, J. 2008. *Medzinárodná migrácia v Európe a jej historickom kontexte*. In *Almanach – Aktuálne otázky svetovej ekonomiky a politiky*. Bratislava: vydavateľstvoEKONÓM, 2008. 327 s. ISSN 1337-0715, roč. III., 2008, č. 2, s. 15 – 32.

MATOUŠEK, O. 2003. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2003. 288 s. ISBN 978-80-717-8549-1.

MATOUŠEK, O. a kol. 2013. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2013. 576 s. ISBN: 978-80-262-0336-7.

VAŠEČKA, M. 2009. *Postoje verejnosti k cudzincom a zahraničnej migrácii v Slovenskej republike*. Bratislava: IOM Medzinárodná organizácia pre migráciu, 2009. ISBN 978-80-970307-0-4.

Kontaktná adresa

Mgr. Vladimír Dobda

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, doktorandské štúdium
Komenského 1436/3, 066 01 Humenné

Mobil: 0940 890 094

email: vladimirdobda@azet.sk

ETICKÝ ROZMER ČLOVEKA

¹Hanobik František, ²Vansáč Peter

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave - Ústavu sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gobjdiča v Prešove

²Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava- Detašované pracovisko Michalovce, Ústav Bl. Metoda Trčka

Abstrakt

Človek - svojím životom zaujíma svoje miesto v univerze, ale duchovnou zložkou prekonáva reálne hranice času a priestoru. Pre človeka nijaká prítomnosť nie je absolútna. Je rozumné a slobodné bytie, ktoré vedome tvorí dejiny. Jeho život je stálym putovaním a svojou duchovnou činnosťou prerastá až do večnosti.

KLúčové slová: Človek. Etické princípy. Vôľa človeka.

Abstract

A man – with his life takes his place in the universe, but he overcomes real time and space borders by his spiritual part. No presence is an absolute presence for a man. A man is a reasonable and free being who knowingly creates history. His life is a permanent wandering that overgrows as far as to the eternity.

Key words: People. Ethical principles. Will of man.

Úvod

Človek – vyplňuje svojím životom určitý čas v dejinách univerza a ako rozumné a slobodné bytie, vedome tvorí dejiny. Nadväzuje na minulosť a siaha po budúcnosti. Pracuje pre budúcnosť, no s ničím sa v materiálnom svete trvale neuspokojuje. Ako mysliaci tvor vyvíja tvorivú činnosť, ktorá prevyšuje vlastnú existenciu a zreteľne odráža spirituálne schopnosti. Preto človek má bezprostredné vedomie, že je slobodný a jeho sloboda spočíva v rozhodovaní a vo vlastnej voľbe. V okamihu vlastného rozhodnutia si jasne uvedomuje svoju zodpovednosť za dôsledky, ktoré vyplývajú z jeho voľby. Uvedomenie si zodpovednosti za vlastné rozhodnutie dáva človekovi pocit spolutvorcu vlastnej budúcnosti. Človek môže riadiť a usmerňovať svoju činnosť podľa svojho rozumového uváženia a zároveň si je vedomý svojho budúceho zakončenia v čase a priestore. Zmysel konania človeka a mravného dobra ako vlastnosti je v tom, že dobrý človek je spravodlivý, verný, pravdovravný,... a vždy sa rozhoduje a koná v súlade s poznanou mravnou normou.

Človek a etické princípy

Etika zdôvodňuje spoločenské dopady ľudského konania a zaoberá sa otázkami vyplývajúcimi zo slobodného vôľového rozhodnutia človeka. Mravným je konanie len rozumných bytí, kde sám človek ako rozumný a slobodný porovnáva svoje konanie s mravnou normou. Človek, jeho život a jeho skutky sú ľudské konania, ktoré vo svetle metafyzických princípov smerujú k základnému problému existencie dobra a zla a k finálnemu cieľu ľudského života. V tom spočíva podstata ľudskej prirodzenosti a morálnej záväznosti prirodzeného zákona. Ľudská bytosť sama je slobodná osoba, ktorá má schopnosť rozhodovať o svojom konaní. Každá aktivita človeka je nasmerovaná bezprostredne

na partikulárny cieľ a na posledný cieľ. Človek má spirituálnu dušu, ktorá prekonáva hranice časnosti a ústi do večnosti. V ľudskej prirodzenosti je obsiahnutý aj cieľ ľudského života, jeho dobro a jeho absolútno. Vysvetliť vzťah medzi prirodzenosťou človeka a významom ľudského konania patrí k najvšeobecnejším zásadám, ktoré ľudia nosia v sebe. Zdôvodnenie mravného hľadiska ľudských skutkov, prípadné ospravedlnenie ľudskej činnosti, pochopenie a vysvetlenie základných morálnych noriem, súvisí s nadprirodzeným dobrom a cieľom človeka. To všetko sa deje v priamej záväznosti na vnútornú i vonkajšiu skúsenosť v konfrontácii s metafyzickými etickými normami. Reálna mravná hodnota ľudského skutku sa opiera o presné definovanie rozdielu medzi mravným dobrom a mravným zlom a v reálnej konkretizácii nasmerovanie ľudskej činnosti vlastnej prirodzenosti človeka. Dvojitý zákon v človekovi - zákon poznania a zákon slobodnej vôle, ktorá môže voliť vo svojej slobode aj proti rozumu, tvorí dominantný a špecifikujúci charakteristický znak človeka ako slobodného bytia, ktorý pozná mravný zákon ako kategorický morálny imperatív. A aj keď sa niekedy proti nemu ľudia vzpierajú, predsa neomylnne vedia, že tento zákon nezlomia ani v sebe, ani mimo seba a aj keď všetko iné padne, tento zákon tu zostane. Morálny problém je všade, kde človek zodpovedá za svoje skutky a očakáva odmenu za svoje mravne dobré, slobodné vôľové rozhodnutia, ktorých dopad siaha až za hranice časnosti. Táto odmena je teda primeraná človekovi, na základe posúdenia nezávislého mravného zákona, či skutok je morálne dobrý; alebo morálne zlý. Súd o tom vynáša svedomie. Svedomie nie je len prizerajúcim sa svedkom, ale je sudcom, ktorý je priamo zainteresovaný na priebehu celého procesu hodnotenia ľudských skutkov. Ešte pred konaním sa cíti príjemná náklonnosť urobiť dobrý skutok a odpor k ponúkanému mravnému zlu. Hlas svedomia je špecifický, ktorý dobrý ľudský skutok schvaľuje a pri mravne závadnom vykonanom skutku sa svedomie búri a prichádza k pocitu hanby a niekedy aj k ľútosťi. Morálny zákon sa prejavuje v morálnom vedomí každého človeka bez ohľadu na verejnú mienku a iné vnútorné, či vonkajšie okolnosti. Vždy však vo svojej slobode sa človek môže rozhodnúť aj proti vlastnému dobru, ba môže klesnúť až do amorálnosti. Človek môže zaujať rôzne postoje k hodnoteniu ľudského skutku - napokon sám je tvorcom filozofie a môže si ju stvárňovať podľa svojej vôle. Človek si vždy uvedomoval, že svet je tu pre neho, vždy si uplatňoval svoje prioritné postavenie a preto mravná hodnota a cieľ svojej aktivity súvisí špecificky aj s ľudským šťastím (Šoka, 1985). Cez tisícročia sa z otvorenej problematiky morálneho hodnotenia a morálnych kritérií ľudských skutkov vyvinulo hotové bludisko neistôt a tápaní. Východiskom z tohto labyrintu je dodržiavanie najvyššej etickej normy a rozumný návrat k objektívnej skutočnosti existencie dobra a zla. Najvyššia etická norma ako najvyššie pravidlo mravnosti má bezprostredný základ v samotnej ľudskej prirodzenosti a je v súlade so zdravým ľudským rozumom. Všetky ostatné zákony majú svoju silu len v záväznosti na tento prvý zákon.

Vôľa človeka

Človek môže vyvíjať rôzne aktivity a ich hodnotenie. Z mravného hľadiska sa deje podľa miery, či je skutok mravne dobrý alebo mravne zlý a to má podstatný vplyv na dotváranie mravného profilu človeka. Slobodný vôľový úkon človeka spočíva v priamej závislosti na vôli - neslobodno konať zlo, aby z neho vzišlo dobro. Na každý ľudský skutok vplyva mnoho činiteľov a vnútornú determináciu dostáva ľudský skutok v závislosti od cieľa, ku

ktorému smeruje, rozhodne však cieľom každej činnosti by malo byť spoločné dobro. Ľudské skutky smerujú k svojmu cieľu, ktorý človek svojím intelektom poznáva a ku ktorému slobodným vôľovým rozhodnutím orientuje svoju činnosť. Cieľ môže byť osoba, personifikované dobro, ..., v dosiahnutí ktorého vidí človek konkretizáciu svojho túžobného šťastia a dokonalého dobra. Už Aristoteles hovorí: "Nevzdelanci sa nie bezdôvodne domnievajú, vychádzajú, myslím, zo života, že dobro; a blaženosť je v rozkoši, preto si obľubujú život požívачný. Vzdelanci potom a prakticky činní ľudia volia česť. Tretí je potom život rozjímavý. Naproti tomu je zjavné, že bohatstvo nie je tým hľadaným dobrom. Každé dobro, ktoré nie je stabilné, pevné, ktoré môže prestať existovať, je vždy spojené s obavou a strachom, a preto neupokojuje človeka trvale. Materiálne dobrá sú svojou podstatou síce užitočné, no nemôžu človeka uspokojiť natrvalo a duchovné potreby nie sú rovnako dostupné všetkým ľuďom. Čím je dobro väčšie a hlavne čím je stabilnejšie, tým sa cíti človek šťastnejší, ak sa k nemu dopracuje, a tým väčšie úsilie je ochotný vyvinúť, aby sa mohol k tomuto dobru dopracovať, aby ho mohol obsiahnuť. Mravná hodnota ľudského skutku je v ňom samom, v jeho vnútri, cieľ je však mimo skutku. Termín "mravne dobrý" ako aj termín "mravne zlý" je špecifickou odlišnosťou ľudských skutkov, ktoré majú vzťah k mravnosti. Mravnosť je v samotnom ľudskom skutku ako jeho vlastnosť a zakladá sa na transcendentálnom vzťahu závislosti ľudského konania na morálnej norme. To znamená, že mravnosť je tam, kde je ľudský skutok. Ľudský skutok a mravné dobro a mravné zlo - sú potom dva najvyššie druhy mravnosti. Skutok však dostáva morálnu špecifikáciu od vzťahu k cieľu ku ktorému smeruje, keď je zhodný s ľudskou prirodzenosťou. Mravnú hodnotu ľudský skutok získava na základe poznania, ak má všetky potrebné vedomosti o zákone mravnosti. Človek - ako najdokonalejšie bytie - je podľa Platóna podobný Bohu, lebo miera jeho participácie na božej podobnosti je najväčšia zo všetkých bytí na zemi, tak aj rozum a vôľa človeka je akýmsi odzrkadlením, odrazom, podobou božieho rozumu a božej vôle. Dobrý cieľ, ktorý sa spája s mravne dobrým ľudským skutkom je morálne dobrý. Avšak ak mravne dobrý cieľ sa spája s mravne zlým skutkom, nikdy nevytvorí mravne dobrý ľudský skutok. Preto nikdy a za nijakých okolností nie je možné považovať eutanáziu, potrat, trest smrti, ... za dovolené. Taktiež nikdy nemožno ospravedlniť používanie mravne zlých prostriedkov voľajakým dobrým úmyslom. Preto známa zásada "účel posväčuje prostriedky" je nemravná a zlá. Mravne zlý úmysel v spojení s mravne zlým ľudským skutkom znásobuje hanebný skutok (Šoka, 1985). Dnes sa málo zamýšľame nad dôležitosťou a aktuálnosťou Ježišovho odkazu. Ako ľahko a bez hlbšieho zamyslenia a vnútorného zastavenia sa dopúšťame aj vážnych hriechov. Diabol nám ponúka „slobodu v rozhodovaní...“ Sloboda človeka sa neprejavuje v hriechu, ale v odhodlaní vzoprieť sa ponuke zlého a rozhodnúť sa pre konanie dobra. „... Nedaj sa zotročiť manželstvom, ... inakosť je odrazom prirodzenosti človeka, ... ten, kto je proti registrovaným partnerstvám, porušuje základné ľudské práva...“ Ľudia zabúdajú, že každé ľudské právo má svoj pôvod v prirodzenosti človeka a Boh je tvorca a udržiavateľ prirodzenosti. Každý hriech je zapretím Boha a odmietnutím jeho lásky. Často počujeme slová: ... „, ale, keď sa vyspovedám, ...“ Naozaj, stačí sa iba vyspovedať a všetko je v poriadku...? Ak som chorý, navštívim lekára. Lekár stanoví diagnózu, predpíše liek a uzdravovanie trvá nejaký čas. Aj v duchovnom živote je to podobne. Sviatosť zmierenia je liek pre dušu, prostriedok na odpustenie hriechov, ale vnútorné uzdravenie človeka

z náklonnosti a naviazanosti na zlo, trvá niekedy veľmi dlho. Problém vnútorného uzdravenia je nie v Bohu, ale v človeku. My potrebujeme zakúsiť úprimný pocit ľútosti vo svojom vnútri, aby sme precítili božiu lásku k nám. Preto je dôležité chrániť sa hriechu v každej jeho podobe.

Dobré a zlé skutky

Každý ľudský skutok pochádza od mysliacej a slobodnej bytosti, ktorá sa nazýva osobou. Každá osoba je samostatné individuum, ktorému prináleží vlastnosť, ktorou sa skutky prisudzujú slobodnému a zodpovednému človekovi. Vzoprenie sa mravnému zákonu alebo narušenie platného morálneho poriadku je mravné zlo, z ktorého vyplýva všeobecná povinnosť vziať na seba dôsledky za svoje činy a aj za ich následky, úmerne stupňu poznania a miere slobody pri voľbe. Vnútorný hlas svedomia, nepodplatiteľný, nepotlačiteľný a v podstate neomylný, ktorý za mravne dobrý skutok chváli, za mravne zlý skutok haní a znepokojuje až do vyrovnania nespravodlivosti. Spoločenská alebo sociálna zodpovednosť sa zakladá na pozitívnych schválených poriadkoch /štátnych zákonoch/, usmerňujúcich činnosť spoločnstiev a prirodzenej morálnej zviazanosti. Vo všeobecnosti stupeň zodpovednosti - morálnej i právnej - býva úmerný stupňu slobody, čiže maximum zodpovednosti sa viaže na maximum slobody. Zo vzťahu zhodnosti alebo rozpornosti ľudského skutku s mravnou normou vyplýva morálna špecifikácia ľudského konania. Mravne dobré skutky sa majú konať, alebo sa musia konať, zlé skutky sa však konať nemajú, nesmú sa konať, nie je dovolené ich konať. Na presné odlišenie toho, čo sa smie a čo sa nesmie v súlade s kodifikovaným poriadkom je zákon (Šoka, 1985). Zákon je špecifické pravidlo, prikazujúce alebo zakazujúce určité ľudské skutky z hľadiska dosiahnutia posledného cieľa človeka. Zákonom je prirodzený mravný zákon ako rozumové nariadenie, v ktorom je zosúladená činnosť podľa potrieb koncepcie univerzálneho poriadku. Zákon vedie ľudské skutky k dosiahnutiu všeobecného dobra. K platnosti zákona nie je potrebné, aby ho poznali všetci, na ktorých sa vzťahuje - stačí, keď ho môžu poznať. Neznalosť zákona neoslobodzuje od povinnosti, ktorá zo zákona vyplýva. Starosť zákonodarcu smeruje k tomu, aby členovia spoločnosti dosiahli všeobecné dobro. Zákon musí byť užitočný, spravodlivý, stály a zachovávanie zákona musí byť možné. Aby mohol byť skutočne zachovávaný, nemôže byť proti rozumu – teda nesmie obsahovať také ustanovenia, ktoré sa nedajú reálne zachovať. Podstatou zákona je spravodlivosť, založená na rozumovom poznaní, jeho stálosť, spočívajúca v jeho časovej nemeniteľnosti a záväznosť. Záväznosť zákona je nutná - bez nej zákon by nebol zákonom. Zákon pripravuje človeka, aby pod jeho vedením neomylnne smeroval k dosiahnutiu svojho finálneho cieľa, k dokonalej blaženosti. Každý človek posudzuje vlastné skutky, ako aj skutky iných ľudí, ako mravne dobré a mravne zlé, v súlade s vlastným svedomím. Všetci ľudia majú v sebe jeden prirodzený mravný zákon, ktorý starostlivo pomáha človekovi, aby mohol bezpečne dospieť k svojmu prirodzenému cieľu. Tento morálny zákon je prirodzený, pretože je v každej ľudskej prirodzenosti; pretože vyplýva z prirodzenosti všeobecného poriadku v univerze; pretože je poznateľný svetlom prirodzeného ľudského rozumu a jeho poslaním je, aby riadil skutky človeka vo vzťahu k jeho prirodzenému finálnemu cieľu (Halík, 2009). Pre všetkých ľudí platí len jeden jediný prirodzený zákon. Všetci ľudia majú jednu a tú istú prirodzenosť, smerujú k najvyššiemu

dobru a preto aj zákon, ktorý má viesť všetkých ľudí, musí byť spoločný a jeden a zároveň musí byť univerzálny. Prírodný mravný zákon je všetkým ľuďom dostatočne známy, pretože cez vlastnú prirodzenosť čo je dobré a čo zlé, každý človek je dostatočne oboznámený s obsahom prirodzeného zákona. Všeobecne sú ľuďom známe základné mravné normy, pretože usudzovacie schopnosti rozumu sú spôsobilé poznať ich z najuniverzálnejších mravných zásad. Pri náležitej rozvahe, pri úprimnom rozhodnutí oslobodenom od predsudkov a vyvinutí primeraného úsilia intelektu, môžeme poznať čistý mravný zákon vedúci k dobru, pretože človek je vždy naklonený k dobru primeranému jeho prirodzenosti. Žiadny človek ani všetci ľudia spolu nie sú zákonodarcom, od ktorého má prirodzený zákon svoj pôvod a preto ani človek ako individuum, ani celé ľudské pokolenie nemá vo svojej právomoci tento zákon meniť (Vajda, 2004). Záväznosť prirodzeného zákona spočíva v tom, že zákon obsahuje v sebe príkaz konať to, čo sa zhoduje s normou mravnosti a zákaz konať to, čo sa s touto normou nezhoduje, a že sa pri tom zákon opiera o legitímnu autoritu zákonodarcu, ktorý je nadriadený subjektu, ktorému je zákon určený. Každý človek sa však môže starať o svoje vlastné telo a vlastnú dušu, je to jeho morálna povinnosť a je výlučne na jeho slobode aby sa s tým stotožnil. Človek prirodzený mravný zákon v sebe nachádza a poznáva a s poznaním prirodzeného zákona nachádza v sebe aj povinnosť zachovávať tento zákon. Konať dobro a chrániť sa zla je logickým dôsledkom rozumového poznania a slobodného vôľového rozhodnutia plniť si povinnosti. Narušenie prirodzeného mravného zákona vnáša do mysle nepokoj, ktorý postupne prerastá do väčšej inzenzity a za nimi prichádza zúfalstvo. Spravodlivosť si vyžaduje, aby život človeka svojou prirodzenou tendenciou tvoril harmonickú jednotu celého vesmírneho poriadku (Hanobik, 2011).

Záver

Ježiš vidí,... slepých vodcov, ... farizejov, ako obielené hroby..., ale aj úprimných ľudí, ktorí chcú počuť živé slovo. Predstavení židovského národa už nedokázali viesť im zverený ľud, lebo boli zahľadení sami do seba, vlastných predpisov, ktoré ľuďom nepomáhali, ale ich zotročovali. Ich vzťah k Bohu bol často formálny a jednoduchý, človek sa pre nich stal mnohokrát iba prostriedkom, s ktorým mohli ľubovoľne manipulovať. Ježiš vníma zložitosti doby, ale aj neschopnosť vodcov a prichádza s posolstvom lásky. My mnohokrát túžime po mesiášovi iba podľa našich vlastných predstáv. Dnes aj keď žijeme v inej dobe, sme v inom čase, ale problémy sú tie isté, ako boli za Ježišových čias. Aj teraz sú ľudia, ktorí milujú Ježiša, ktorí úprimne hľadajú dobro a pravdu, ale sú aj dnes ľudia, ktorých Ježiš nezaujíma. Žijú si vlastný život blahobytu a egoizmu, problémy a potreby ostatných bližných ich nezaujmajú. Ježiš a jeho živé slovo sa nám denne ponúka. V jeho slove nájdeme balzam na bolesti, ale aj recept a návod na riešenie našich problémov. Potrebujeme len úprimne veriť, že Ježiš je stále s nami, miluje nás a záleží mu na našej spásе viac, ako nám samým. Cieľom každej society by malo byť spoločné dobro všetkých jej členov a spokojný, usporiadaný ľudský život v rodine, v priateľských zväzkoch, v národe, v štáte. Človek patrí do komplexnej sústavy univerza, a preto váha každého ľudského skutku je nesmierna - presahuje až do večnosti. Preto ak človek koná dobro s radosťou a s vnútorným uspokojením, je možné svet a život v ňom pretvárať v jednotu poznania a lásky. V tomto procese vďaka ľudskej kreativite pokračuje proces stvorenia sveta ako humanizácia človeka a sveta,

v ktorom je každý život chápaný vo svojej hodnote a jedinečnosti. Človek je totiž vo svojej najhlbšej podstate spoločenským tvorom, a bez stykov s inými osobami nemôže žiť ani rozvíjať svoje schopnosti, lebo v princípe spoločného dobra je zahrnutá základná idea každého bytia v individuálnom a sociálnom rozmere.

Použitá literatúra

HALÍK, T. 2009. Stromu zbíva nádej, Praha Lidové noviny, 2009, ISBN 978-80-7106-989-8.

HANOBIK, F. 2011. Základy filozofie, VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava 2008, 99 s. ISBN 978-80-89271-38-2.

ŠOKA, S. 1985. Stručný úvod do filozofie ETIKA, Bratislava 1985, SÚKK č. 1977/ I-83.

VAJDA, J. 2004. Úvod do etiky, Enigma Nitra 2004, 251 s. ISBN 80-89132-12-X.

Kontaktná adresa

prof. PhDr. František Hanobik, PhD.,
Mičkova 38, 085 01 Bardejov,
email: hanobikf@stonline.sk

INOVÁCIE V OBLASTI NEFARMAKOLOGICKÝCH PRÍSTUPOV LIEČBY DEMENCIE A ALZHEIMEROVEJ CHOROBY VO VYBRANÝCH KRAJINÁCH EURÓPSKEJ ÚNIE

Heverová Mária

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava – externý doktorand

Abstrakt

Naša európska populácia starne príliš rýchlo. V súčasnosti podľa asociácie Alzheimer, jeden z troch seniorov dnes zomiera na následky demencie. Stručne povedané, súčasná spoločnosť nie je dostatočne pripravená na svoju budúcnosť, ktorá nás čaká, a to ani finančne, ani infraštruktúrne, ale ani spoločensky. [2] Nebiologické – nefarmakologické prístupy v rámci liečby demencie a Alzheimerovej choroby zohrávajú rovnako dôležitú úlohu, ako tie biologické prístupy. Z tohto dôvodu je nevyhnutné, aby oba tieto prístupy boli adekvátne prepojené a vzájomne kombinované. V rámci predkladaného príspevku prinášame aktuálne poznatky z oblasti komplexnej starostlivosti o pacientov trpiacich demenciou a Alzheimerovou chorobou, ktoré sú v krajinách Európskej únie / tj. Holandsko, Belgicko a/ už niekoľko rokov zavedené do praxe. Prvoradým cieľom príspevku boloinšpirovať našu odbornú verejnosť ku kvalitatívnemu rozvíjaniu nových postupov pri práci so seniormi trpiacimi demenciou a Alzheimerovou chorobou.

Keľúčové slová: Alzheimerová choroba. Demencia. Nefarmakologické prístupy. Senori.

Abstract

European population is aging too quickly. At present, according to the Alzheimer's Association, one in three seniors die today from the effects of dementia. In short, today's society is not sufficiently prepared for the future that awaits us, either financially or socially. Non-biological and non-pharmacological approaches to the treatment of dementia and Alzheimer's disease have as equally important role as the biological approach. It is therefore essential that both of these approaches are adequately connected and combined together. This paper brings the current knowledge of the complex care for patients suffering from dementia and Alzheimer's disease which have been used in the European Union / e.g. Netherlands, Belgium, e.g. / for years. The primary aim of this paper is to inspire our professionals to qualitative development of new procedures when working with the elderly suffering from dementia and Alzheimer's disease.

Key words: Alzheimer's disease. Dementia. Non-pharmacological approaches. Seniors.

Seniori postihnutí Alzheimerovou chorobou

Alzheimerová choroba predstavuje jedno z najobávanejších ochorení dnešnej doby. Táto forma demencie postihnutého človeka postupne pripravuje o jeho pamäť, emócie, osobnosť a nakoniec ho premení na niekoho, kto sa o seba nedokáže postarať a nie je schopný komunikovať s vonkajším svetom. Mnohé moderné vedecké výskumy viedli k vývoju liekov, ktoré zmierňujú príznaky daného ochorenia tým, že vyrovnávajú nedostatok acetylcholínu, serotonínu alebo norepinefrínu. Seniori postihnutí Alzheimerovou chorobou postupom času potrebujú zabezpečiť celkovú komplexnú starostlivosť o ich osobu. Nebiologické –

nefarmakologické prístupy, teda terapie zamerané na podporu a pomoc seniorom s demenciou či s Alzheimerovou chorobou, patria napríklad rôzne typy psychoterapie, návčik a tréning bežných vedomostí, rehabilitácie či precvičovanie kognitívnych funkcií, ergoterapia, canisterapia, aromaterapia, preterapia, pamäťový tréning, expresívne terapie /napr. psychodráma, dramaterapia, teatroterapia, muzikoterapia, biblioterapia, arteterapia, tanečná terapia ai/. K špecifickým metódam práce so seniormi býva zaraďovaná napríklad reminiscencia, validácia podľa Naomi Feil, logoterapia, mauetický prístup, bazálna stimulácia, videotréning interakcií, rezolučná terapia, realitná orientácia, Clow terapia či Snoenozelen terapia. Iba kvalitou služieb je možné doceliť i kvalitu života seniorov s týmto degeneratívnym ochorením. Program denných aktivít pre takto postihnutých seniorov nepredstavuje iba ďalšiu pracovnú činnosť pre sociálnych pracovníkov, ošetrovateľov, opatrovateľov, zdravotné sestry a iný odborný personál s cieľom ich zaneprázdniť, ako sa mnohí domnievajú, ale je to významná a potrebná práca pre zaistenie pocitu istoty, výkonnosti, sociálneho začlenenia a vlastnej hodnoty pacientov. Spomínanie je prirodzenou duševnou činnosťou človeka, ktorý má túto potrebu najmä vo vyššom veku. Seniori majú aj potrebu bilancovať, spracovávať udalosti zo svojho života a dávať im zmysel. Spomínanie prinavracia pacientom pocity vtedajších zmyslových vnemov a emócií ako sú zábava, smútok, súcitiť či trápnosť (Janečková, 2010). Reminiscenčná terapia sa môže využívať aj v skorých štádiách Alzheimerovej choroby, ale významnejšiu úlohu v procese rehabilitácie hrá najmä v strednom štádiu, kedy sú už výrazné deficity krátkodobej a nastupujú poruchy i dlhodobej pamäti. Ide o evokáciu minulých zážitkov a spomienok na podporu činnosti pamäti a porovnávanie minulého a súčasného, čo prispieva k lepšej orientácii v realite. To všetko môže prispieť k zachovaniu osobnej identity a sebaúcty u postihnutých osôb (Jiráček, 1999). V rámci praktickej činnosti reminiscencie by sa veľká pozornosť mala orientovať na aktivity, ako sú napríklad stretávanie seniorov na spomienkových besedách, pri výtvarných aktivitách či pri tvorbe respektíve pri písaní spomienkových kníh.

Starostlivosť o ľudí s demenciou v Holandsku

V Holandsku bola vytvorená *spoločnosť Demencia Village Advisors /DVA/*, ktorá sa stará o ľudí trpiacich rôznymi druhmi demencie. Pre starších ľudí s demenciou je ich svet malý, pričom u takýchto ľudí už nemôžeme počítať s veľkými činmi. Hlavnou myšlienkou ich starostlivosti je, že aj pre jednoduché veci sa oplatí žiť. Každý domov by mal preto predstavovať hlavne bezpečné miesto. Cieľom zariadení je skĺbiť architektúru budovy s individuálnymi požiadavkami obyvateľov / seniorov trpiacich demenciou/ pričom ich predchádzajúci spôsob života je východiskový bod. Vlastnosti interiéru a exteriéru takýchto zariadení sú navrhnuté tak, aby vyhovovali potrebám klientely a tým by sa mala doceliť vyššia kvalita života v adekvátnom prostredí pre ľudí s demenciou. *Spoločnosť Demencia Village Advisors* vytvára vlastné životné prostredie pre seniorov postihnutých demenciou, a to:

- pre tých, ktorí zabudli, kto sú,
- pre tých, ktorí už počítajú čas,
- pre tých, ktorým láska a starostlivosť je všetko, na čom im záleží.

Koncept *dediniek demencie / Dementia villages/* vychádza zo skutočnosti, že spoločenský a osobný základ spôsobu života a životného štýlu je postavený na základe sociálno-spoločenského prístupu či hľadiska. Pri pohľade na každodenný život pacientov postihnutých demenciou je nevyhnutné vytvoriť také životné podmienky, aby títo pacienti mohli ľahko rozpoznať jednotlivé stimuly z okolitého prostredia a zotrvať čo najdlhšie aktívni. V takomto zariadení sú umiestnení pacienti trpiaci demenciou, ktorí majú približne rovnaké spoločné záujmy a spoločný životný štýl. Dizajn a výzdoba budovy zariadenia i jeho okolia sú prispôbené životnému štýlu pacientov. Tieto dedinky nedisponujú žiadnymi veľkými anonymnými budovami, ale malými ovládateľnými a príjemnými obytnými zónami, v ktorých je zabezpečené pohodlné a bezpečné nažívanie pre každého pacienta. Hlavnou ideou vytvorenia adekvátneho prostredia pre pacientov trpiacich demenciou je vytvoriť priestor, ktorý poskytuje plnohodnotné a dôstojné dožitie obdobia staroby u seniorov s diagnózou demencia, za spolupráce s rodinou, opatrovateľmi a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. (Dementia villages advisor : We are DVA. 2016). V Holandskom meste Weesp sa nachádza centrum starostlivosti s názvom *De Hogeweyk tzv. Dementia village*, kde vzťah medzi pacientmi a poskytovateľmi starostlivosti môže slúžiť ako vzor pre zvyšok sveta. Dané centrum z určitého pohľadu vyzerá ako pevnosť, ktorá má:

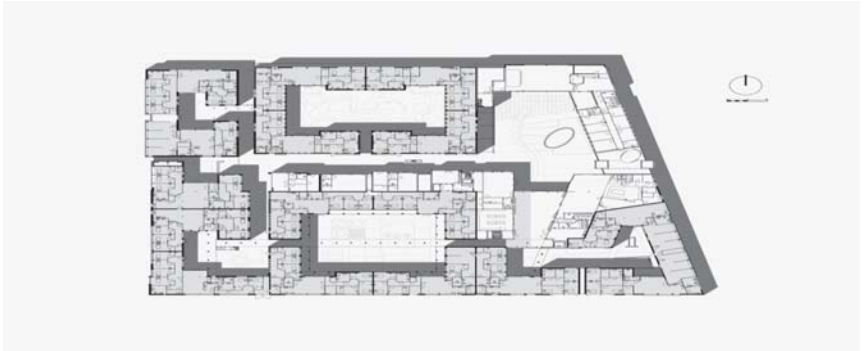
- svoje vlastné byty a budovy,
- toto centrum je uzavreté voči okolitému svetu s brámkami a bezpečnostnými plotmi,
- samotné vnútro centra predstavuje jeden vlastný sebestačný svet, tzn. má svoje vlastné reštaurácie, kaviarne, supermarkety, záhrady, pešie zóny a ďalšie.

Podstatou myšlienky vytvorenia dedinky demencie vysvetľuje jeden z jej tvorcov Hogeweyk tak, že ich úmyslom bolo navrhnuť svet, ktorý sa podobá reálnemu svetu, teda životu zdravých ľudí, ale bez všetkých možných ohrození samotných pacientov (Campbell-Dollaghan, 2014). **Hogeweyk** je jednou časťou centra Hogeweyk, často sa používa synonymické pomenovanie „dedina Alzheimerov.“ Centrum je vybudované na ploche 12.000 m² a do prevádzky bolo spustené v roku 2009. Hogeweyk poskytuje celodennú starostlivosť o 23 domácností /obytné jednotky/ teda 152 pacientov trpiacich demenciou. Zariadenie disponuje vlastným divadlom, supermarketom, reštauráciami a zabezpečuje činnosť jednotky ambulantnej starostlivosti. Jedná sa o jednoposchodové zariadenie zložené z prízemí a prvého poschodia. Na prízemí zariadenia sa nachádza:

- 16 bytových jednotiek - izieb /v celkovej rozlohe cca. 320 m²/,
- vchod do zariadenia spojený s vrátnicou,
- divadlo,
- reštaurácia,
- spoločenská miestnosť/ komunitné centrum,
- verejné toalety,
- Hogeweyk supermarket,
- grand Café – alzheimer kaviareň,
- sklad technického vybavenia celého zariadenia,
- Snoezelruimte / relaxačná izba - jedná sa o miestnosť určenú na snoezelen terapiu/,
- Mozartova hala / miestnosť určená na muzikoterapiu/,

- centrum aktivít /denné centrum/,
- miestnosť určená na fyzickú terapiu,
- holičstvo a kaderníctvo,
- jednotka ambulantnej starostlivosti(Hogeweyk : Hogeweyk data. 2016).

Obrázok 1 Plán prízemnia Hogeweyk

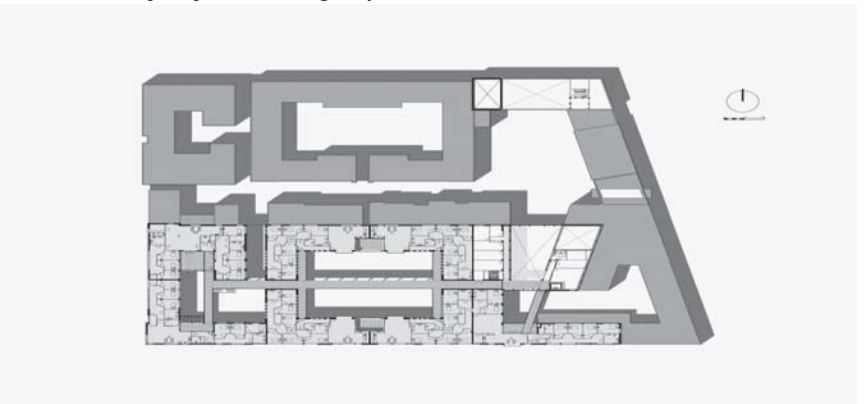


(Zdroj:http://hogeweyk.dementiavillage.com/wpcontent/uploads/2012/11/357A_BG_1op500.jpg)

Na prvom poschodí daného zariadenia sú zriadené:

- 7 domácností - bytov / v celkovej rozlohe cca. 320 m²/,
- verejné toalety,
- veľká konferenčná miestnosť,
- malá spoločenská miestnosť.

Obrázok 2 Plán prvé poschodie Hogeweyk

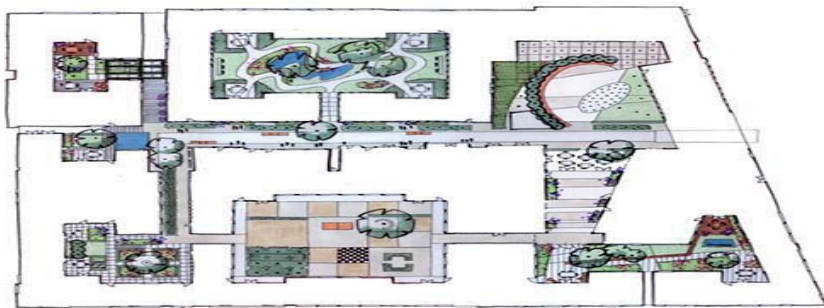


(Zdroj:http://hogeweyk.dementiavillage.com/wpcontent/uploads/2012/11/357A_VD_1op500.jpg)

Verejný priestor centra Hogeweyk vytvára kompletnú skúsenosť, ktorá je vhodná pre vybudovanie kolektívnej pamäti obyvateľov. Hogeweyks umožňuje svojim obyvateľom, ktorí trpia demenciou, voľne sa potulovať v rámci daného komplexu. Obyvatelia môžu ísť von, pretože stále zostávajú vo vnútri chráneného prostredia centra. Hogeweyk je rôznorodý s rôznymi vonkajšími priestormi pričom každý z týchto priestorov má iný účel napr.:

- divadelné námestie je veľmi vhodné pre pouličné divadlo.
- Pozdlž pešej zóny sa nachádzajú obchody, ako aj športové centrá pre fyzikálnu terapiu.
- Zelené plochy stimulujú blaho obyvateľov rôznymi spôsobmi napr. formou relaxácie.
- Hogeweyk zahŕňa parky a záhrady, podľa návrhu záhradného architekta Niek (Hogeweyk : Public space, 2016).

Obrázok 4 Architektonická integrácia centra Hogeweyk s okolitým prostredím



(Zdroj: <http://hogeweyk.dementiavillage.com/en/openbare-ruimte/>)

Interiérový dizajn centra Hogeweyk prezentuje odkaz toho, že bol šitý na mieru každému postihnutému obyvateľovi. Zariadenie má k dispozícii niekoľko druhov interiérov:

• **Interiér v duchu remeselníckeho životného štýlu/The Artisan lifestyle/**

Obyvatelia žijúci v tomto štýle sú hrdí na svoj obchod, pretože sú to zvyčajne bývalí inštalatéri, tesári, remeselníci atď. Títo obyvatelia pociťujú silnú lásku k výkonu svojho celoživotného remesla, čo je aj hlavnou témou ich konverzácie. Atmosféra je útulná, príjemná a tradičná. Staromódny jablkový koláč alebo torta sa pečie každý týždeň, čo ponúka každému príležitosť zapojiť sa prípravu týchto tradičných holandských pochútok.

• **Interiér v duchu kresťanského životného štýlu/ The Christian lifestyle/**

Náboženstvo a viera predstavuje ústredný bod tohto životného štýlu. Obyvatelia sa modlia, venujú sa počúvaniu duchovnej hudby a bohoslužieb. Kresťanský spôsob života je obmedzený. Podávané sú jednoduché jedlá holandskej kuchyne. Je tu však priestor aj pre sušienku alebo malé čokolády pri pití čaju alebo kávy (Hogeweyk : Interior design, 2016).

Obrázok 5 Interiér - remeselnícky štýl



(Zdroj : <http://hogeweyk.dementiavillage.com/en/interieur/>)

Obrázok 6 Interiér - kresťanský štýl



- **Interiér v spoločenskom – kultúrnom duchu / The Cultural lifestyle/**

Umenie, kultúra a literatúra sú veľmi dôležité v tomto životnom štýle obyvateľov. Obyvatelia obľubovali čítanie kníh či časopisov/novín a radi chodievali do divadla, kina, múzeí a na koncerty. Rovnosť a úcta k sebe sú v tomto životnom štýle veľmi dôležité. Obyvateľom sú podávané bohaté raňajky každý deň, zatiaľ čo obed je triezvejšia záležitosť. Večere sú dôležité tiež, s dlhým a rozsiahlym stolovaním. Víno sa podáva pri večeri a menu ponúka ryby, ovocie, ryžu či vegetariánske jedlá.

- **Interiér v šľachtickom štýle / The Gooise lifestyle/**

Gooi predstavuje oblasť Holandska, ktorú tvoria noblesní ľudia šľachtického pôvodu. Obyvatelia v tomto životnom štýle ocenia správnu etiketu, navštevujú klasické koncerty a majú radi spoločný olovrant alebo posedenie pri čaji. Veľká pozornosť je venovaná klasickému a vkusnému vzhľadu interiéru domov. Stolovanie je považované za spoločenskú udalosť a prezentácia jedál je taktiež veľmi dôležitá. Obyvatelia uprednostňujú francúzsku kuchyňu.

Obrázok 7 Interiér - kultúrny štýl



(Zdroj : <http://hogeweyk.dementiavillage.com/en/interieur/>)

Obrázok 8 Interiér - šľachtický štýl



- **Interiér v útulnom štýle /The Homey lifestyle/**

Pre týchto obyvateľov bola vždy dôležitá starostlivosť o rodinu a každodenné upratovanie. Domácka a srdečná atmosféra vytvára útulné prostredie. Medzi obyvateľmi sú veľmi obľúbené staromódne spoločenské hry. Tí obyvatelia, ktorí sa na to cítia, sa môžu aktívne zapojiť do skladania bielizne, či do lúpania zemiakov. Obľúbená je tu tradičná holandská

kuchyňa, ktorá pozostáva najmä zo zemiakov, mäsa a čerstvej zeleniny. Obyvatelia svoje narodeniny obvykle oslavujú s kávou a zákuskom.

• **Interiér v indonézskom životnom štýle / The Indonesian lifestyle/**

Kľúčovými prvkami tohto štýlu bývania a životného štýlu sú tradície, nostalgia a rešpektovanie seba samého. Spomienky sú zdieľané medzi obyvateľmi pomocou videa, DVD, fotografie, hudby i kadidla. Výlety pre obyvateľov sú organizované napríklad v Pasar Malam (ázijskom trhu) či v indische klubu (indonézskom spoločenstve). V tomto životnom štýle je veľmi dôležité, aby potraviny a jedálne spolu súviseli. Obyvatelia preferujú dve teplé jedlá denne. Väčšinou sú pokrmy servírované v indonézskej jedálnej servírovacej súprave (Hogeweyk : Interior design, 2016).

Obrázok 9 Interiér – útulný štýl



Obrázok 10 Interiér - indonézsky štýl



(Zdroj : <http://hogeweyk.dementiavillage.com/en/interieur/>)

• **Interiér v mestskom životnom štýle / The Urban lifestyle/**

Charakteristické črty tohto životného štýlu sú: sociálny, extrovert a zapájanie sa. Obyvatelia spoločne zdieľajú šťastie a smútok. Sociálna interakcia je otvorená a priamy kontakt za prítomnosti živej aktívnej atmosféry okolia. Pre týchto obyvateľov sú pravidelne organizované výlety do zoo, zábavných parkov, divadiel či kúpalísk. Pre týchto obyvateľov je normálne, keď aj ostávajú doma pri čítaní kníh alebo hraní spoločenských hier. Večera je obľúbená a očakávaná, pretože sa tešia na spoločnosť ostatných obyvateľov. Na večeru sú podávané zemiaky, mäso a zelenina.

Obrázok 11 Interiér – mestský štýl



(Zdroj : <http://hogeweyk.dementiavillage.com/en/interieur/>)

V rámci inovatívnych prvkov v oblasti nefarmakologických prístupov liečby demencie a Alzheimerovej choroby by sme chceli poukázať na aktívnu a pomerne rozšírenú činnosť

Alzheimerových kaviarní /Alzheimer Cafés/ v Belgicku. Tieto kaviarne sú pomerne rozšírené po celom Valónsku a v Bruseli, v ktorých sú často používané nasledujúce slogany organizovaných stretnutí ako napr. príjemnosť, tipy a odporúčania, informácie, stretnutia, výmena a zdieľanie. Mnohí ľudia sa obávajú návštevy lekára a nemocnice, avšak aj po ich návšteve často krát nevedia, čo majú konkrétne robiť. Ako majú v každodennom živote žiť s Alzheimerovou chorobou blízkeho človeka? Kto by sa chcel dozvedieť viac o budúcnosti a hovoriť s ostatnými ľuďmi s rovnakými problémami? To sú hlavné dôvody, prečo je LIGA Alzheimer ASBL aktívna a pomáha ľuďom každý deň. Kaviarne predstavujú organizované stretnutia pacientov s Alzheimerovou chorobou, ich rodinných príslušníkov, priateľov a známych, ale aj profesionálov poskytujúcich zdravotnú či inú starostlivosť. Tieto stretnutia ponúkajú každému okamih pre výmenu informácií a vytvárajú priestor pre spoločnú diskusiu na stanovený problém. Obvykle sa v skupine diskutujú problémy každodenného života a skupina sa navzájom snaží docieľiť viac pozitívny výhľad do budúcnosti aj napriek chorobe. Alzheimer Café je dôverným miestom, kde jednotlivci môžu len tak počúvať ostatných, ktoré je otvorené pre všetkých tých, ktorí majú pocit, že je potrebné byť vypočutý a byť potrebný. Občas niektoré Alzheimer kaviarne ponúkajú animácie a témy, ktoré sa vzťahujú k Alzheimerovej chorobe z blízka i z ďaleka. Niekedy organizujú aj kultúrne výlety a exkurzie (Jiráček, 1999). Tieto kaviarne si kladú za cieľ informovať a podporovať ľudí s Alzheimerovou chorobou, ako aj ich rodiny. Medzi hlavné ciele Alzheimerových kaviarní patria:

- informovať o zdravotných a psychosociálnych aspektoch demencie,
- vytvoriť otvorený dialóg bez akéhokoľvek tabu o tejto chorobe,
- prelomenie sociálnej izolácie pacientov a ich príbuzných (Alzheimer Café, 2016).

V Belgicku Národná liga Alzheimer /*Ligue Nationale Alzheimer Liga ASBL*/ poskytuje novú inovatívnu podpornú službu pre pacientov trpiacich demenciou či Alzheimerovou chorobou a jedná sa o službu tzv. usporiadaná *úschova spomienok /memorepair/*. Tieto služby si finančne hradí samotný pacient. Jedná sa napríklad o:

- digitalizáciu starých magnetofónových kaziet /1 kazeta – 19,80 €/,
- naskenovanie filmových kotúčov a vytvorenie dvd ai / cena je rôzna od 9,90 do 59,90 €/,
- skenovanie diapozitívov /cena za 100 obrázkov je 39,90€/,
- skenovanie filmových negatívov z fotoaparátu /cena za 100 obrázkov je 39,90€/,
- reštitúcia a oprava starých fotografií /cena za 100 obrázkov je 39,90€/.

Zo získaných financií za službu memorepair Národná liga Alzheimer /*Ligue Nationale Alzheimer Liga ASBL*/ podporuje vedecký výskum, rodiny a pacientov s Alzheimerovou chorobou a inými formami demencie (Memorepair : Que faisons – nous de cet argent, 2016).

Záver

Aj napriek tomu, že postihnutým seniorom je zabezpečovaná základná starostlivosť, je nevyhnutné venovať pozornosť i kvalitnému programovaniu aktivít, pretože v tomto prípade platí, že akékoľvek nevhodné či zlé vedenie aktivít je neúčinné, a v tom horšom prípade môže dokonca ublížiť, respektíve zhoršiť zdravotný stav seniorov. Prostredníctvom tohto príspevku sme sa pokúsili zmapovať aktuálnu situáciu v oblasti inovatívnych, moderných

a pokrokových prvkov v odbornej zdravotnícko-sociálnej starostlivosti o seniorov trpiacich demenciou z vybraných krajín Európskej únie (Holandsko, Belgicko, Francúzsko).

Použitá literatúra

Alzheimer Café : Les Alzheimer Cafés, c'est quoi ? 2016. [citované 2016-11-03]. Dostupné na internete: <<http://www.alzheimercafe.be/les-alzheimer-cafes> >.

Alzheimer plan 2008-2012 :Les associations et les partenaires [online]. 2014. [citované 2014-09-28]. Dostupné na internete: <<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/-les-associations-et-> >.

CAMPBELL-DOLLAGHAN, K. 2014. *An Amazing Village Designed Just For People With Dementia*. [online]. 2016. [citované 2016-11-02]. Dostupné na internete: <<http://gizmodo.com/inside-an-amazing-village-designed-just-for-people-with-1526062373>>.

Dementia villages advisor : We are DVA. 2016. [citované 2016-11-02]. Dostupné na internete: <<http://www.dementiavillage.com/>>.

Hogeweyk : Hogeweyk data. 2016. [citované 2016-11-02]. Dostupné na internete: <<http://hogeweyk.dementiavillage.com/en/kenniscentrum/> >.

Hogeweyk : Interior design. 2016. [citované 2016-11-01]. Dostupné na internete: <<http://hogeweyk.dementiavillage.com/en/interieur/>>.

Hogeweyk : Public space.2016. [citované 2016-11-01]. Dostupné na internete: <<http://hogeweyk.dementiavillage.com/en/openbare-ruimte/>>.

JANEČKOVÁ, H. - VACKOVÁ, M. 2010. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha : Portál, 2010. 151 s. ISBN 978-80-7367-581-3.

JIRÁK, R. et al. 1999. *Demence*. Praha : Maxdorf, 1999. 226 s. ISBN-10: 80-85800-44-6.

Ligue Alzheimer ASBL : les actualités sur nos Alzheimer Cafés. 2016. [citované 2016-11-02]. Dostupné na internete: <<http://www.alzheimer.be/activites/alzheimer-cafe>>.

Memorepair : Que faisons – nous de cet argent? 2016. [citované 2016-11-03]. Dostupné na internete: <<http://www.memorepair.be/fr/>>.

Kontaktná adresa

Mgr. Mária Heverová

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

Doktorandské štúdium

email: mariaheverova@azet.sk

KOMUNITNÁ STAROSTLIVOSŤ V POMÁHAJÚCICH PROFESIÁCH OPATROVATEĽSKÁ SLUŽBA POSKYTOVANÁ V MESTE MICHALOVCE

Hudáková Mariana

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava – externý doktorand

Abstrakt

Príspevok je venovaný pomáhajúcim profesiám, ako je opatrovateľská činnosť poskytovaná v meste Michalovce, v zariadení pre seniorov alebo v domácich podmienkach pre seniorov. V príspevku chceme zdôrazniť význam tejto sociálnej služby pre klientov, ktorí túto sociálnu službu nevyhnutne potrebujú a sú na ňu odkázaní. Tento problém je súvisiaci so sociálnou prácou a jej dôležitým a významným miestom v našej spoločnosti.

KLúčové slová: Pomáhajúce profesie. Opatrovateľská služba. Senior. Sociálna práca.

Abstract

This article is dedicated to a helping profession, such as caregiving services in the town of Michalovce are, in the facilities for the elderly populations, or in the home care for the elderly. In this article, we would like to put an emphasis on the importance of the social work and a welfare work for our clients, especially those who totally depend on our job. This problem goes hand in hand with the social work and places very important role in our society.

Key words: Community work. Day care. Senior. Social work.

Úvod

V súčasnosti sa významne zvyšuje priemerný vek populácie vyspelých krajín sveta a tento trend je čoraz viditeľnejší aj u nás. Naša spoločnosť preto hľadá východiská, ktorými by umožnila, aby ľudia vo vyššom veku žili zmysluplne, zaujímali sa o svoje okolie, prežívali svoje radosti i starosti, ale predovšetkým aby im to umožnilo ich zdravie. Vzťah ku starším ľuďom býva významne ovplyvnený už v detstve. Záleží najviac na rodičoch a na prístupe k ich vlastným rodičom. Príklad správania, ktorý dávajú svojim deťom, poskytuje model správania, aké od nich môžu sami v staršom veku očakávať. Je známe, že organizmus každého človeka je odlišný a okrem genetických predpokladov sa na ňom prejavuje aj zvolený životný štýl, sociálne prostredie, udržiavanie fyzickej zdatnosti, stravovacie návyky a najviac psychické prejavy k sebe a k svojmu okoliu. Človek, ktorý sa celý život o svoje psychické a fyzické zdravie stará, má väčšiu šancu na kvalitný život aj vo vyššom veku. Rozdiel je, či seniori prežívajú svoju starobu v domacom prostredí, alebo v zariadení sociálnych služieb, čo seniorom prináša radosť a čo ich naplňa, opisovali sme životný štýl seniorov, faktory, ktoré na ich zdravie a psychiku najviac vplyvávajú, zdroje zmyslu života, ciele, hodnoty a dimenzie (Poledníková, 2009).

Opatrovateľská služba v meste Michalovce

Sociálna práca ako pomáhajúca profesia je pre nás v súčasnosti veľmi potrebná. Opatrovateľská služba v domácnosti je najvyhľadávanejšou formou pomoci v živote seniorov. Vďaka nej môžu zotrvať v domacom prostredí, teda vo svojom domove, ktorý im dáva pocit bezpečnosti. O opatrovateľskú službu môže požiadať občan, ktorý predpokladá, že potrebuje celodennú starostlivosť druhej osoby, alebo mu takúto opateru odporučí lekár. Konanie o

odkázanosti na opatrovateľskú službu sa začína na základe písomnej žiadosti o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu. Doložiť treba lekársky nález od obvodného lekára alebo prepúšťiaciu správu zo zariadenia zdravotnej starostlivosti (nie staršiu ako 6 mesiacov). Posudkový lekár posúdi zdravotný stav a určí stupeň odkázanosti, sociálny pracovník prešetrí sociálnu a rodinnú situáciu a spracuje posudok a mesto vydá rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu. Na základe právoplatného rozhodnutia si potom klient musí požiadať o uzatvorenie zmluvy o poskytovanie sociálnej služby, na základe ktorej sa následne uzatvorí zmluva medzi poskytovateľom a mestom a prijímateľom sociálnej služby (občanom - žiadateľom). Zákon stanovuje akú maximálnu cenu môže občan za túto službu platiť a to takým spôsobom, že po zaplatení úhrady za opatrovateľskú službu musí klientovi zostať 1,3 násobok životného minima. V meste Michalovce sa úhrada za 1 hodinu opatrovateľskej služby pohybuje od 0,50 € do 1,00 € - podľa stupňa odkázanosti. Mesto ročne prispieva na opatrovateľskú službu sumou 280 000 €. Úkony, ktoré môže pre klienta zabezpečiť opatrovateľská služba:

I. samoobsluha:

- hygiena
- stravovanie a dodržiavanie pitného režimu
- vyprázdňovanie močového mechúra a hrubého čreva
- obliekanie a vyzliekanie šatstva
- mobilita a motorika
- starostlivosť o domácnosť – nákup potravín a iného drobného tovaru, varenie a príprava jedla, donáška jedla do domu, umývanie riadu, upratovanie, pranie, žehlenie, obsluha domácich spotrebičov, starostlivosť o lôžko, vynášanie smetí a iné rôzne úkony spojené s údržbou domácnosti (Opatrovateľská služba mesta Michalovce, 2016).

Medzi základné sociálne aktivity patria: sprievod na lekárske vyšetrenie, sprievod na kultúrne podujatie, vybavenie úradných záležitostí, predpis užívaných liekov, dohľad. Upozorniť však treba aj na jednu podstatnú skutočnosť. Mnoho ľudí si mylí opatrovanie s ošetrovaním. Zdravotná sestra, ktorá chodí domov pacienta ošetrovať, je platená zo zdravotného poistenia, nemôže však navariť či upratať byt. Opatrovanie je činnosť, ktorá nevyžaduje zdravotnícke vzdelanie a môžu ju vykonávať ľudia, ktorí si doplnia vzdelanie absolvovaním opatrovateľského kurzu. Opatrovanie však zdravotné poisťovne nepreplácajú. V meste Michalovce patrí k významným sociálnym zariadeniam aj novozrekonštruované Zariadenie pre seniorov na Ulici J. Hollého 9 v Michalovciach (pôvodný názov domov – penzión pre dôchodcov, neskôr iba domov dôchodcov), ktoré bolo otvorené dňa 10.11.1989. Je to rozpočtová organizácia s právnou subjektivitou a celková kapacita zariadenia predstavuje 178 miest. Zriaďovateľom daného sociálneho zariadenia je mesto Michalovce. Cieľom zariadenia je poskytovať svojim klientom bezproblémové bývanie, zaopatrenie, zdravotnú a sociálnu starostlivosť, ale aj zabezpečenie prístupnosti k voľno časovým aktivitám podľa schopností a záujmov obyvateľov tak, aby klienti mohli získať zmysluplnú náplň ich života. Podľa Zákona č. 448/2008 o sociálnych službách (§. 35) zariadenie pre seniorov poskytuje sociálnu službu : fyzickej osobe, ktorá dovŕšila dôchodcovský vek a je odkázaná na pomoc inej

fyzickej osoby podľa prílohy č. 3 tohto zákona, fyzickej osobe, ktorá dovŕšila dôchodcovský vek a poskytovanie sociálnej služby v tomto zariadení potrebuje z iných vážnych dôvodov. V zariadení pre seniorov sa poskytuje pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, sociálne poradenstvo, sociálnu rehabilitáciu, ošetrovateľskú starostlivosť, ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie a údržbu bielizne a šatstva, osobné vybavenie. Utvárajú podmienky na úschovu cenných vecí a zariadenie zabezpečuje záujmovú činnosť pre klientov.

Záver

Je dôležité nahliadnuť do problematiky seniorov, ktorá sa stále viac dostáva do popredia spoločnosti a ktorá sa nás všetkých bez výnimky dotýka. Snahou našej spoločnosti by malo byť zaistenie čo najlepších podmienok pre starších ľudí, ktorí sú často krátko odkázaní na pomoc druhých osôb a neraz sa ocitnú sami, bez rodiny a blízkych. Seniori sa častokrát dostávajú do nových náročných pozícií, prechádzajú procesom staroby a starnutia, mnohými zmenami v rodinách so vstupom do dôchodku a dôchodkového veku. Vystihnúť podstatu osobnostnej rysy staršieho človeka je dosť komplikované, pretože každý z nás vyrastá v odlišných spoločenských a sociálnych podmienkach. Úloha seniorov v našej spoločnosti je však veľmi významná z hľadiska odovzdávania generačného posolstva. Čaká sa od nich, že budú podporovať svoje deti a vnukov. Tým nemyslíme materiálne, ale hlavne tým, že im budú odovzdávať svoje životné skúsenosti a poskytovať vzácne rady do života. Táto úloha seniorov je v spoločnosti nenahraditeľná a nezastupiteľná. Preto ohľaduplnosť k seniorom a starostlivosť o nich sú trvalou hodnotou ľudstva. Mladá generácia by mala zaujať pozitívny postoj k starobe a starnutiu a aj týmto spôsobom sa pripraviť na vlastné starnutie.

Použitá literatúra

- BALOGOVÁ, B. 2006. *Úvod do sociálnej práce pre sociálnu a charitatívnu službu*. Prešov: Grafotlač, 2006. 75s. ISBN 80-8068-504-5.
- FARKAŠOVÁ, D. et al. 2005. *Ošetrovateľstvo - teória*. Martin: Osveta, 2005. 215s. ISBN 80-8063-182-4.
- POLEDNÍKOVÁ, E. et al. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 2009. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.
- Opatrovateľská služba v meste Michalovce, domáci servis 2016. Dostupné na: <http://www.michalovce.sk/article.html?p=2ae88502556c9689b5e8be6aa01bd670&m=a5838db708572f47f3ab952dfdd20896> [cit. 30.11.2016]

Kontaktná adresa

Mgr. Mariana Hudáková
email: marianahudakova@gmail.com

NENÁSILNÁ KOMUNIKÁCIA PRI PRÁCI S KOMUNITOU

¹Hunyadiová Stanislava, ¹Brutovská Margita

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety n.o. Bratislava
Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl.P.P. Gojdiča Prešov

Abstrakt

Cieľom príspevku je upozorniť na dôležitosť významu spirituality a religiozity v procese realizácie a zefektívňovania prípravy pomáhajúceho profesionála na proces práce s klientom v kontexte nenásilnej komunikácie a to v troch tematických a paradigmatálnych rovinách:

- reformnej, usilujúcej o posilnenie statusu spoločenského povedomia o sociálnej práci;
- poradenskej, vychádzajúcej v ústrety individuálnym potrebám klientov;
- terapeutickej, starajúcej sa o psychické a duchovné zdravie pomáhajúceho profesionála.

Proces zdravotno - sociálnej starostlivosti je zameraný na individuálny prístup k pacientov/klientovi a jeho rodine. Organizácia zabezpečujúca starostlivosť zameriava záujem v procese starostlivosti o klienta, rodinného príslušníka aj zamestnanca. Zaoberá sa všetkými aspektmi pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientom v nemocnici alebo v domácom prostredí klienta. Je najstaršou súčasťou sociálnej práce a zameriava sa na prácu s chorými a členmi ich rodín. Taktiež sa upriamuje na problémy, ktoré sa spájajú:

- so zhoršujúcim sa životným prostredím,
- na vplyv stresu v oblasti psychického zdravia,
- na neprimerané zaťaženie spojené s niektorými rizikovými povolaniami
- prácu, ktorá sa realizuje v život ohrozujúcom prostredí.

Kľúčové slová: Sociálny pracovník. KILT. Komunikácia. Zručnosti. Vzťahy.

Úvod

Proces zdravotno – sociálnej starostlivosti je zameraný na individuálny prístup k pacientovi/klientovi a jeho rodine:

- prispieva ku skráteniu doby hospitalizácie a znižuje riziko rehospitalizácie.

Motivuje klientov/pacientov k riešeniu vlastných problémov. Napomáha k zabezpečeniu jeho biologických, psychologických, sociálnych a spirituálnych potrieb, napomáha účelnému využitiu materiálnych a finančných prostriedkov sociálnych služieb a prispieva k prevencii patologických sociálnych javov. Počas štúdia sociálnej práce študenti absolvujú psychosociálne výcviky zamerané na sebazpoznanie, komunikáciu, sociálne poradenstvo a supervíziu. Ich cieľom je pozitívne ovplyvniť hodnotovú orientáciu, postoje a správanie sociálnych pracovníkov a prispieť k osobnostnému a sociálnemu rozvoju. Dôraz je kladený na formatívne prvky, orientuje sa na subjekt i objekt, na praktické využitie v bežnom živote a pri práci sociálneho pracovníka prostredníctvom nenásilnej komunikácie. Reflektuje osobnosť jednotlivca, jeho individuálne potreby a zvláštnosti. Zmyslom je utváranie vlastných predstáv a názorov získaných na základe praktických životných spôsobilostí/zručností, hľadanie vlastnej cesty k životnej spokojnosti založenej na dobrých vzťahoch k sebe samému i k ľuďom a k svetu. Získať poznatky z efektívnej

komunikácie, predchádzaní konfliktov, komunikácie, ktorá pomáha vytvárať vzťah medzi sociálnym pracovníkom a klientom. Špecifikom osobnostného a sociálneho rozvoja je skupina, ktorá konfrontuje jednotlivca v situáciách bežného života. Rozvíjanie komunikácie a sociálnych zručností s terapeutickým účinkom a/alebo prežívanie dramatického napätia je prostriedkom, sekundárnym účinkom.

Zameranie

Rozvíjať emocionálnu (personálnu) inteligenciu a sociálno - emocionálne kompetencie sociálnych pracovníkov prostredníctvom nenásilnej komunikácie a naučiť uplatňovať ich v rodinnom, partnerskom, manželskom a pracovnom živote. Emocionálna inteligencia v sebe nesie vysokú úroveň zručností: emocionálnych (identifikovanie citov, prejavovanie citov, ovládanie emócií a impulzov, redukovanie stresu, uvedomovanie si rozdielov medzi citmi a činmi), behaviorálnych (poznávanie verbálnej a neverbálnej komunikácie, používanie techník aktívneho počúvania, konštruktívne reagovanie na kritiku, efektívne riešenie konfliktov a asertívne presadzovanie svojich názorov, odstraňovanie predsudkov a stereotypov v smere tolerancie odlišností), kognitívnych (sebauvedenie, zdravé sebahodnotenia a sebadôvera, chápanie postojov a názorov iných ľudí, chápanie noriem správania, používanie konštruktívnych postupov pri riešení problémov, efektívne riešenie konfliktov, pozitívny postoj k životu, využívanie správnych hodnôt a morálky) (Hunyadiová, 2013). Eminентný dôraz sa v predmete Psychosociálny výcvik kladie na formovanie a rozvíjanie komunikačných a kooperatívnych zručností nevyhnutných pre rozvíjanie dobrých medziľudských vzťahov v partnerstve, v rodine a na pracovisku zabezpečením efektívnej sociálnej komunikácie a spoločenského správania, vyjednávaním, výberom vhodných stratégií na riešenie konfliktov, vytváraním konsensu pri vysokej empatii, akceptácii a tolerancii názorov, postojov a hodnôt druhého človeka. Poslaním je rozvíjať sociálno - emocionálne kompetencie sociálnych pracovníkov a naučiť ich uplatňovať v bežnom živote na základe praktických cvičení. Emocionálna inteligencia v sebe nesie vysokú úroveň zručností, emocionálnych cvičení a spätnej väzby. Súčasťou spätnej väzby je aj identifikovanie citov, prejavovanie citov, ovládanie emócií a impulzov, redukovanie stresu, uvedomovanie si rozdielov medzi citmi a činmi. Poznávanie štruktúry sociálnej komunikácie a druhov a foriem komunikácie medzi ľuďmi a skupinami. Získanie informácií o sociálnej komunikácii na makroúrovni - v širokom kontexte spoločenských vzťahov, sociálnej komunikácii na mezoúrovni - v užšom kontexte sociálnych skupín, sociálnej komunikácii na mikroúrovni - v úzkom kontexte elementárnych komunikačných aktov v rodine, partnerstve, manželstve a pri výchove detí, vedení klienta. Sociálno - psychologický pohľad na verbálnu a neverbálnu komunikáciu pomáha pri príprave dobrého vedenia rozhovoru využitím techník aktívneho počúvania, aktívnou účasťou a štruktúrovanému rozhovoru (Gabura, 1995). Eminентný dôraz sa v predmete na formovanie a rozvíjanie komunikačných a kooperatívnych zručností nevyhnutných pre rozvíjanie dobrých medziľudských vzťahov zabezpečením efektívnej sociálnej komunikácie a spoločenského správania, vyjednávaním, výberom vhodných stratégií na riešenie konfliktov, vytváraním konsenzu pri vysokej empatii, akceptácii a tolerancii názorov, postojov a hodnôt druhého človeka. Sociálni pracovníci tak získavajú základnú orientáciu a zručnosť pri vedení pomáhajúceho rozhovoru tak, aby čo

najúspornejším, bezbolestným a príjemným spôsobom pre všetky zúčastnené strany viedol k čo najväčšiemu úžitku pre klienta. Pre pomáhajúceho pracovníka prináša „poriadok“ a štruktúru, oporu, ktorá predchádza bremenu expertnosti a "burn-out" syndrómu (syndrómu vyhorenia), tým, že podnecuje a prehodnocuje kompetencie svoje a schopnosti a zdroje klienta k nachádzaniu si vlastných a teda pre neho tých najlepších riešení svojich problémov. Prostredníctvom supervízie má možnosť vidieť situáciu aj z pohľadu klienta. Supervízora Kamil Kalina prirovnáva supervízora k človeku, ktorý hľadá z vrchu na krajinu, vidí súvislosti, má širší uhol pohľadu ako ten, kto krajinou kráča, ako ten, kto vedie a sprevádza klientov na ich ceste ich vlastnou životnou situáciou, ich údolie. Pohľad supervízora „z hora“ neznamená, že ide o lepší pohľad. Ide jednoducho o pohľad z nadhľadu, o iný pohľad, ktorý môže pomôcť sociálnemu pracovníkovi orientovať sa v procese práce s klientom. Rozvíjaním tolerancie v interpersonálnych vzťahoch v skupine počas psychosociálnych výcvikov dochádza k akceptácii a tolerancii druhého človeka aj s odlišnými postojmi, názormi, životnými hodnotami. Uvedenie si, čo prinášajú predsudky, stereotypy v našom reaganí a správaní do medziľudských vzťahoch na pracoviskách, vedieť si priznať, že som sa mohol myliť a že moje stanovisko nemusí byť správne. Pochopenie nebezpečenstva vytvárania a existencie stereotypov a odstraňovanie svojich predsudkov a stereotypov a kritiky. Dochádza tak k rozvoju emocionálnych zručností potrebných v personálnej práci. Pri sebazpoznaní sa rovnako kladie dôraz na osvojovanie si základných noriem a pravidiel správania sa, je zameraný na efektívne formy učenia, tvorbu a rozvíjanie vlastného vedomostného potenciálu a profesijnej orientácie a rovnako zameraný na aktívnu prevenciu sociálnopatologických javov v súčasnej spoločnosti s cieľom vytvoriť u jednotlivcov žiaduce postoje voči negatívnemu vplyvu drog a iných závislostí. Sebazpoznanie pomáha osobnosti získať lepšiu orientáciu v interakciách s inými ľuďmi podľa potrieb a osobnostných predpokladov, dáva možnosť naučiť sa posúdiť samých seba, adaptovať sa na zmeny a poznať cestu k informovanosti. Pomáha rozvíjať kompetentnosť aktívne manažovať svoju kariéru, získať poznatky o vzťahu kariéry a rozvíjať zručnosti potrebné pre uplatnenie sa na trhu práce, úspešný profesionálny štart. Odhadnúť emocionálny stav a spôsoby reagovania druhého človeka (jeho pocity, city, temperamentálne črty, spôsoby riešenia krízových situácií a i.) napomáhajú v komunikácií a predchádzaniu konfliktov. Vcítiť sa do položenia iného človeka, vedieť čo prežíva, ako pociťuje preňho stresovú situáciu, byť empatický, asertívny, prosociálny, tolerantný, poznať a uvedomiť si svoje osobnostné vlastnosti, temperament, reaganie a správanie v bežnej situácii, ale aj v situácii záťaže, stresu, kríze. V supervízií je snaha o uvedenie si, ako sa ja sám, ale aj iní okolo mňa správajú, reagujú v konfliktovej situácii ako takej, ale aj v konkrétnom konflikte (únikové, agresívne a konsenzové spôsoby riešenia). Naučiť sa efektívne riešiť bežné konflikty, ktoré súvisia so životom v súčasnej spoločnosti (s jedincami rôzneho veku, pohlavia, vzdelania, osobnostných črt) a rozpoznať únikové, agresívne a asertívne prejavy správania a reagovania u iných osôb a sám byť schopný reagovať neagresívne aj v situácii záťaže, stresu, kríze pri práci s klientmi (Schavel, 2013). Prostredníctvom komunikácie sa naučiť presadzovať svoje požiadavky, návrhy, názory, postoje asertívne, tak aby som druhých nezraňoval. Aktívne uplatňovať techniky počúvania druhých s dôrazom na vypočutie si druhých a naučiť sa predchádzať. Spätnú väzbu na svoje pôsobenie získavame v psychosociálnom výcviku zameranom na supervíziu. Podľa

zamerania supervízneho kontraktu uvádzajú rôzne druhy supervízie, využitá je výuková supervízia, v ktorej má supervízor predovšetkým rolu, v ktorej sprevádza supervidovaného novým učením a prácou s klientmi a výcviková supervíziu, v ktorej supervízor sprevádza supervidovaného výcvikom alebo procesom praxe (Nando Belardi, 2005). Výcviky sú zamerané na poskytovanie priestoru, v ktorom môžu supervidovaní uvažovať o obsahu a procese svojej práce, praxe. Rozvíjanie a porozumenie zručnosti vo svojej práci, získavať informácie a inú perspektívu týkajúcu sa vlastnej práce, spätnú väzbu o obsahu aj o procese, byť sebaistý a mať oporu ako človek, aj ako pracovník. Potrebne je v supervízii sa snažiť zaistiť, aby ako človek, aj ako pracovník nebol jedinec nútený zbytočne niesť ťažkosti, problémy a projekcie sám, ale aby mal dostatok priestoru k preskúmaniu a vyjadreniu osobných trápení, vracajúcich sa podnetov, prenosu, i protiprenosu, ktoré môže prináša práca. Vo výcviku je nevyhnutné využívať osobné, aj odborné zdroje účastníkov, aktivitu a reakcie, ktoré môžu byť prínosom pre zvyšovanie kvality práce sociálneho pracovníka. Používané supervízne modely tak nachádzajú svoje uplatnenie aj v rozvoji ľudských zdrojov a pri reflexii pracovných postupov a vzťahov medzi, študentmi, pracovníkmi aj v oblastiach, kde sa doposiaľ neuplatňovali. Prostredníctvom supervízie získavajú účastníci ďalší nástroj rozvoja vo svojej profesii. S tým súvisí aj orientácia na cieľovú skupinu s ktorou prichádza supervidovaný do priameho kontaktu. Oboznamujú sa s predstavou konkrétnych postupov a pozícií, ktoré môžu v organizáciách nachádzať, rôzne potreby a objednávky využité prostredníctvom supervízie. Vzdelávanie, výcvik pracovníkov v špecifických zručnostiach, objednávku na zvyšovanie odbornosti a profesionality, kvality práce, objednávku na riešenie konfliktov a rozporov v tíme, objednávku na riešenie problémov manažmentu organizácie ktorá poskytuje služby nielen sociálnej práce, ale má aj výchovnú, edukačnú, prípadne inú profesionálnu zodpovednosť.

Edukačný proces vzdelávania nenásilnej komunikácie prostredníctvom supervízie

Učebný plán vzdelávania v osobnostnom rozvoji prostredníctvom supervízie.

Bio – psycho – sociálne – spirituálne východiská

/Preznené 8 hod./

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

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

Špecifikácia cieľa:

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

Výhodiská cieľov

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

Názov čiastkovej témy	Počet hodín	Teória	Prax
Úvod do problematiky, pravidiel skupiny, zoznámenie účastníkov, spoločenské vymedzenie pojmov a psychologické odôvodnenia metodických postupov Osobnostné kvality účastníkov, nastavenie, ciele, očakávania od vzdelávania	1,5	0,5	1
Sebaopoznanie pomocou 4 pilierov vnútornej rovnováhy	2,5	1	1,5
Chyby v posudzovaní ľudí, sebareflexia	1	0,5	0,5
Johari okno	1	0,5	0,5
Komunikácia dospelých a vzťahová psychológia	3	1,5	1,5
Analýza výnosov a nákladov	1	0	1
Spolu	10	4	6

Učebné osnovy modulu

Forma vzdelávania

Skupinová tematická diskusia, nácvik a tréning sociálnych zručností, (resp. Skupinová tematická diskusia s využitím videonahrávky)

Obsah tematického celku

Frekventanti vzdelávania sa v osobnostnom rozvoji prostredníctvom supervízie získavajú na osobnú situáciu nadhľad a učia sa preberať zodpovednosť za ňu. Stávajú sa „podnikateľmi vlastnej duše, hraním rolí, modelovaním a ďalšími metódami sa trénujú

v základnom hospodárení sociálnymi úlohami v rozvoji osobnosti a tak aj zodpovednosti voči rozvoju našej spoločnosti. Získavajú bezpečné vnútorné prostredie, ktorému môžu dôverovať, väčšiu viditeľnosť pri rozhodovaní, myšlienkach a konaní, vynikajúcu príležitosť rozšíriť svoju sieť tým, že stretávajú nových priateľov, zdroje sociálnej opory, priestor pre sebareflexiu, prostredníctvom ktorej priaznivo ovplyvňujú okolie, pocitom spolupatričnosti a hrdosti na svoje rozhodovanie.

Úvod do problematiky

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

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

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

Sebapoznatie pomocou 4 pilierov vnútornej rovnováhy

/Prezenčne 1 hodina/

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

- Ako sa vyvíja?
- Čo ju ovplyvňuje?
- Aké znaky rozlišujeme pri hodnotení objektu?
- Aké prejavy sú človeka, ktorý je sebavedomý?
- Etické normy slušného správania sa, bontón, kódex ako súbor všeobecne uplatňovaných morálnych noriem, ideálov a princípov v správaní sa človeka.
- Zásady verbálnej a neverbálnej komunikácie, akceptácia, empatia a kongruencia

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

Vyvodenie zámeru a tvorby vnútornej rovnováhy 4 pilieroch:

- Spolupatričnosť
- Jedinečnosť
- Mať moc, rozhodnúť sa

- Modely a vzory

Chyby v posudzovaní ľudí, sebareflexia

/Prezenčne 1 hodina/

Východiská z predchádzajúcej témy sú náčrtom ďalšej časti. Predstavenie modelu osobnosti z pohľadu Ega a prejavov správania.

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

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

Johari okno

/Prezenčne 1 hodina/

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

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

Prax: Testovanie, skupinová naratívna diskusia k téme.

Komunikácia dospelých a vzťahová psychológia

/Prezenčne 2.5 hodiny/

Rozdelenie účastníkov na podskupiny a diskusia v skupinách na témy:

- Cestné správanie
- Kultúrne tradície
- Životná bilancia
- Index kvality života

Prínos skupinovej diskusie:

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

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

Analýza výnosov a nákladov

/Prezenčne 1 hodina/

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

- Prínosy vzdelávania, manuál pre zadefinovanie témy a formulovanie otázok
- Špecifické ciele a ich naplnenie,
- Stanovisko k danej téme, tenzii a kohézii skupiny

- Očakávania, naplnenia/nenaplnenia, neočakávania vzhľadom k cieľu
- Identifikácia významu a analyzovanie konkrétnych cieľov pre skupinu a výber vhodnej vzorky respondentov
- Hodnotenie štruktúry cieľa a metodiky, techniky spracovania a podania

Prax: Vypracovanie spätnej väzby, prezentácia práce v skupine.

Záver

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

Použitá literatúra

HUNYADIOVA, S. FERENČÍKOVÁ, I.,. Rozvoj osobnosti, zručností, vedomostí, osobitostí, jedinečnosti. VŠZaSP sv. Alžbery.n.o. BEKI desing s.r.o. Bratislava. 2013. ISBN 978-80-8132-075-0.

SCHAVEL, M. ,HUNYADIOVÁ, S.,KUZYŠIN, B. Supervízia v sociálnej práci. Bratislava.2013. ISBN 978-80-971445-0-0

GABURA, J., PRUŽINSKÁ,J. *Poradenský proces*. Slon. Praha 1995.

NANDO BELARDI. *Supervision, Grundlagen, Techniken, Perspektiven*, Beck – Verlag, 2. 2005. Auflage.

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

SCHERPNER, M. *Sprevádzanie v praxi (vedenie), poradenstvo a učenie : princípy sociálnej práce*. Dolný Kubín 1999.

Kontaktná adresa

doc. PhDr. Stanislava Hunyadiová, PhD.

Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl.P.P. Gojdiča Prešov, Jilemnického 1/A, Prešov,

email: hunyadiova@gmail.com

ÚLOHA SOCIÁLNEJ PRÁCE PRI ZÁŠKOLÁCTVE ŽIAKOV Z MARGINALIZOVANÝCH RÓMSKÝCH KOMUNIT

Chomová Marcela

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava – externý doktorand

Abstrakt

V našom príspevku sa zameriavame na problém záškoláctva žiakov z marginalizovaných rómskych komunit. Zaoberáme sa príčinami záškoláctva rómskych žiakov, a to z pohľadu rodinného prostredia a rodinnej výchovy. V rodine vidíme množstvo príčin záškoláctva najmä u žiakov na prvom stupni školského vzdelávania. V príspevku uvádzame spôsob riešenia záškoláctva zo strany školy, obce, sociálno-právnej ochrany. Je to zákonné riešenie, ktoré má presné pravidlá a zákonné lehoty. Zákonné riešenie odporúčame využiť až pri zlyhaní všetkých možností zo strany školy a obce.

KLúčové slová: Edukácia. Rómske komunity. Škola. Záškoláctvo.

Abstract

In our report we are focusing on problem with truancy of pupils from marginalised gipsy communities. We are dealing with causes of truancy of gipsy pupils, from the perspective of family environment and family education. In family we can see a lot of causes of truancy, mostly with pupils who attend the first grade in primary school education. In our report we are showing the way how to solve the truancy from the element of school, township, social and law protection. It is the juridicius solution, which has exact rules and lawful date. We are suggesting to use this juridicius solution after failing in all options of the school element.

Key words: Education. Gipsy communities. School. Truancy.

Úvod

Záškoláctvo ako sociálno - patologický jav v marginalizovaných rómskych komunitách má svoje špecifiká. Často sa deje s vedomím rodičov. Ide o rôzne typy rodičov:

- jedni zaujímajú k vzdelaniu nepriateľský postoj lebo nevidia vo vzdelávaní žiadny zmysel,
- iní môžu mať potrebu toho, že dieťa musí byť doma, lebo sú závislí na jeho pomoci,
- ďalší nezvládajú výchovu detí vzhľadom k tomu, že sami sú na závislosti na alkohole.

Existuje mnoho ďalších príčin záškoláctva rómskych detí, najmä na prvom stupni povinnej školskej dochádzky, kde na vine nie sú deti, ale ich rodičia. Preto je nevyhnutná predovšetkým zmena postojov samotných Rómov a tá je možná len cieľavedomým výchovno - vzdelávacím pôsobením školy v úzkej spolupráci so sociálnymi pracovníkmi a kompetentnými úradmi a inštitúciami. Dôležité je, aby škola a inštitúcie posudzovali záškoláctvo individuálne u každého žiaka, a aby vedeli vyhodnotiť, kto je hlavnou príčinou záškoláctva.

Záškoláctvo ako sociálny problém

Tak ako každý sociálny problém aj problém záškoláctva je interdisciplinárnym problémom a možno ho riešiť len účasťou všetkých zainteresovaných strán. Interdisciplinárnosť vyžaduje v prvom rade odstránenie časových, priestorových, inštitucionálnych a organizačných bariér. Prednosťou takého prístupu je v tom, že každý odborník vnáša do problému jasno cez profesionálny prístup (Bakošová, 2008). Objaviť u dieťaťa prvé príznaky záškoláctva nie je vôbec jednoduché. Pokiaľ rodič nedostane oznámenie zo školy, nemusí si nič všimnúť. Keď však rodič zistí, že jeho dieťa chodí poza školu, mal by sa s ním porozprávať o tom, čo ho k tomu vedie. V prípade, že rodič nevie ako by mal postupovať, mal by sa obrátiť na školu a spolupracovať so školou. V prípade, že nenastáva náprava, mal by sa rodič obrátiť na odborníkov (napr. na pedagogicko - psychologické centrum, sociálno - právnu ochranu, streetwokera) (Jedlička 2011). Výchovný prístup pri odhalení záškoláctva, musí vychádzať a odvíjať sa od konkrétneho dôvodu žiaka dopúšťajúceho sa záškoláctva. Podstatná je motivácia dieťaťa k návratu do školy, je potrebné, aby zainteresovaní počnúc rodičmi mu poskytli maximálnu oporu a pomoc. Rodičia by nemali pasívne čakať na to, že situácia sa nejako vyrieši a spoliehať sa napr. na rozhovor, ktorý mali s dieťaťom. Najdôležitejším opatrením je správna rodinná výchova. To znamená, že rodičia majú záujem o dieťa aj o dianie v škole. Ak rodičia sú pre dieťa oporou, tak nemá strach sa im zveriť so svojimi problémami.

Rómska rodina v marginalizovanom prostredí

Zelina (2013, s. 13) rozlišuje rómske rodiny podľa prostredia a sociálneho zázemia takto:

- Rodiny žijúce v osadách, ktorí sú izolovaní od majoritného obyvateľstva a žijú v podmienkach, kde nemajú ani elektrický prúd.
- Rodiny, ktoré žijú v segregovaných osadách na okraji miest a dedín. Vyznačujú sa vysokou mierou neprispôsobivosti, nie k majoritnému obyvateľstvu, ale k majoritným normám správania.
- Rodiny rozptýlené v dedinách a mestách, ktoré sú prispôsobené, ale aj neprispôsobené.
- Rodiny, úspešné a bohaté, ktoré tvoria základ rómskej inteligencie.

Podľa Kubičkovej In: (Hardy, Briššáková, Matel, 2013, s. 168) v osadách prevláda nízka úroveň zdravotného upovedomenia, vysoká miera zdravia poškodzujúceho správania, čo má za následok nižšiu kvalitu zdravotného stavu a nízky vek dožitia u Rómov. V dôsledku nízkeho ekonomického a sociálneho statusu a priestorovej segregácie majú obyvatelia často obmedzenú možnosť využívať právne prostriedky na svoju ochranu, nižší prístup ku kultúre, športu a iným voľno časovým aktivitám. Tieto znevýhodnenia umocňujú úžerníctvo a následnú absolútnu zadlženosť. V oblasti zamestnanosti sa sformoval fenomén etnickej špecifickej rómskej nezamestnanosti, ktorej rozsah, ako aj sociálne dopady sú väčšie a hlbšie ako u majoritného obyvateľstva. V súčasnosti mnohí rómski rodičia nespĺňajú základné úlohy pri výchove detí, absentuje i formovanie prosociálneho správania. Nemajú vypestované vzory pre správanie, do manželstva vstupujú vo veku sociálnej i vekovej nezrelosti alebo žijú ako druh a družka. Rodičia v rómskych osadách neovplyvňujú svoje deti v zmysle správnych mravných a etických noriem, hodnotí ich života. Často býva ich zvykom podľahnúť

negatívnym sociálnym javom akými sú alkoholizmus, drogy, či hráčske vášne na automatoch, pričom na tieto činnosti využívajú jediný mesačný zdroj príjmov, ktorými sú sociálne formy príspevkov. Uvedomujúc si tieto skutočnosti, javí sa ako potrebné realizovať v rómskych osadách projekty, ktoré by sa zameriavali na mravné tradície Rómov a pozitívne etické hodnoty tradičnej rómskej rodiny (Selická, 2005). Súčasná škola je pre rómske deti „cudzou inštitúciou“, do ktorej chodia nerady, pretože nerešpektuje ich etnickú, kultúrnu, sociálnu, jazykovú a psychickú odlišnosť. Vzťahy v rodine sú sice presne hierarchické, podľa nich sa prejavuje úcta ku starším, ale na druhej strane slovo každého, i dieťaťa, má rovnakú váhu. Deti sa neboja povedať svoju myšlienku a nečakajú na udelenie slova. V škole sú potom takéto deti chápané ako nevychované a drzé (Cina, In: Kosová, Sciranková, 2013, s. 91).

Problematika výchovy a vzdelávania rómskych žiakov pri záškolení

Ministerstvo školstva Slovenskej republiky v Pedagogicko - organizačných pokynoch na školský rok 2014/2015 odporúča riaditeľom základných škôl, aby pri zisťovaní školskej spôsobilosti detí venovali osobitnú pozornosť deťom zo sociálne znevýhodneného prostredia, najmä deťom z marginalizovaných komún. Ak sa vyšetrením zistí, že dieťa nedosiahlo školskú spôsobilosť z dôvodu znevýhodneného prostredia, nenavštevuje materskú školu a nie je predpoklad dosiahnutia školskej spôsobilosti v období odkladu školskej dochádzky cieľovými postupmi (napr. pravidelnou dochádzkou do materskej školy, stimulačnými a rozvíjajúcimi programami), je vhodnejším postupom zaradenie dieťaťa do nultého ročníka. (Pedagogicko-organizačné pokyny na školský rok 2014/2015, s. 28). Klíma triedy, ale aj celková klíma školy sa považuje za významnú emocionálnu záležitosť. Škola by mala byť nielen miestom poskytujúcim nové vedomosti pre žiaka, ale aj miestom, kde sa cíti bezpečne a v ktorom sa môže rozvíjať jeho kognitívna, ale aj emocionálna stránka jeho osobnosti.

Škola by mala predovšetkým:

- monitorovať správanie detí a ich zmeny,
- riešiť prvé príznaky záškolenia,
- v školskom poriadku vymedziť opatrenia proti záškoleniu a o opatreniach informovať žiakov a rodičov,
- realizovať projekty a aktivity prevencie a eliminácie rozvikového správania – záškolenia,
- uskutočňovať besedy s vyskolenými psychológmi z centier pedagogicko-psychologického poradenstva,
- efektívne spolupracovať s vedením školy, triednymi učiteľmi, výchovnou poradkyňou, ostatnými pedagógmi školy a rodičmi (Bieliková, 2002).

Škola to je predovšetkým učebné prostredie (fyzické i mentálne). Učitelia majú v žiakoch rozvíjať komunikačnú kompetenciu, to znamená vytvárať bezpečné komunikačné prostredie. (Klimovič, Klimovičová, 2013, s. 6-7). Sociálny a kultúrny svet, formujúci ich primárny habitus žiaka (domáce prostredie), nadobúda v niektorých prípadoch podobu až civilizáčnej odlišnosti od školského štandardu. To vyvoláva na jednej strane nárast pedagogického pesimizmu v radoch ich učiteľov, na druhej strane vyvoláva snahu úniku týchto žiakov z cudzieho školského prostredia, kde musia robiť činnosti a správať sa spôsobom, ktorý im v intenciách ich doterajšej sociálnej a kultúrnej skúsenosti nedáva žiadny zmysel. Narastajúci

pedagogický pesimizmus vedie k tomu, že aj učitelia vidia východisko viac v represii než v prevencii a otvorenosti. Dokumentujú to výpovede učiteľov v rozhovoroch, ktoré s nimi viedli autori výskumu Petrasová Porubský:

- V škole viac postihovať rodičov za nezodpovedný prístup k štúdiu ich detí,
- nepodporovať ich nezamestnanosť, trvať na tom, že musia pracovať,
- aby bolo vzdelanie nadväzujúce na rodinné prídavky, sociálne dávky, trestné stíhanie,
- aby rodičia boli zodpovední za vzdelanie svojich detí (Vansač, 2015, s. 187).

Záver z výskumu Petrasovej a Porubského (2013, s. 20 - 21) sú veľmi podnetné, lebo indikujú, že je dôležité zapájať rodiny, ktoré by tak nikdy neurobili samy od seba. Faktom však je, že aj napriek ich záujmu je práve skupina rómskych rodičov menej alebo vôbec nezainteresovaná do života školy. Ak sú to ekonomické, sociálne či iné dôvody, je potrebné zabezpečiť, aby školy posilňovali väzby s rodinami a miestnou komunitou a realizovali také stratégie, ktoré sú priamo zamerané na málo aktívnych rodičov. Je potrebná zmena vzťahov na rôznych úrovniach. Mali by to byť vzťahy založené na spolupráci, spoločnej zodpovednosti, pochopení dieťaťa a snahe nachádzať spoločný postup pri riešení problémov. Spoločným cieľom je dosiahnuť vyššiu angažovanosť rodičov prostredníctvom rôznych foriem dobrovoľníckych programov a vytváranie vlastných školských aktivít. Škola by mala pomôcť všetkým rodičom stať sa lepšími rodičmi, umožniť im, aby nadobudli zručnosti a vedomosti potrebné pri výchove a vzdelávaní svojich detí prostredníctvom rozhovorov, besied, diskusných klubov, prednášok, pracovných dielní a podobne. Na odstránení záškoláctva majú najväčší podiel triedni učitelia. V spolupráci s výchovným poradcom, sociálnym pedagógom, školským psychológom, vedením školy realizujú opatrenia, za účelom odstránenia záškoláctva. Pritom uplatňujú individuálny prístup k žiakom, ich dôsledné poznanie, ako aj oboznámenie sa s rodinným prostredím, v ktorom žiaci žijú (Bieliková, 2002).

Spôsob riešenia záškoláctva zo strany školy pri neospravednenej neprítomnosti žiaka

Podľa ustanovenia § 19 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) v znení neskorších predpisov je povinná školská dochádzka desaťročná a trvá najdlhšie do konca školského roku, v ktorom žiak dovŕši 16. rok veku. Ak sa žiak nemôže zúčastniť na výchove a vzdelávaní v škole, jeho zákonný zástupca je povinný oznámiť škole bez zbytočného odkladu príčinu jeho neprítomnosti. Za dôvod neprítomnosti sa uznáva najmä choroba, prípadne lekárom nariadený zákaz dochádzky do školy, mimoriadne nepriaznivé poveternostné podmienky alebo náhle prerušenie premávky hromadných dopravných prostriedkov, mimoriadne udalosti v rodine alebo účasť žiaka na súťažiaciach. Neprítomnosť maloletého žiaka, ktorá trvá najviac tri po sebe nasledujúce vyučovacie dni, ospravedlňuje jeho zákonný zástupca; vo výnimočných prípadoch škola môže vyžadovať lekárske potvrdenie o chorobe žiaka alebo iný doklad potvrdzujúci odôvodnenosť jeho neprítomnosti. Ak neprítomnosť žiaka z dôvodu ochorenia trvá dlhšie ako tri po sebe nasledujúce vyučovacie dni, predloží žiak alebo jeho zákonný zástupca bez zbytočného odkladu potvrdenie od lekára. Podrobnosti má škola rozpracované v školskom poriadku. Z pohľadu právnych predpisov pod zanedbávaním povinnej školskej dochádzky sa rozumie stav, keď žiak má neospravedlненú

neúčast' na vyučovaní v kalendárnom mesiaci viac ako 15 vyučovacích hodín alebo viac ako 60 hodín za školský rok.

- Každú neospravedlnenú hodinu rieši triedny učiteľ (prípadne v spolupráci s výchovným poradcom) so zákonným zástupcom žiaka a ihneď prijímajú opatrenia na zamedzenie záškoláctva.
- Ak žiak neospravedlnene vynechá viac ako 15 vyučovacích hodín v školskom roku (aj za viac mesiacov), nahlasuje to riaditeľ školy do troch dní po ukončení mesiaca obci, v ktorej má zákonný zástupca žiaka trvalý pobytom, ktorá vykoná príslušné opatrenia.
- Ak žiak následne neospravedlnene vynechá viac ako 15 vyučovacích hodín v jednom mesiaci, nahlasuje to riaditeľ školy do troch dní po ukončení mesiaca úradu práce (oddeleniu sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately podľa miesta trvalého pobytu rodiča), sociálnych vecí a rodiny a obci, v ktorej má zákonný zástupca žiaka trvalý pobyt. Škola po zastavení výplaty prídavku na dieťa rodičovi, mesačne vyhodnocuje dochádzku žiaka do školy a spolupracuje s oddelením sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately tak, že mu mesačne v priebehu najmenej 3 mesiacov zasiela oznámenie o dochádzke žiaka do školy.
- Ak žiak neospravedlnene vynechá viac ako 60 vyučovacích hodín v školskom roku, nahlasuje to riaditeľ školy obci, v ktorej má zákonný zástupca žiaka trvalý pobyt, ktorá to rieši ako priestupok s možnosťou uložiť zákonnému zástupcovi pokutu.

Tri spôsoby riešenia záškoláctva zo strany príslušnej obce

1. Po doručení hlásenia školy o zanedbávaní povinnej školskej dochádzky nad 15 hodín za školský rok, obec vykoná opatrenia v zmysle ustanovenia § 75 ods. 1, písm. a/ zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kurately v znení neskorších predpisov.

2. Výsledok opatrení obec oznámi oddeleniu sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately (ďalej SPODaSK).

3. V prípade, že SPODaSK z dôvodu zanedbávania povinnej školskej dochádzky rozhodne o zastavení poskytovania prídavku na dieťa rodičovi a určí obec ako osobitného príjemcu, postupuje obec takto:

- za riadne plnenie povinnej školskej dochádzky dieťaťa sú zodpovední obidvaja rodičia, resp. osoby, ktorým je dieťa zverené do starostlivosti nahrádzajúcej starostlivosť rodičov. To znamená, že ak k jej zanedbávaniu dôjde, je to spôsobené neplnením povinností zo strany obidvoch rodičov, preto sa účelné poskytovanie prídavku na dieťa môže zabezpečiť spravidla len prostredníctvom obce.
- finančné prostriedky poskytnuté obci ako „tzv. osobitnému príjemcovi na prídavok na dieťa“ môže obec použiť na úhradu poplatkov za stravu v školskej jedálni, nákup školských potrieb a pomôcok, na aktivity organizované školou v rámci vyučovacieho, aj mimo vyučovacieho procesu, úhradu poplatkov v zmysle všeobecne záväzných predpisov (napr. § 35 zákona č. 596/2003 Z. z. o štátnej správe v školstve a školskej samospráve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov), na úhradu cestovného do školy, na nákup potravín, ošatenia, hygienických potrieb,

prípadne na úhradu iných potrieb dieťaťa, ak ich zabezpečenie súvisí s jeho výchovou alebo výživou.

- týmito finančnými prostriedkami obec operatívne reaguje na zabezpečenie aktuálnych potrieb dieťaťa. Nákup potravín, resp. iných tovarov môže zabezpečovať aj rodič dieťaťa napríklad prostredníctvom jednorazových poukázok vydaných obecným úradom v rôznej hodnote v predajniach, s ktorými obecný úrad tento spôsob nákupu vopred dohodol.
- ak je v rodine viac detí a povinnú školskú dochádzku zanedbáva len niektoré z detí, výplatu prídavku na dieťa realizuje prostredníctvom obce len na žiak, ktoré povinnú školskú dochádzku zanedbáva. Ak však rodičia prídavok na dieťa poskytovaný na ostatné deti v rodine nevyužívajú na ich výchovu a výživu, prípadne ak je rodina v hmotnej núdzi a na poberanie dávky sociálnej pomoci je už obecný úrad určený ako osobitný príjemca, je dôvod na zastavenie výplaty rodičovi na všetky nezaopatrené deti.
- obec vedie evidenciu o výdavkoch osobitne pre každé dieťa a úradu SPODaSK spravidla mesačne preukazuje využitie poskytnutých finančných prostriedkov na prídavok na dieťa dohodnutým spôsobom.
- 4. Ak škola oznámi neospravedlnenú absenciu na vyučovaní v počte viac ako 60 hodín za jeden školský rok, ide o priestupok zo strany zákonných zástupcov dieťaťa, ktorý rieši v svojej pôsobnosti obec.
- 5. Kópiu výsledku riešenia, prípadne rozhodnutie o uložení sankcie zašle obec na vedomie SPODaSK.

Spôsob riešenia záškoláctva zo strany oddelenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately (SPODaSK)

- Oddelenie SPODaSK na základe oznámenia o sociálno-patologickom správaní žiaka vykoná výchovný pohovor so žiakom a jeho rodičmi. V prípade opodstatnenosti postupuje v zmysle ustanovenia § 12 zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kurately v znení neskorších predpisov, prípadne § 37 zákona č. 36/2005 Z. z. o rodine v znení neskorších predpisov. Výsledok pohovoru zašle škole a príslušnému mestskému, prípadne obecnému úradu na vedomie. Oddelenie SPODaSK v záujme odstránenia sociálno-patologického správania žiaka spolupracuje s rodinou, školou, obcou a špecializovanými inštitúciami (napr. Centrum poradensko-psychologického poradenstva a prevencie) a zdravotníckymi zariadeniami.
- Pri vymeškaní 100 neospravedlnených hodín za jeden školský rok ide o podozrenie zo spáchania trestného činu ohrozenie mravnej výchovy v dôsledku umožnenia vedenia záhaľčivého života v zmysle ustanovenia § 211 zákona č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon v znení neskorších predpisov čo odstupuje polícií k prešetreniu.
- V prípade opakovaného záškoláctva žiaka kópiu tohto oznámenia odovzdá oddelenie SPODaSK oddeleniu štátnych sociálnych dávok (ďalej) k ďalšiemu konaniu.
- V prípade zastavenia výplaty prídavku na dieťa oddelením štátnych sociálnych dávok (OŠSD), oznámi oddelenie SPODaSK príslušnej škole a vyžiada si mesačné správy o dochádzke žiaka.

- Na základe správ o riadnom plnení si povinnej školskej dochádzky žiakom v priebehu najmenej 3 mesiacov, ktoré zasiela škola, oddelenie SPODaSK požiada OŠSD o obnovenie výplaty prídavku na dieťa (ďalej PnD) rodičovi.

Oddelenie štátnych sociálnych dávok (ŠSD)

Zákon č. 600/2003 Z. z. o prídavku na dieťa a o zmene a doplnení zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov v § 12 ods. 1 ustanovuje, že ak oprávnená osoba nevyužíva PnD na výchovu a výživu nezaopatreného dieťaťa, vydá rozhodnutie o zastavení výplaty PnD oprávnenej osobe a o poukazaní PnD ďalšej oprávnenej osobe alebo obci, v ktorej má nezaopatrené dieťa trvalý pobyt. Zákonom č. 658/2002 Z. z. sa doplnil dôvod na zastavenie výplaty prídavku na dieťa oprávnenej osobe aj v prípade, ak žiak zanedbáva plnenie povinnej školskej dochádzky.

- Na základe oznámenia o zanedbávaní povinnej školskej dochádzky odstúpeného oddelením SPODaSK na OŠSD v zmysle ustanovenia § 12 ods. 2. Oddelenie štátnych sociálnych dávok zastaví výplatu PnD rodičovi a tieto prostriedky poukazuje obci, v ktorej má nezaopatrené dieťa trvalý pobyt.
- OŠSD dohodne s obcou spôsob preukazovania použitia finančných prostriedkov poskytnutých na PnD, pričom mesačne obci predkladá aktuálny zoznam poberateľov PnD, ktoré jej poukazuje.
- Po oznámení z oddelenia SPODaSK, že žiak si riadne plní povinnú školskú dochádzku, vydá OŠSD rozhodnutie o obnovení výplaty PnD rodičovi od najbližšieho výplatného termínu, spravidla však po uplynutí 3 po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov od zastavenia výplaty PnD.

Záver

Pri záškolsťve detí v marginalizovaných rómskych komunitách a jeho riešení je potrebné mať na zreteli:

- rómsku rodinu, kde rodičia sami nemajú osvojené prosociálne správanie, neovplyvňujú svoje deti v zmysle mravných a etických noriem, podľa hli patologickým javom ako je napríklad alkohol,
- rómskeho žiaka pre ktorého škola je cudzím prostredím. Jeho nedostatkom je, že často neovláda spisovný jazyk, škola je pre neho „nutné zlo“, ktorá ho vytrháva z prirodzeného prostredia. Vzťahy v škole sú skôr formálne a rómsky žiak na tieto vzťahy nie je pripravený.
- školu, ktorá má byť pripravená prijať rómskeho žiaka, počnúc od materiálneho vybavenia až po personálne obsadenie učiteľov nielen s odbornými vedomosťami, ale aj empatiou k rómskym žiakom,
- obec, ktorá je zriaďovateľom školy. Obec obyčajne vypracováva komunitný plán a keď súčasť obce tvorí marginalizovaná komunita, je dôležité, aby obec zriadila komunitné centrum, alebo aby v tejto komunite pracoval terénny sociálny pracovník.

Použitá literatúra

- PÁPEŽSKÁ RADA PRE PASTORÁCIU MIGRANTOV A CESTUJÚCICH: 2005. *Smernice pre pastoraáciu Rómov*, [online]. Rím 2005, [citované 2013-09-20]. Dostupné na internete: <http://www.kbs.sk/obsah/sekcia/h/dokumenty-a-vyhlasenia/p/dokumenty-vatikanskych-uradov/c/smernice-pastoracia-romov>
- PAVOL VI. 1999. *Evangelii Nuntiandi*, Posynodálna apoštolská exhortácia o ohlasovaní evanjelia v dnešnom svete, Spolok Svätého Vojtecha Trnava 1999, ISBN 80 -7162-266-4.
- BAKOŠOVÁ, Z. 2008. Sociálna pedagogika ako životná pomoc, 3. vyd. Bratislava: Public promotion. 2008. 251 s. ISBN 978-80-96994-40-3.
- BIELIKOVÁ, M. 2002. *Záškoláctvo a jeho príčiny vo vybraných okresoch SR*. 1. vyd. Bratislava: Ústav informácií a prognóz školstva. 2002. 31 s.
- CINA, S.: 2010, Analýza niektorých súčasných postojov rómskych rodičov k vzdelaniu, k možnostiam vzdelávania svojich detí, In: KOSOVÁ, I., SCIRANKOVÁ, D.: 2010. Cesta ku vzdelaniu – Way to education, Inovácie vzdelávania ako prostriedok ku zvyšovaniu vzdelanostnej úrovne rómskych detí a mládeže z málo podnetného prostredia, Zborník príspevkov z celoslovenskej konferencie o vzdelávaní, QUO VADIS Zvolen 2010, s. 89-98, ISBN 978-80970452-0-3
- JEDLIČKA, R. 2011. *Výchovné problémy s žákmi z pohľadu hlbinné psychologie*. 1. vyd. Praha: Portal. 2011. 246 s. ISBN 978-80-73677-88-6.
- KLEIN, V., RUSNÁKOVÁ, J., ŠILONOVÁ, V.: Nultý ročník a edukácia rómskych žiakov, Táto publikácia bola vydaná v rámci realizácie projektu Roma Education Fund (REF), Spišská Nová Ves 2012, ISBN 978-80-971181-0-5.
- KLIMOVIČ, M., KLIMOVIČOVÁ, H.: 2013, *Rozvíjame komunikačné zručnosti žiakov (z marginalizovaných rómskych komunit)*, Metodicko-pedagogické centrum Bratislava 2013, 83 s. ISBN 978-80-8052-524-8.
- KUBIČKOVÁ, D., 2013 - Problematika rómskych rodín a iných marginalizovaných skupín v SR In: HARDY, M. – BRIŠŠÁKOVÁ, J. – MÁTEL, A. (eds.), 2013. *Rodinná politika na Slovensku a v Európskej únii*. Zborník z medzinárodnej vedecko-odbornej konferencie. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2013.333 s. ISBN 978–80–8132–084-2.
- MINISTERSTVO ŠKOLSTVA, VEDY, VÝSKUMU A ŠPORTU SLOVENSKEJ REPUBLIKY: 2014, Pedagogicko-organizačné pokyny na školský rok 2014/2015, [online],[citované 2014-11-12]. Dostupné na internete: www.minedu.sk/pedagogicko-organizacne-pokyny-na-skolsky-rok-20142015/
- PETRASOVÁ, A., PORUBSKÝ, Š.: 2013, *Vzdelávacie cesty rómskych žiakov zo sociálne znevýhodneného prostredia, správa z výskumu*, Nadácia otvorenej spoločnosti – Open Society Foundation, Bratislava 2013, s. 95, ISBN 978-80-89571-08-6.
- SELICKÁ, D. 2003. *Vzdelávanie Rómov na Slovensku*. Ružomberok : KU, 2003. 79 s. ISBN 978-80-8084-781-4.
- VANSÁČ, P., JURAŠEK, M., IVANČO, J., Princípy efektívnej komunikácie učiteľa so žiakmi nultých ročníkov, In: ADAM, G., VANSÁČ, P., ADAMOVÁ, I., KOLLÁROVÁ, Ž., *Sociálny rozvoj s akcentom na komunikáciu ako nástroj pre zvyšovanie kvality života v štátoch Európy*, Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie, Vysoká škola

zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o. v Bratislave, Detašované pracovisko Košice - bl. Z.G. Mallu Košice 2015, s. 177 – 189, ISBN 978-808132-135-1.

ZELINA, M.: Cesty edukácie Rómov, In: KOSOVÁ, I., SCIRANKOVÁ, D.: 2010. *Cesta ku vzdelaniu – Way to education*, Inovácie vzdelávania ako prostriedok ku zvyšovaniu vzdelanostnej úrovne rómskych detí a mládeže z málo podnetného prostredia, Zborník príspevkov z celoslovenskej konferencie o vzdelávaní, QUO VADIS Zvolen 2010, s. 8-13, ISBN 978-80970452-0-3

Zákon č. 36/2005 Z. z. o rodine a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 596/2003 Z. z. o štátnej správe v školstve a školskej samospráve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálno-právnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 600/2003 Z. z. o prídavku na dieťa a o zmene a doplnení zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení (v znení č. 485/2004 Z. z., 532/2007 Z. z., 554/2008 Z. z., 516/2009 Z. z., 336/2010 Z. z., 180/2011 Z. z., 388/2011 Z. z., 411/2011 Z. z., 468/2011 Z. z., 384/2012 Z. z., 433/2013 Z. z., 450/2013 Z. z., 125/2016 Z. z.)

Zákon č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon

Kontaktná adresa

JUDr. Marcela Chomová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

Palackého č. 1

P.O. Box 104

810 00 Bratislava

marecela.chom@gmail.com

SÚČASNÉ TRENDY SOCIÁLNEJ PRÁCE S MIGRANTMI

¹Jurašek Martin, ¹Jacko Lubomír

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava - Detašované pracovisko Michalovce, Ústav Bl. Metoda Trčku

²Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave - Ústavu sociálnych vied a zdravotníctva. bl. P. P. Gojdiča v Prešove

Anotácia

Migrácia ako novodobý fenomén našej doby v poslednom období značne rezonuje v médiách, čo je zapríčinené zložitou situáciou v oblasti Blízkeho Východu a časti Afriky. Následkom toho sú migračné vlny smerujúce z východu na západ, z oblastí Sýrie cez Turecko do Európy, či už cez Stredozemné more, alebo popri Čiernom mori smerom ku krajinám patriacim do Európskej únie. Súčasný trendy sociálnej práce s migrantmi zahŕňajú v sebe určité špecifiká, ktoré sa najčastejšie vyskytujú pri práci s takou rôznorodou komunitou, akou sú migranti. Prvou prekážkou pri sociálnej práci s migrantmi je jazyková bariéra, ktorá neumožňuje vo väčšine prípadov priamu komunikáciu medzi sociálnym pracovníkom a migrantom, ale musí prebiehať prostredníctvom tlmočníka. Medzi ďalšie špecifiká môžeme uviesť rôznu kultúru, zvyky a obyčaje, náboženstvo či mentalitu rôznych oblastí, z ktorých migranti pochádzajú. Špecifickú skupinu migrantov tvoria maloletí bez sprievodu, ktorí sa na našom území nachádzajú bez zákonného zástupcu a pri riešení ich zložitej situácie sa nemalou mierou podieľa okrem špeciálneho pedagóga, psychológa či vychovávateľa aj sociálny pracovník. Vzhľadom k špecifikám sociálnej práce s migrantmi by bolo vhodné zamestnávať ako sociálnych pracovníkov tých migrantov, ktorí sa už na našom území integrovali do spoločnosti, komunikujú viacerými jazykmi, poznajú špecifiká mentality určitých oblastí, náboženstva, kultúr či spoločenstiev. Vykonávanie sociálnej práce s migrantmi si vyžaduje vysokú profesionalitu, empatiu a citlivý prístup k nim.

KLúčové slová: Migranti. Sociálna práca. Utečenci. Legálna migrácia. Nelegálna migrácia.

Annotation

Migration as a modern phenomenon of our time recently resonates widely in the media, which is due to the difficult situation in the Middle East and parts of Africa. As a consequence, are facing waves of migration from east to west, from Syria through Turkey to Europe, whether from the Mediterranean Sea or along the Black Sea towards the countries belonging to the European Union. Current trends of social work with migrants include certain specifications, which are most often encountered when working with such a diverse community such as migrants. The first obstacle to social work with migrants is the language barrier, which in most cases does not allow direct communication between social workers and migrants, but must take place through an interpreter. Other specifics may be mentioned various cultures, customs and traditions, religion and mentality of different areas from which migrants originate. Specific group of migrants are unaccompanied minors who are in our country without a legal representative and to solve their difficult situation is in no small way contributes excluding special pedagogue, psychologist or educator and social worker. Given to the specificities of social work with migrants it would be appropriate to employ social

workers as those migrants who are already in our country integrated into society, communicate multiple languages, know the specifics of mentality of certain regions, religions, cultures and communities. Implementation of the social work with migrants requires a high level of professionalism, empathy and sensitivity to them.

Key words: Migrants. Social work. Refugees. Legal migration. Illegal migration.

Predslov

Za migráciu môžeme označiť životnú udalosť človeka, ktorá mu prináša veľké zmeny, ale aj značnú mieru stresu. Nevieme si predstaviť, aké traumy a stresy prežívajú ľudia, ktorí opúšťajú svoje domovy zo strachu a odchádzajú do pre nich neznámych krajín. Prekonať tieto traumy a stresy, ako aj uľahčiť im prvé kroky v novej krajine sa snaží sociálna práca. Migrácia výrazne ovplyvňuje nielen politiku, ekonomiku, bezpečnosť štátu, ale aj sociálne aspekty. Migrácia je fenomén, ktorý výrazne ovplyvní našu budúcnosť, čo môžeme konštatovať aj na základe aktuálnych udalostí v jednotlivých štátoch Európskej únie, kde migrácia a problematika medzinárodnej ochrany sú jedným z prvoradých úloh. Dôsledkom migrácie do krajín Európskej únie je ich rastúca etnická, kultúrna ale aj náboženská rozmanitosť, s ktorou súvisia celé rady problémov, ktoré musia členské štáty promptne riešiť. S migráciou je úzko spätá aj téma utečenectva, ktorá je v súčasnej dobe veľmi aktuálna v spojitosti s maďarsko – srbskou hranicou, situáciou v Stredozemnom mori a v Sýrii. Príchodom na naše územie neprichádzajú k nám len ľudia, ale aj ich osudy, problémy, traumy, kultúra, náboženstvo a v neposlednej rade aj ich mentalita. Aj keď je Slovensko z pohľadu medzinárodnej migrácie stále považované za tranzitnú krajinu, je potrebné rešpektovať migrantov ako osobnosti, ktoré majú tiež svoje práva, pocity a svoje osudy.

Sociálna práca s migrantmi

Migranti sú špecifickou skupinou klientov sociálnej práce, avšak definícia sociálnej práce s migrantmi nie je jednotná a spája v sebe poznatky z viacerých odborov. Kuric (1997, s. 20) definuje túto sociálnu prácu ako „*pomerne široký komplex cieľených aktivít, zameraných na hľadanie trvalého riešenia situácie jednotlivcov, rodín i utečeneckej komunity ako celku, teda predovšetkým ich adaptáciu a tiež integráciu do spoločnosti.*“ Sedláková (2009, s. 4) uvádza, že cieľom sociálnej práce s migrantmi je „*okrem zlepšenia ich života najmä zabránenie sociálnej izolácie. Predovšetkým je nutné pomôcť im prekonať emocionálne a psychické traumy, ktoré ich viedli k opusteniu domova a ktoré sú prítomné minimálne v začiatkoch života v cudzine, pomôcť im zmobilizovať vlastné vnútorné zdroje a schopnosť poradiť si s problémami, aby sa dokázali vyrovnáť so životom v novom sociálnom prostredí, uľahčiť im prispôbenie a integráciu v cudzej krajine, odstraňovať štruktúrne prekážky, ktoré by ich udržiavali v sociálnej izolácii a bránili im rozvinúť sa v hostiteľskej krajine.*“

Z uvedenej definície môžeme definovať hlavné ciele sociálnej práce s migrantmi:

- pomoc pri prekonávaní psychickej a emocionálnej traumy,
- zmobilizovať ich vlastné sily k riešeniu problémov,
- uľahčiť integráciu v hostiteľskej krajine,
- snažiť sa odstrániť prekážky, ktoré udržiavajú migrantov v izolácii od majoritnej spoločnosti.

Sociálna práca s migrantmi ako špecifickou komunitou je náročná, pretože ide o heterogénnu skupinu klientov – rôzny jazyk, náboženstvo, sociálne zaradenie, rôzne kultúry, vek a v neposlednej rade aj rôzne vzdelanie. Sociálna práca s migrantmi má svoje základy už v antickom Grécku, kde im náboženstvo ukladalo pohostiť a uvítať cudzinca. V dnešnej situácii, kedy v médiách zaznamenávajú správy o rôznych migračných vlnách, sa musí komunita migrantov venovať zvýšená pozornosť nielen na úrovni politickej, ale aj na sociálnej úrovni. Je potrebné si uvedomiť, že ide o veľmi špecifickú komunitu ľudí, ktorí prichádzajú či už legálne alebo nelegálne na naše územie s cieľom usadiť sa a začleniť sa do spoločnosti. Práve v tom má im byť okrem iného nápomocná aj sociálna práca. Sociálna práca s migrantmi sa vykonáva prostredníctvom sociálnych pracovníkov. Podľa Žákovéj (2006) sociálny pracovník pri práci s migrantmi - utečencami sa má snažiť odstrániť alebo minimalizovať traumy, ktoré počas cesty ale aj v domovskej krajine zažili a pomôcť im prispôsobiť sa novej spoločnosti, zvykom aj kultúre. Sociálny pracovník usmerňuje klienta – utečenca k tomu, aby svoje problémy postupne začal riešiť sám – „*pomoc k svojpomoci*“.

Špecifiká sociálnej práce s migrantmi

„V sociálnej práci sa prikláňame k humanistickej koncepcii, ktorej základom je rešpektovanie a prijímanie klienta takého, akým je, so zachovávaním jeho vlastnej dôstojnosti a práva slobodne sa rozhodovať, v praxi sociálnej práce to znamená poskytnúť klientovi možnosti a nie riešenia, pretože riešenie sociálnej situácie klienta prichádza až vtedy, ak sa on sám stotožnil s možnosťou riešenia svojej životnej situácie. Vtedy možno hovoriť o účinnosti sociálnej práce, ak ťažiskom je klient a jeho rozhodnutie“ (Maslen, Brnula, 2004, s. 80). Samotné presťahovanie prináša totiž materiálne a sociálne problémy a často aj ďalšiu traumatizáciu. Ľudia, ktorí opustili svoje domovy, svoj majetok, stratili svoj pôvodný sociálny status, svoje rodiny, sa zrazu ocitnú v akomsi provizóriu. Sú vystavení mnohým ťažkostiam ovplyvňujúcim ich pocit pohody, bezpečia, vyhliadky do budúcnosti. Faktory ovplyvňujúce situáciu každého migranta možno rozdeliť na premigračné: osobnosť, vek, zdravotný stav, prežité násilie, straty a postmigračné: jazyková bariéra, odlúčenie od rodiny, kultúrna odlišnosť, frustrácia, nezamestnanosť či prejavy rasizmu v hostiteľskej krajine. Migranti, ktorí prichádzajú k nám z rôznych kútov sveta, pochádzajú zo všetkých spoločenských vrstiev a majú rôznu úroveň vzdelania. Majú za sebou rozdielne životné príbehy ako aj odlišné dôvody, ktoré ich viedli k opusteniu domovskej krajiny. Dôvody, vedúce k opusteniu domovskej krajiny môžu byť rôzne, od ozbrojených konfliktov, prenasledovania kvôli politickému názoru, vierovyznaniu, príslušnosti k určitej sociálnej skupine až po prírodné katastrofy. Väčšina migrantov však na naše územie prichádza legálne, slobodne opúšťajú svoje doterajšie domovy a prichádzajú sa usadiť prechodne alebo natrvalo na naše územie. Dôvody sú taktiež rozdielne: od nasledovania svojho rodinného príslušníka, cez štúdium, prácu, podnikanie až po vykonávanie športovej či vedeckej činnosti. Málktorá kultúra je čisto homogénna, izolovaná a úplne nezávislá na ostatných kultúrach, už od dávnej minulosti sa určite susedné kultúry veľmi ovplyvňovali, preberali jednotlivé prvky a prispôbovali sa. V dnešnej dobe nemôžeme povedať, že niektorá kultúra je čisto homogénna, žijeme v multikultúrnej spoločnosti. Príchodom migrantov na Slovensko sa nesnažíme ich prispôsobiť našej kultúre, ale ponechávajú si svoje kultúrne špecifiká a tieto im nebránia ani

neznemožňujú zúčastňovať sa všetkých aspektov spoločenského života našej spoločnosti. Prvý problém, na ktorý pri sociálnej práci s migrantmi môžeme naraziť, je jazyková bariéra. Jazyková bariéra je jedným z najzreteľnejších ukazovateľov celého komplexu špecifik, označených ako sociokultúrne špecifikum. Zloženie migrantov sa v poslednom čase značne líši od zloženia pred desiatimi rokmi a tomu sa musí prispôbovať aj sociálna práca s migrantmi. Nie je možné, aby sociálny pracovník ovládal toľko jazykov, aby sa dohodol so všetkými klientmi – migrantmi. Prvoradým špecifikom pri komunikácii s migrantmi je rozdielny jazyk a následné využitie tlmočnických služieb. Nie každý migrant, ktorý prichádza na naše územie ovláda aspoň jeden zo svetových jazykov, je to dané krajinou pôvodu migranta, vzdelaním či vyspelosťou krajiny, z ktorej pochádza. Pri zabezpečovaní tlmočnickov z rôznych jazykov v praxi nastávajú problémy, pretože naši migranti niekedy pochádzajú z takých oblastí, ktoré majú svoj špecifický jazyk alebo nárečie a nedorozumejú sa s ostatnými migrantmi pochádzajúcimi z okolitých oblastí. V takýchto prípadoch sa v praxi využíva tlmočenie pomocou dvoch tlmočnickov, čo je ale zdĺhavé a pri tlmočení môže nastať skreslenie relevantných údajov. Podstatnou popri verbálnej komunikácii je aj neverbálna komunikácia. Určité výrazy, ktoré bežne používame v našej kultúre, nemusia mať ten istý význam v inej kultúre. Sociálny pracovník musí mať poznatky aj o krajine pôvodu migranta ako aj o politickej, kultúrnej a sociálnej situácii v danej krajine. Migranti, ktorí sa chcú usadiť a zostať žiť na našom území sú si vedomí, že sa musia úspešne integrovať do majoritnej spoločnosti. Táto ich integrácia musí prebiehať aj na kultúrnej úrovni, kedy sa utečenec musí naučiť jazyk majoritnej spoločnosti. Bez ovládania jazyka majoritnej spoločnosti nie je možná úspešná integrácia, migrant nemôže nadviazať sociálne vzťahy s príslušníkmi majoritnej spoločnosti, nájsť si adekvátne zamestnanie a je pre neho problematická aj každodenná komunikácia s príslušníkmi majoritnej spoločnosti. K úspešnej integrácii neodmysliteľne patria intenzívne kurzy slovenského jazyka, pretože čím skôr sa utečenec naučí komunikovať v jazyku majoritnej spoločnosti, tým skôr sa dokáže stať jej plnohodnotným členom. Migranti si uvedomujú potrebu komunikácie v jazyku majoritnej spoločnosti, ale v začiatkoch ich integrácie na našom území stále komunikujú so sociálnymi pracovníkmi buď v anglickom jazyku alebo prostredníctvom tlmočníka. Pokiaľ tlmočník pochádza z „ich krajín“, získavajú aj od neho prvotné informácie o našej spoločnosti, podmienkach pobytu, často sa ho pýtajú, ako to bolo, keď on prišiel na naše územie. Migranti v takýchto prípadoch viac komunikujú s tlmočníkom ako sociálnym pracovníkom, majú k nemu väčšiu dôveru už len kvôli tomu, že pochádza z im blízkych krajín a je tak ako oni „cudzincom“ v našej krajine. Maloletí bez sprievodu sú špecifickou skupinou migrantov. Sú to neplnoleté osoby nachádzajúce sa na území Slovenskej republiky bez sprievodu rodičov alebo príbuzných. Ochrana maloletých bez sprievodu vyžaduje špecifické opatrenia už len kvôli tomu, že môže ísť o obeť obchodovania s ľuďmi. Ďalej je potrebné mať na zreteli aj fakt, že vzhľadom k svojmu veku a stupňu vývinu potrebujú pre uplatnenie svojich práv opatrovníka. Za opatrovníka môže byť maloletému bez sprievodu súdom ustanovený príbuzný alebo iná osoba, ku ktorej má blízky vzťah, ak takáto osoba nie je, je opatrovníkom príslušný úrad práce, sociálnych vecí a rodiny v územnom obvode, v ktorom sa maloletý bez sprievodu našiel. Pokiaľ osoba ustanovená za opatrovníka požiada o udelenie azylu, môže súčasne požiadať o udelenie azylu aj pre maloletého bez sprievodu. Ak je za opatrovníka ustanovený príslušný úrad práce, sociálnych

vecí a rodiny, môže ten v mene maloletého požiadať o udelenie azylu. Do nadobudnutia účinnosti poslednej novely zákona č. 48/2002 Z.z. o azyle a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov dňa 20. júla 2015, boli maloletí bez sprievodu po začatí konania o azyle umiestňovaní v azylových zariadeniach. Spomínaná novela zákona o azyle ponechala aj po začatí konania o azyl maloletých bez sprievodu v zariadení sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately, teda v detskom domove, kde sú lepšie zabezpečené jeho potreby. Pri vykonávaní sociálnej práce s maloletými bez sprievodu je potrebné dodržiavať niekoľko zásad, prispôbovať činnosti jeho záujmom, rešpektovať ich prania a názory, umožniť im udržiavať si svoju kultúru a v prípade potreby prizvať k určitým činnostiam tlmočníka. Maloletým bez sprievodu je potrebné poskytovať dostupné informácie týkajúce sa situácie v ich domovskom štáte, po podaní žiadosti o udelenie azylu informovať ich o prebiehajúcom konaní, začleniť ich do kolektívu, umožniť im vzdelávanie. Pracovníci, ktorí prichádzajú do styku s maloletými bez sprievodu musia prejsť rôznymi odbornými školeniami. Mladé dievčatá a ženy majú vo svojich domovských krajinách odlišné postavenie ako ženy a mladé dievčatá v našej spoločnosti. To vychádza z ich náboženstva (väčšinou ide o moslimky), zvyklostí a obyčajov v ich krajine ako aj sociálneho postavenia. Nie je nezvyklé, že mladé dievčatá a ženy, ktoré prichádzajú na naše územie sú negramotné, nikdy nenavštevovali žiadnu školu, nikde nepracovali, pomáhali len v domácnosti a boli pripravované len na role matky a ženy v domácnosti. V takýchto prípadoch je výhodnejšie, aby sociálnu prácu s touto skupinou vykonávala žena a pokiaľ je to možné, aj ako tlmočnicu zabezpečiť ženu. Je potrebné v týchto prípadoch využívať sociálnu prácu s jednotlivcom alebo so skupinou, ale tvorenou tiež len ženami a mladými dievčatami. V prípade skupinovej sociálnej práce je výhodné uprednostniť ako skupinu celú rodinu a nezaraďovať k jednej rodine ďalších mužov. Ženy a mladé dievčatá sa v azylových zariadeniach aj integračnom stredisku umiestňujú samostatne, musia sa zohľadňovať ich špecifické potreby z hľadiska zdravotných problémov, fyziológie a treba brať do úvahy aj záťaž žien – matiek, ktoré sú často v nových podmienkach veľmi preťažované, nakoľko je na nich celá starostlivosť o rodinu a výchova detí. Obdobne sa zohľadňujú potreby migrantov aj pri práci s deťmi alebo seniormi, kedy je potrebné prihliadať na ich špecifické potreby, postavenie a zdravotný stav.

Utečenci ako špecifická skupina migrantov

Utečencom je cudzinec, migrant, ktorému bola podľa Ženevskej konvencie poskytnutá medzinárodná ochrana. Právne postavenie utečencov podľa medzinárodného práva zaručuje Dohovor o právnom postavení utečencov z roku 1951, tzv. Ženevská konvencia a Protokol týkajúci sa právneho postavenia utečencov z roku 1967. Dôležitou súčasťou Ženevskej konvencie je právna úprava zákazu vyhostenia alebo vrátenia (non-refoulement), ktorá zakazuje príslušnej krajine vyhostiť utečenca ani ho vrátiť na územie, kde by bol ohrozený jeho život alebo sloboda. Utečenci sú špecifická skupina migrantov, ktorá opúšťa svoju krajinu z donútenia, sú ohrození na živote, prenasledovaní pre svoje politické, náboženské názory či etnickú príslušnosť. Aj keď odchádzajú dobrovoľne zo svojej krajiny, jedno majú spoločné s ostatnými migrantmi – chcú si zlepšiť svoju životnú úroveň, ako aj životnú úroveň celej svojej rodiny, s ktorou poväčšine migrujú. Cieľovou krajinou utečencov je akákoľvek slobodná krajina, krajina Európskej únie, kde by sa cítili bezpečne a mohli spokojne žiť.

Aj u utečencov sa riadi výber cieľovej krajiny podľa úrovne ekonomickej situácie v krajine, a preto skôr preferujú krajiny západnej Európy ako východnú alebo strednú Európu. Z toho dôvodu pre väčšinu utečencov je Slovenská republika len tranzitnou krajinou. Práca so žiadateľmi o azyl je veľmi náročnou prácou, pretože ich problémy sa môžu veľmi často zdať ako neriešiteľné. V procese pomoci sa musí snažiť sociálny pracovník prekonať pasivitu klienta. Odbúraním pasivity sa vytvára potrebná aktívna spolupráca klienta na aktivitách vyvíjaných sociálnymi pracovníkmi. Veľmi dôležité je pochopenie hlavného problému žiadateľov o azyl. Cieľom sociálnej práce so žiadateľmi o azyl je zase pomôcť žiadateľovi o azyl prekonať krízovú situáciu spojenú s odchodom z domova, príchodom do nového prostredia, ktoré je kultúrne a poväčšine aj sociálne odlišné od prostredia domovskej krajiny, pomôcť žiadateľovi o azyl a sprevádzať ho pri bežných každodenných úkonoch v novom prostredí a v neposlednej rade aj pri prekonávaní určitej jazykovej a náboženskej bariéry. Problém sociálnej práce so žiadateľmi a azyl je v dnešnej dobe veľmi aktuálny, nakoľko v azylových zariadeniach sa v súčasnej dobe nachádzajú žiadatelia o azyl, ktorí pochádzajú z iných kultúrnych, náboženských aj politických prostredí a sociálna práca s nimi vyžaduje určité špecifické prístupy. Táto téma, aj keď je vysoko aktuálna, nie je jednoduchá a sociálny pracovník so žiadateľmi o azyl musí zvládať krízové situácie, ktoré mu zväčša komplikujú aj také veci ako jazyková bariéra, iné náboženské vierovyznanie a úplne odlišný spôsob života.

Legálna a nelegálna migrácia

Migrant môže na územie Slovenskej republiky vstúpiť legálne, alebo tiež nelegálne. Legálnym vstupom a pobytom označujeme vstup cudzinca na naše územie, ktorý je v súlade s medzinárodnými ale aj vnútroštátnymi normami upravujúcimi vstup a pobyt cudzincov na našom území. Najvýznamnejším právnym dokumentom celoeurópskeho charakteru je tzv. Kódex schengenských hraníc – Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 2016/399 z 9. marca 2016, ktorým sa ustanovuje kódex Únie o pravidlách upravujúcich pohyb osôb cez hranice. Prameňom vnútroštátneho práva upravujúceho vstup a pobyt cudzincov na území Slovenskej republiky je zákon č. 404/2011 Z.z. o pobyte cudzincov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Nelegálna migrácia podľa Medzinárodnej organizácie pre migráciu (IOM) je neoprávnené prekročenie hranice bez platných cestovných dokladov. Na nelegálnu migráciu sú v našej spoločnosti napojené ďalšie nelegálne aktivity, ako nelegálna práca, obchodovanie s ľuďmi a ďalšie. Za nelegálnu migráciu považujeme nielen neoprávnený vstup na územie Slovenskej republiky, tzv. neoprávnené prekročenie štátnej hranice, ale aj neoprávnený pobyt. Tento môže nastať aj po legálnej migrácii, legálnom vstupe cudzinca na naše územie po ukončení platnosti oprávneného pobytu. Štatistické údaje týkajúce sa nelegálnej migrácie na území Slovenskej republiky zahŕňajú v sebe počet migrantov, ktorí nelegálne prekročili štátnu hranicu na územie Slovenskej republiky alebo majú na území Slovenskej republiky neoprávnený pobyt a aj tých migrantov, ktorí na naše územie síce vstúpili legálne, ale z určitých dôvodov na našom území zotrvali aj po ukončení legálneho pobytu, a tak sa začali na území Slovenskej republiky zdržiavať neoprávnené. Legálna migrácia zahŕňa počty novopovolených pobytov migrantom na území Slovenskej republiky v danom období. Pre porovnanie si uvedieme tabuľku legálnej

a nelegálnej migrácie v uvedenom období a počet všetkých povolených pobytov na území Slovenskej republiky ku dňu 30. 06. 2016.

Tabuľka 1 Legálna a nelegálna migrácia na území Slovenskej republiky v rokoch 2014 až I. polrok 2016

Obdobie	Legálna migrácia (počet novopovolených pobytov)	Nelegálna migrácia (neoprávnený vstup a neoprávnený pobyt)
2014	17 178	1 304
2015	23 785	2 535
I. polrok 2016	11 384	977

(Zdroj: Ministerstvo vnútra SR)

Tabuľka 2 Počet povolených pobytov na území Slovenskej republiky k 30. 06. 2016

Štátni príslušníci	Počet
Tretie krajiny (okrem štátov EÚ)	37 217
Európska únia	87 966
SPOLU	125 183

(Zdroj: Ministerstvo vnútra SR)

Summary

K migrantom, legálnym či nelegálnym, je potrebné pristupovať veľmi citlivo, čo zo strany sociálneho pracovníka vyžaduje vysoký stupeň profesionality. Za hlavnú bariéru pri vykonávaní sociálnej práce s migrantmi môžeme považovať jazykovú bariéru. Táto by sa dala odstrániť intenzívnym jazykovým vzdelávaním sociálnych pracovníkov alebo zamestnávaním sociálnych pracovníkov z radov migrantov. Len ľudia, ktorí pochádzajú z rovnakých krajín ako migranti a poznajú mentalitu, kultúru a zvyky krajiny dokážu najlepšie porozumieť a pomôcť novoprichádzajúcim migrantom. Taktiež vykonávanie sociálnej práce so špecifickými skupinami migrantov, ako sú napríklad maloletí bez sprievodu, vyžaduje vysokú profesionalitu, empatiu a citlivý prístup k nim. Aj keď je Slovenská republika považovaná za tranzitnú krajinu, nemôžeme prehliadať sociálnu prácu s migrantmi, alebo jej nevenovať žiadnu pozornosť. Je to záslužná práca vykonávaná odborníkmi, ktorí svoju profesiu vykonávajú na vysokej odbornej úrovni za použitia všetkých svojich síl a schopností.

Použitá literatúra

BRNULA, P. 2008. *Sociálna práca so žiadateľmi o azyl a azylantmi*. Prešov: Akcent print, 2008. 86 s. ISBN: 978-80-89295-10-4.

Dohovor týkajúci sa právneho postavenia utečencov zo dňa 28. júla 1951, tzv. Ženevská konvencia.

Kódex schengenských hraníc – Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 2016/399 z 9. marca 2016, ktorým sa ustanovuje kódex Únie o pravidlách upravujúcich pohyb osôb cez hranice.

- KURIC, A. 1997. *Uprehľici a sociální práce*. 1. Vyd.Brno: Vzdělávací nadace Jana Husa, 1997. 38 s. ISBN 80-7178-429-X.
- MASLEN, J., BRNULA, P. 2004. *Sociálna práca s utečencami*. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca. 2004. 108 s. ISBN 80-89185-06-1.
- MINISTERSTVO VNÚTRA SLOVENSKEJ REPUBLIKY, 2016. [o n l i n e], 2016. Dostupné na internete: <http://www.minv.sk>.
- PRIECEL, B. 2012. *Ludia ako my. Migrácia a azyl v podmienkach Slovenskej republiky*. Bratislava: Migračný úrad SR, 2012. 64 s.
- SEDLÁKOVÁ, M. 2009. Pobyť cudzincov a poskytovanie azylu v legislatíve Slovenskej republiky. In: *Migrácia – chudoba – nezamestnanosť. Zborník z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou, KSK a FF UPJŠ Košice*. Košice : Košický samosprávny kraj, 2009. 38 s. ISBN 978-80-970306-0-5.
- Zákon č. 404/2011 Z.z. o pobyte cudzincov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení.
- ŽÁKOVÁ, M. 2006. *Azylová problematika na Slovensku z pohľadu sociálnej práce*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, 2006. 79 s.

Kontaktná adresa

doc. ThDr. PaedDr. Martin Jurašek, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava

Detašované pracovisko Michalovce, Ústav BI. Metoda Trčku

MIESTO IKONOGRAFIE AKO SÚČASTI SPIRITUÁLNEHO ŽIVOTA KREŠŤANSKEJ KOMUNITY

Kochan Pavol

Pravoslávna bohoslovecká fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, Katedra praktickej
a systematickej teológie

Abstract

Iconography appears to be one of the options for expressing the Church's teaching from the Orthodox theological perspective. The icon as the image of real has its importance, especially in soteriology, i.e. the salvation of man. Today we see attempts iconography incorporated into socio-psychological sphere where it becomes an effective instrument in the service of therapy. Its important position clear from the actual content, i.e. spiritual level and the impact on human life, especially within the Christian community. In this short study based on several examples we clarify the contents of this impact and the actual subject of iconography within the spiritual life of man as an individual and, also as a part of the community.

Key words: Iconography. Orthodoxy. Church. Soteriology. Art-therapy.

Úvod

Krešťanská Cirkev sa vo svojom učení opiera o dva dôležité a rovnocenné pramene - Sväté Písmo a svätú tradíciu. Do svätej tradície spadá prakticky celý teologicko - liturgický život Cirkvi, v rámci ktorej tu nachádzame aj podstatnú časť cirkevného umenia – ikonografiu. Ikona v krešťanskom učení je zachytením zbožšteného, alebo tiež večného. Nejde tu o vyjadrenie vonkajšieho vzhľadu, ale o vnútorný stav človeka, ktorý svojim životným úsilím dosiahol theosis. Z tohto pohľadu ikona má predovšetkým soteriologický význam. V súčasnosti, v priebehu posledných rokov, vidíme snahy, či pokusy, včleniť ikonografiu do sociálno-psychologickej oblasti, kde sa stáva účinným nástrojom v službách arteterapie. Jej dôležité miesto vyplýva z jej samotného obsahu, t. j. duchovnej (spirituálnej) roviny a vplyvu na život človeka, obzvlášť v rámci krešťanskej komunity. V tejto krátkej štúdií na základe niekoľkých príkladov objasníme obsah tohto vplyvu ako aj samotný predmet ikonografie v rámci duchovného života človeka ako jednotlivca a zároveň súčasťi spoločenstva.

Krátko z histórie

Pri pomenovaní „ikonografia“ vychádzame z gréckeho výrazu εικονογραφία, ktorý pozostáva z dvoch slov εικόν a γράφειν, čo v preklade znamená písanie obrazu, resp. v teologickom chápaní ikona je teológia zachytená v grafickom, obrazovom ponímaní. Každá čiara, každá farba, každý detail má svoj teologický podklad a význam. Samotná príprava a následná realizácia je výsledkom modlitebného sústredenia. Modlitba je najčistejšia teológia zachytávajúca jednotlivé zjavené Božie pravdy overené a potvrdené životom celého cirkevného spoločenstva. Modlitba spojená s pôstom a ďalšími atribútmi askézy človeka predstavuje orthodoxiu realizovanú v praxi. Všeobecne v umení je ikonografia považovaná za storočiami vyvinutý špecifický štýl cirkevného maliarstva, ktorého rozkvet zaznamenávame najmä v byzantskom období. V teologickom chápaní ikona ako obraz

skutočného má predovšetkým soteriologický význam. Pomáha pochopiť skutočnú pravdu, t. j. pravdu o Bohu, čím človeku umožňuje preniknutie do nebeského. Ikona patrí medzi najstaršie oblasti kresťanského umenia. Podľa tradície Cirkvi prvé ikony neboli zhotovené konkrétnym človekom. V histórii sú spomínané ako odtlačok tváre Božieho Syna na uteráku svätej Veroniky, na plátne pre Abgara V. a tiež na turínskom plátne. Prvým tvorcom ikon bol podľa cirkevnej tradície svätý apoštol a evanjelista Lukáš, ktorý zhotovil ikonografické zobrazenia Božej Matky so Synom a niektorých svätých (apoštolovia Peter a Pavol) na žiadosť samotnej Božej Matky. Z týchto Lukášových ikon sú niektoré dodnes zachované pod názvami: Čajničská (Republika Srpska, Bosna a Hercegovina), Czestochowska (Poľsko), alebo Kikkotissa (Cyprus). V priebehu histórie sa ikona vyvíjala vlastným špecifickým spôsobom a napriek snahám o jej „modernizáciu“ v súčasnosti, väčšina ikonografických škôl a štúdií ostáva verná pôvodnému vyvinutému štýlu byzantskej ikony.

Obrázok 1 Ikona z 10. st. zachytáva Abgara V. s plátnom s odtlačkom tváre Christa. Ikona sa nachádza v monastieri sv. Kataríny na hore Sinaj.



(Zdroj: <https://gatesofnineveh.files.wordpress.com/2011/06/painting-of-abgar-v-10th-cent-st-catherines-monastery-sinai.jpg>)

Z teologického hľadiska ikonografia má nezastupiteľné miesto v spirituálnom živote každého kresťana a zároveň je prostriedkom, ktorý vplýva na celkový duchovný život celého spoločenstva. Ikona má výchovný faktor. Najpodstatnejšie základy učenia Cirkvi sú zachytené v tzv. dogmách, ktoré boli vyjadrené a neochvejne vyhlásené za autoritu otcami Cirkvi na všeobecných snemoch v prvom tisícročí kresťanstva. Učenie Cirkvi sa však nevyčerpáva v dogmatizovaní. V histórii nachádzame aj iné možnosti vyjadrenia tohto učenia: liturgický život, tradícia, architektúra, spev, ikonografia. V prípade aj nedávnej minulosti, kedy vzdelanie bolo privilegiom malej skupiny spoločnosti, ikonografia sa stala najefektívnejším prostriedkom pre vzdelávanie aj výchovu. Mnohí kresťania boli vzdelávaní obrazom, ktorý zachytával život Božieho Syna, jeho mesiášske dielo a postupne aj životy zástupov svätých, ktorí opisom svojho života na ikone priamo ovplyvňovali osobný (hlavne duchovný) život jednotlivcov aj celých spoločenstiev. Príkladom môže byť zmena v osobnom živote, alebo tiež vznik spoločenstva v rámci nejakej miestnej Cirkvi, ktoré sa na základe skutkov konkrétného svätého začalo venovať činnosti v oblasti misie, filantropie a pod.

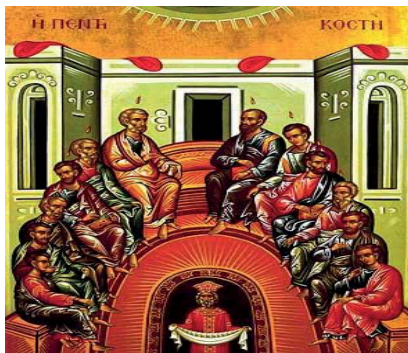
Ikonografia ako prostriedok terapie a súčasť spirituálneho života

Ak čítame jednotlivé štúdie alebo osobné vyjadrenia odborníkov, ktorí sa profesionálne venujú ikonografii, v súlade s cirkevnými Otcami vyjadrujú, že ikona je zhotovená vždy do najmenších detailov, ktoré spolu tvoria komplexný obraz, preto každý detail zachytený na ikone má svoje opodstatnenie. Ikonografia má svoje striktné pravidlá, napriek tomu je možné sledovať určité pozitíva jej využitia v terapii. Rovnako ako tu nachádzame maximálny kontrast medzi pozemským, pomimutelným a materiálnym z jednej strany a nebeským, trvalým a nadmyslovým na strane druhej, aj autor (zhotovovateľ) ikony sa dostáva do stavu, kedy ustupujú fyziologické potreby a nastupuje silnejšie vnútorné sústredenie. Ikonograf sa dostáva do stavu stotožňovania sa s vnútornou povahou ikony, ktorej výsledkom je uspokojenie a radosť, čím sa postupne eliminuje stav úzkosti. Z technického hľadiska autor (ktorý je zároveň aj pacientom alebo klientom) vstupuje do najvyššieho sústredenia, pretože presné prevedenie každého ťahu štetcom, každá línia, jej predpísaná hrúbka a dĺžka odpútava autora od každodenných problémov, a v tej chvíli autor neanalyzuje svoj osobný život, ale dostáva sa do stavu, kedy zmyslom života je „teraz“ a „tu“. Takéto plné chvíľkové sústredenie napomáha znižovať pocity úzkosti zo životných problémov (Župina, 2014). Pozitívom ikonografie je aj skutočnosť, že autor pracuje so živými materiálmi, ako je vaječná emulzia zložená zo žltka, vína, prípadne vody, a minerálne prvky, ktoré sú obsiahnuté v jednotlivých farbách. Farby sú pripravované krúživým pohybom, kde symbol kruhu je často používaný pri meditatívnych stavoch. Aj technika nanášania farieb a tieňovania od tmavých k najsvetlejšim má svoje dôležité vyjadrenie. Ak autor začína od najtmavšej farby a postupuje k najsvetlejšiemu odtieňu, končiac niekde pri bielej, akoby prechádzal svojím vlastným, osobným putovaním, chaosom a temnom neznalosti alebo nevedomia k jasnemu svetlu poznania. Rozhodne dôležitým pozitívom je fakt, že po dokončení celej ikony, ktorej zhotovenie bolo naplnené námahou dodržania všetkých kritérií a predpisov, ikonograf nadobúda vyššie sebavedomie v seba a svoje schopnosti (Серебрянникова, 2012). Ikonograf síce musí dodržiavať presné pravidlá ikonografie, napriek tomu tu nachádzame možnosť slobodného výberu, ktorý môže podliehať analýze. Ide o slobodný výber obsahu ikony. Spravidla si človek vyberá ikonu Isusa Christa, Božej Matky, svätého, ktorého mena je nositeľom, výnimočnejšie je to sviatok alebo historicko - teologický výjav. Len zriedkavo si jednotlivец vyberá ikonu, ktorá zachytáva výjavy z knihy Zjavenia, ktorej hlavné témy sú Antichrist, posledný súd či zostúpenie do večného zatratenia. U klienta sa dajú sledovať ešte dva atribúty s výberom a prípravou ikony: výber farieb a technika, akú používa, resp. zvláda. U farieb je dôležité všimnúť si, aké farby prevládajú na vybranej ikone. Jednotlivé farby majú svoj vnútorný význam, ako napríklad zelená znamená život, modrá čistotu, zlatá večnosť, čierna smrť a pod. Z technického zvládania je dôležité všimnúť si schopnosť zvládania ťahov, ich prevedenie, prekonávanie počiatočných neistôt a pod. Nakoniec ikona odkrýva ešte jeden dôležitý prvok, ktorý je možné analyzovať. Ikona podlieha pravidlu, že objekty, ako sú budovy, zvieratá, rastliny a tiež odev a vzhľad postáv sú jednoduchších tvarov. Naproti tomu tvár svätého je prevedená do najmenších detailov, teda detailne je v popredí to, čo je na ikone dôležité. Analýze môže podliehať práve fakt, na čo sa autor sústreďí, čo považuje za dôležité a ako zvláda detailné prevedenie.

Opis ikony sviatku päťdesiatnice

Sviatok Päťdesiatnice je známy tiež pod pomenovaním Zoslania (zostúpenia) Svätého Ducha. Ide o historickú udalosť, ktorej opis nachádzame v Novej zmluve (Sk 2, 1-4). Ikona, ako sme uviedli vyššie, nie je len zachytením niečoho z histórie, ale je zároveň okúsením, „oknom“ do mimočasového. Príkladom je práve spomínaná ikona, na ktorej sa nachádza svätý apoštol Pavol (zvyčajne sediaci postava hore vpravo), ktorý v historickom čase nebol kresťanom; stal sa ním až po obrátení cestou do Damasku. To isté môžeme hovoriť aj o ďalších postavách – Lukášovi a Markovi. Z geometrického hľadiska na ikone nachádzame niekoľkokrát opakujúci sa znak kruhu, resp. polkruhu – apoštolovia sedia v polkruhu vyjadrujú spoločenstvo, polkruh, z ktorého zostupuje Svätý Duch je znakom spoločenstva Troch Osôb jedného Boha, ktoré je reprezentované práve Svätým Duchom. Tento polkruh sa stáva zároveň zdrojom spoločenstva Cirkvi. V spodnej časti ikony sa nachádza ešte jeden polkruh, v ktorom vystupuje starý panovník akoby z tmy. Zvyčajne je pomenovaný ako Kozmos a predstavuje pozemskú autoritu. Je to ten, ktorý sedel v tme a tieni smrti a ukazuje na pomínelnosť sveta. Tma, v ktorej sedí, predstavuje smrť a hriech, v ktorom sa nachádza svet, ale moc Svätého Ducha cez apoštolov a ich zvestovanie zasahujú do sveta a prekonávajú pomínelnosť. V hornej časti sa nachádza medzi apoštolmi prázdne miesto. Je to „horné“ miesto učiteľa, okolo ktorého sú zhromaždení apoštolovia. Napriek tomu, že historicky Christos telesne vstúpil na nebesia, aby sa naplnilo prisľúbenie o poslaní iného Radcu (t. j. Svätého Ducha), ostáva naďalej neviditeľne prítomný vo svojej Cirkvi, ktorú sprevádza až do posledných dní tohto veku.

Obrázok 2 Ikona sviatku Päťdesiatnice.



(Zdroj: http://www.goarch.org/special/listen_learn_share/pentecost/index_html)

Záver

Prečo sme uviedli práve túto ikonu? Ikona Päťdesiatnice je ikonou Cirkvi ako spoločenstva. Zhromaždenie apoštolov vyjadrené na ikone je zhromaždením celej Cirkvi, ktorú v tomto prípade reprezentujú apoštolovia a celý kozmos. Neuzavretý, akoby polkruh apoštolov nie je náhodný. Upovedomuje všetkých, že každý, kto prijíma Boha, je vtiahnutý do tohto spoločenstva Cirkvi. Čitateľovi ikony dáva vedomie, že môže vstúpiť do priestoru, v ktorom nájde východisko na osobné ťažkosti a v ktorom akákoľvek prekážka sa stáva predmetom

celého spoločenstva, ktoré jednoduchšie prekonáva prichádzajúce okolnosti. Zároveň jednotlivec sa stotožňuje s faktom, že vstupuje do spoločenstva s ľuďmi a samotným Bohom, pretože cez liturgické (sviatostné) prežívanie sa zjednocuje so spoločenstvom, ktoré reálne vstupuje do duchovného života mimo času a priestoru. Ikonografia má svoje nenahraditeľné miesto v spirituálnom živote cirkevného spoločenstva, pretože nielen z historického hľadiska je pohľadom, truhlicou nevyčerpateľného duchovného bohatstva, ktoré pramení vo večnosti, nepochopiteľnej ľudským svetským životom, ale čiastočne pochopiteľné a prijateľné nazeraním a prežívaním nadzmyslového. To uprednostňuje ikonografiu ako dokonalý prostriedok pre oblasť arteterapie.

Použitá literatúra

About Icons [online]. cit. [10.11.2016]. Dostupné z: <https://iconreader.wordpress.com/about/>
KONDAKOV, N. P. 2008. *Icons*. New York : Parkstone Press International, 2008. 256s. ISBN 978-1-78042-925-0.

KRAMER, E. 2000. *Art as Therapy: Collected Papers*. [ed. Lani Gerity]. London : Jessica Kingsley Publishers, 2000. 272s. ISBN 1-85302-902-5.

KUZYŠIN, B. 2014. Základné východiská a princípy oneiro-arteterapeutického program. In: *Sociálna a duchovná revue : vedecký recenzovaný časopis o aktuálnych sociálnych a duchovných otázkach*. Prešov : Vydavateľstvo Prešovskej university v Prešove, 2013, roč. 4, č. 4, s. 50-57. ISSN 1338-290X.

LOWELL, M. 2012. *Painting an Icon; the Hexaameron Workshop*. [online]. [2015-05-22]. Dostupné na: <http://www.orthodoxartsjournal.org/painting-an-icon-the-hexaameron-workshop/>

PILKO, J. 2014. Svätý Ján Damaský a jeho učenie o uctievaní svätých ikon. In: *Acta Patristica : vedecký recenzovaný akademický časopis zameraný hlavne na oblasti patrológie, teológie, religionistiky, biblistiky, hermeneutiky, filozofie, pedagogiky, psychológie, sociológie a svetových a cirkevných dejín*. Prešov : Vydavateľstvo Prešovskej univerzity v Prešove, 2014, roč. 5., č. 11, s. 111-119. ISSN 1338-3299.

СЕРЕБРЯННИКОВА, Ю. 2012. *Психотерапевтическое влияние иконописи на человека*. [online]. [2015-03-16]. Dostupné na: <http://www.serebryannikova.ru/papers/psihoterapevticheskoe-vliyanie-ikonopisi-na-cheloveka>.

ŠAK, Š. Liturgická obnova v pravoslávnej teológii. In: *Reformy liturgii a powrót do zrodel*. Kraków: Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie, 2014. s. 29-32. ISBN 978-83-7438-382-0.

THEOLOGY OF ICON IN THE ORTHODOX CHURCH. Lecture at St. Vladimir's Seminary, 5 February 2011. [online]. cit. [15.11.2016]. Dostupné z: <https://mospat.ru/en/2011/02/06/news35783/>.

Kontaktná adresa

ThDr. Pavol Kochan, PhD.

Pravoslávna bohoslovecká fakulta Prešovskej univerzity v Prešove,

Katedra praktickej a systematickej teológie,

email: pavol.kochan@unipo.sk

KOMUNITA ZAMESTNANÝCH CHUDOBNÝCH AKO NOVÝ FENOMÉN SPOLOČNOSTI

Kollárová Žofia

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava–externý doktorand

Abstrakt

V súčasnom období je veľmi dôležité venovať pozornosť problematike chudoby. Zasahuje i rodiny s ekonomicky aktívnymi, ale málo platenými osobami. Ohrození novou chudobou nie sú len ľudia, ktorým sa nepodarilo adaptovať na nové podmienky, ale aj osoby s nízkymi príjmami, tzv. zamestnaní chudobní. Výraz chudoba zamestnaných sa začal opakovane používať v minulých rokoch v Európe, nielen z úst politikov a odborov, ale tiež vedcov a médií. Preto je dôležité sledovať chudobu z hľadiska miery rizika, ktorá postihuje nielen nezamestnaných, ale aj už zamestnané osoby.

KLúčové slová: Chudoba. Chudoba zamestnaných. Sociálne vylúčenie. Miera rizika.

Abstract

At the present time it is really important to pay attention to the problem of poverty. It affects also the families with economically active, but not well paid members. Endangered by the new poverty are not only people which were not able to adapt to the new conditions, but also people with low income, so called "employed poor". The term "poverty of employed" has started to repeatedly use in the past years in Europe, not only in the politics and unions, but also in the science and medias. Therefore it is important to monitor the poverty from the point of risk level which affects not only unemployed, but also employed persons.

Key words: Poverty. Poverty of employed. Social exclusion. Exposure.

Chudoba

„Chudoba ako spoločenský jav, ktorý je špecifickou súčasťou života spoločnosti, má tri základné dimenzie: ekonomickú, politickú a sociálno – psychologickú. Individuálne a spoločenské súvislosti chudoby, ktoré sú predmetom záujmu sociálnej práce ako vedy teoreticko-empiricko-aplikovanej, prípadne iných príbuzných vied. Na úrovni spoločenských konzekvencií je to ekonomická deprivácia, v oblasti sociálno-psychologického rozmeru chudoby je to sociálna exklúzia chudobných“ (Žilová, 2005, s. 15). Pred mnohými rokmi bola chudoba definovaná hlavne ako nedostatok potravy alebo šatenia, čo znamenalo nenaplnenie minimálnej životnej úrovne. Postupom času však materiálne potreby ľudí narástli, na základe čoho sa zmenil aj postoj k chudobe. Chudobou všeobecne rozumieme sociálny jav, ktorý je charakteristickým nedostatkom životných prostriedkov jednotlivca alebo skupiny. V tomto zmysle je chudoba považovaná za sociálny problém, ale i za sociálno - patologický jav. Niekedy je vhodnejšie miesto mnohознаčne definovaného pojmu absolútnej chudoby používať pojem bieda. V porovnaní s pojmom bieda je chudoba považovaná za menej drastickú, v ktorej sa jednotlivci alebo sociálna skupina nachádzajú. Pojem biedy býva obvykle používaný v súvislosti s hladom, telesným alebo duševným utrpením alebo poškodzovaním, sociálnou odkázanosťou a pod. Hranice biedy a chudoby nie je možné stanoviť a často sa oba významy zamieňajú. Často by sme mohli hovoriť o priechodnosti

chudoby do biedy, napr. pri zdražovaní základných životných potrieb. Z hľadiska jednotlivca príp. spoločenskej skupiny môže byť chudoba nezapríčená, alebo spôsobená vlastným pričinením (Ondrejko, 2004). V zásade možno rozlíšiť dva prístupy k vymedzeniu chudoby - objektivný a subjektívny. Objektivný prístup definuje chudobu prostredníctvom určitých kritérií týkajúcich sa väčšinou príjmu alebo majetku človeka. Subjektívny prístup zisťuje, či sa človek sám cíti chudobný, pociťuje príznaky chudoby, resp. sám seba zaraďuje do kategórie chudobných. V rámci objektivného prístupu k zisťovaniu chudoby treba potom rozlišovať prístupy absolútne a relatívne. Absolútne prístupy definujú chudobu cez určitú pevne stanovenú hodnotu, relatívne cez pomer k niečomu inému – priemernému príjmu, mediánu príjmu, rozloženie príjmových skupín. Relatívny prístup nám však podobne ako subjektívny prístup povie veľmi málo o skutočnej chudobe, ba keby sme chceli byť striktní, nepovie nám o chudobe vôbec nič. Keď 10 percent ľudí s najnižšími príjmami označíme ako chudobných, tak tu nejakí chudobní budú vždy, lebo vždy bude niekto tvoriť tých 10 percent (Dostál, 2006). O relatívnej chudobe môžeme hovoriť vtedy, keď jednotlivci a rodiny nemajú dostatok prostriedkov na to, aby sa stravovali a vykonávali aktivity považované za bežné v danej spoločnosti. Dlhodobé dôsledky relatívnej chudoby sú skôr psychologické, ako biologické. Môže spôsobiť frustráciu, narušiť psychickú, morálnu a socio-ekonomickú rovnováhu jednotlivca, rodiny alebo nejakého spoločenstva. Ľudia žijúci v relatívnej chudobe sa čoraz viac oddiaľujú od dominantného spôsobu života danej spoločnosti (Beblavý, 2012). Pre ľudí žijúcich v absolútnej chudobe je aj dosiahnutie minimálnej životnej úrovne veľmi ťažké. Nestačí im príjem celej domácnosti. Niektoré základné potreby súuspokojené len na veľmi nízkej úrovni, čo môže mať nepriaznivý vplyv na osobnosť ľudí, na ich duševné a fyzické zdravie. Samotný pojem absolútnej chudoby vyplýva z existencieminimálneho balíka životných potrieb, do ktorého patria bývanie, strava a oblečenie. **Maslow rozdelil ľudské potreby do 5 základných skupín, ktoré tvoria tzv. Maslovovu pyramídu:**

1. Fyziologické potreby – sú najdôležitejšie, ako voda, vzduch, spánok, atď.
2. Potreba bezpečia – pocit istoty človeka v zamestnaní, istota rodiny, zdravia, ochrana pred násilím.
3. Potreba lásky, súdržnosti – súvisia s citmi. Sem patrí rodina, priateľstvo, partnerstvo.
4. Uznanie – úcta, úspech, ocenenie.
5. Potreba seberealizácie – snaha byť najlepším použitím svojich schopností – prijať situáciu, byť tvorivý, riešenie problémov atď. (Maslow, 2009).

Podľa Beblavého (2012) chudoba v podmienkach domácností súvisí priamo s nákladmi. Rozlišuje dva typy nákladov: fixné a variabilné. Pri fixných nákladoch na bývanie platí, čím viac ľudí v domácnosti, tým menšie náklady na osobu. Avšak pri nákladoch ako stravaplatí presný opak. Keď sa teda zvyšujú fixné náklady, znamená to väčšiu hrozbu predomácnosti s menším počtom ľudí. Pri raste variabilných nákladov sú však chudobou ohrozené už aj väčšie domácnosti. Poznáme aj ďalšie typy chudoby: subjektívna a objektivna chudoba. Subjektívna chudoba alebo subjektívna hranica chudoby je založená na vlastnomposúdení príjmov samotného jednotlivca. Teda na tom, ako on chápe svoju situáciu. Jedným z najjednoduchších spôsobov zistenia subjektívnej chudoby je, ak sa priamospýtame ľudí, či seba samých zaraďujú medzi chudobných. Významnú úlohu však máhranica chudoby stanovená vládou podľa minimálneho štandardu v danej krajine.

O objektívnej chudobe hovoríme vtedy, keď je chudoba štatisticky a matematicky merateľná. Objektívny prístup k chudobe nezohľadňuje subjektívny názor jednotlivcov a domácností o ich situácii. V súčasnosti sa chudoba najčastejšie meria pomocou dvoch veličín: príjem a spotreba. Meranie chudoby na základe spotreby nám prináša reálnejšie hodnoty, aj keď toto meranie komplikovanejšie ako meranie pomocou príjmov. Napríklad ak niekto šetrí päť rokov a šiesty rok žije z úspor, štatisticky bude v šiestom roku zaradený medzi chudobných. Avšak čo sa týka jeho spotreby, tá sa výraznejšie nezmení ani v šiestom roku. V bohatších spoločnostiach však medzi týmito veličinami nie je veľký rozdiel, nakoľko sa produkty a služby nakupujú za peniaze a málo z nich si ľudia vyrábajú sami. V chudobnej spoločnosti príjmová metóda nie je na meranie chudoby najvhodnejšia. V takýchto spoločnostiach majú väčší význam príjmy nepeňažného charakteru (Mareš, 1999).

Chudoba zamestnaných

Ochranu pred sociálnym vylúčením a chudobou platená práca automaticky nezaručuje. V prípade, ak je za hlavnú prevenciu chudoby považované zamestnanie, neberie sa do úvahy fakt, že segmentovaný trh práce zahŕňa pracovné miesta s nízkym ohodnotením, slabú sociálnu ochranu a neprímerané pracovné podmienky (Džambazovič, Gerbery 2005). Čoraz rozšírenejšia je práca na čiastkový úväzok a pochybné pracovné zmluvy, ako aj rast príjmových rozdielov prispievajúcich k rastu počtu ľudí, ktorých zárobok nedosahuje spoločensky uznanú hranicu chudoby. Táto skutočnosť je prítomná nielen na Slovensku, ale aj voväčšine vyspelých krajín sveta. V roku 2004 podľa štatistických údajov EU SILC v Slovenskej republike patrilo doterajto skupiny viac ako 12 % domácností s pracujúcim žiteľom. V roku 2013 bola miera rizika chudoby u pracujúcich ľudí 5,7 % (EU SILC, 2013), čo dlhodobo môže viesť k sociálnemu vylúčeniu. Sirovátka a Mareš (2006) nazývajú pracujúcich chudobných príjmovovo znevýhodnenými a delia ich do troch skupín. Časť z nich si udržuje menej kvalitné, ale stabilné zamestnanie. Istota zamestnania a pracovného príjmu je pre nich bez ohľadu na jeho výšku dôležitou možnosťou ovplyvňovať vlastný život a udržiavať si životný štýl a šance dostupné pre väčšinu spoločnosti. Iná časť strieda menej stabilné zamestnanie s krátkodobou nezamestnanosťou v snahe dopracovať sa postupne k stabilnejšiemu a výhodnejšiemu zamestnaniu. Poslednou skupinou sú tí, ktorí bývajú dlhodobo nezamestnaní, alebo opakujú nezamestnanosť veľmi často. Väčšinou nechcú riskovať stratu sociálnych dávok a neistotu spojenú s ich znovu získaním. Na Slovensku definícia chudobných zamestnaných v podstate neexistuje. Definícia chudobných zamestnaných má zatiaľ iba USA. Za zamestnaných chudobných pokladajú ľudí, ktorí si za pol roka našli prácu alebo ju aktívne hľadali, napriek tomu žijú stále v chudobných podmienkach (Klein, 1989). Na Slovensku rovnako prevláda tendencia spájania boja proti chudobe so zvyšovaním zamestnanosti. Je dôležité spomenúť existenciu tzv. neplatennej práce. Tá zahŕňa prácu v rámci rodinného podnikania napr. v poľnohospodárstve, ďalej práce súvisiace s výrobou. Napriek tomu, že sa na Slovensku spája chudoba najmä s nezamestnanosťou, v dôsledku trhu práce, väčšieho počtu pracovných miest s nízkou odmenou za prácu a práce na čierne, sa problematika pracujúcej chudoby začala týkať aj našej spoločnosti.

Tabuľka 1 Podiel pracujúcich chudobných podľa jednotlivých kategórií v %

Kategórie pracujúcich	2009	2010	2011	2012
Zamestnanci	4,1	3,7	4,1	4,2
Živnostníci	16	22,4	24,3	16,8
Pracujúci v trvalom pracovnom pomere	3,7	3,2	3,6	3,8
Pracujúci na dobu určitú	7,1	8,7	7,8	7,6
Pracujúci na plný úväzok	4,8	5,2	5,8	5,8
Pracujúci na skrátený úväzok	10,8	11,6	18,1	16,4
Domácnosť jednotlivca	10,9	10,8	8,8	8,6
Osamelý rodič s deťmi	16,2	15,8	15,6	13,5

(Zdroj: Kusá, Tieňová správa, 2013)

Tabuľka 1 nám ukazuje, že najviac znevýhodnení sú živnostníci a ľudia, ktorí pracujú na skrátený úväzok. Podľa (Mitošinka, 2009) život živnostníka nie je jednoduchý. Väčšinou zamestnanci pracujúci na živnosť sa totiž ocitli na ulici hneď na začiatku krízy. Pre podniky je najjednoduchšie zbaviť sa práve takýchto ľudí. Nemusia im vyplácať žiadne odstupné a nechráni ich ani Zákonník práce. S prácou na skrátený úväzok sa spájajú nízke mzdy, čo má za následok nižší príjem domácností. V súvislosti s typom domácností je najviac chudobou ohrozený pracujúci rodič s deťmi. Dôvodom nízkych miezd určitých zamestnaní a pracovných miest je nízka kvalifikácia pracovnej sily. Mareš (1999) túto skutočnosť nazýva sekundárnym trhom práce, kde je vysoké riziko straty zamestnania, nízka šanca na vyšší pracovný post a neprímerané pracovné podmienky. Takýto trh práce zahŕňa najmä nekvalifikovanú pracovnú silu, ktorá sa nemôže posunúť na primárny trh práce.

Poznáme päť charakteristických znakov novej chudoby:

- nová chudoba sa udržia v čase,
- sústreďuje sa v určitom priestore,
- pre ľudí, ktorý prežívajú novú chudobu je typický odpor voči normám spoločnosti a chorobné správanie,
- títo ľudia sú závislí od sociálneho štátu,
- zánik sociálnych inštitúcií (Room in Džambazovič, Gerbery, 2005).

Výraz zamestnaná chudoba sa v Európe začal používať od posledných rokov 20. storočia. Za zamestnaných chudobných začali považovať nízko platených zamestnancov. Sirovátka a Mareš (2006) rozlišujú tri skupiny chudobných zamestnaných:

- pracovníci, ktorí majú stabilné zamestnanie,
- pracovníci, ktorých zamestnanie netrvá dlho, je nestabilné,
- dlhodobo nezamestnaní ľudia, resp. ľudia, ktorí často menia zamestnanie.

Príčiny vzniku javu chudoba zamestnaných

Podľa Strengmanna - Kuhna existujú dve cesty pre pracujúcich stať sa chudobnými. Prvá z nich je tá, keď dostáva pracujúci nedostatočnú mzdu a chudobe sa môže vyhnúť, keď majú príjem ostatní členovia domácnosti a nie z iných príjmov, ktoré predstavujú napr. verejné

transfery. V tomto prípade dôvod chudoby predstavujú nízke mzdy. Druhá cesta stať sa klasifikovaným ako pracujúci chudobný je, keď sám má dostatočný príjem, ale spadne pod hranicu chudoby z dôvodu kontextu domácnosti. V tomto prípade štruktúra domácnosti môže vysvetľovať výskyt chudoby (napr. zarába sám a spadne pod hranicu chudoby). Nie všetky skupiny, alebo nie každý obyvateľ je ohrozený chudobou rovnako, súskupiny obyvateľstva u ktorých je podstatne väčší predpoklad, že sa dostanú do stavu, kedy budú svoju životnú úroveň uvádzať na hranici chudoby. Medzi takéto skupiny obyvateľstva patria: nezamestnaní, ľudia s neistou, neplnohodnotnou prácou, vylúčení z trhu práce, rodiny s väčším počtom detí, neúplné rodiny, deti a mladiství, fyzicky a duševne postihnutí občania, spoločensky neprispôsobivé osoby, etnické minority, ľudia s nižším vzdelaním, ženy, ľudia bez domova (Mátel, Schavel, 2011). Novodobým celosvetovým fenoménom v oblasti zamestnanosti je fakt, že čoraz viacsia stretávame s pojmom Novodobá chudoba alebo Chudoba zamestnaných. Do tejto chvíle sa pri hľadaní príčin kladol dôraz na vyššie uvedené príčiny ako bolo ľudské zlyhanie, neochota či lenivosť. Aktívne pracovné zaradenie bolo považované za najprístupnejšiu formu prevencie proti prehľbovaniu miery nezamestnanosti a narastaniu chudobe v danej krajine. Podľa Kellera (2011) a Paugama (2005) je tento typ chudoby nepochopiteľný, nakoľko sa netýka už len nezamestnaných, ale tiež všetkých tých, ktorí boli nútení prejsť na prácu neistú, neplnohodnotnú a zle platenú. Ide o jav značne paradoxný, veď napriek relatívnemu blahobytu a prosperite západných štátov žije 10 až 20 % ich populácie ešte stále v chudobe. Kategóriami najviac ohrozenými týmto typom chudoby sú najmä dlhodobo nezamestnaní, ľudia znevýhodnení na trhu práce (v dôsledku handicapu, nevhodnej kvalifikácie, či diskriminácie), osoby s nízkymi príjmami a tiež obyvatelia žijúci v marginalizovaných regiónoch. Aj Sirovátka s Marešom (2006) dávajú výskyt novej chudoby do súvisu hlavne s pracovným trhom a jeho premenami (znalosťná ekonomika, dezindustrializácia, ekonomická globalizácia). „Novými chudobnými“ sa podľa nich stávajú tí jedinci, ktorí nie sú schopní dostatočne reflektovať tieto zmeny a prispôbiť sa im, bez ohľadu na to, či im v tom bránia individuálne deficity, kumulácia objektívnych znevýhodnení alebo diskriminácia. Pre novú chudobu je tak rozhodujúcim faktorom marginalizácia na pracovnom trhu. Čo sa sumarizácie jej definíčných znakov týka, Džambazovič s Gerberym (2005) konštatujú, že pre novú chudobu obecné je typické, že:

- nadobúda verejný charakter,
- častejšie sa vyskytuje v určitých sociálnych kategóriách,
- je priestorovo koncentrovaná,
- môže sa reprodukovať z generácie na generáciu,
- súvisí s trhom práce a zasahuje významnú časť populácie.

Chudoba zamestnaných záleží v podstate od príjmu domácnosti, ako aj počtu jej členov, resp. závislých detí. Podľa údajov Eurostatu táto chudoba ohrozuje najviac zamestnancov prijatých na dohodu, na skrátený pracovný čas a domácnosti s deťmi a jedným rodičom. Rovnako sa však týka aj zamestnancov s nízkym vzdelaním. „*Na Slovensku je každýchdesiaty takýto pracujúci ohrozený chudobou. V prípade pracujúcich s vysokoškolským vzdelaním sú chudobou ohrození len traja zo sto pracovníkov. Vysoké riziko chudoby je*

upracujúcich na skrátenej úväzok a pracujúcich s nízkym vzdelaním jasným dôsledkom nízkej úrovne miezd na Slovensku“ (Kusá, 2013, s. 14).

Zisťovanie výšky príjmov a životných podmienok obyvateľstva realizuje európsky portál dát EU SILC. Tabuľka 2 obsahuje výpočet príjmových indikátorov, ako je podiel ľudí žijúcich pod hranicou chudoby, t. j. pod 60 % mediánu ekvivalentného disponibilného (po sociálnych transferoch) príjmu všetkých obyvateľov, a indikátorov pre komplexnejšie zhodnotenie chudoby a sociálneho vylúčenia a to je podiel ľudí, ktorí si nemôžu dovoliť 4 z 9-tich položiek charakterizujúcich ekonomickú záťaž a predmety dlhodobej spotreby, a to: nedoplatky v súvislosti s položkami: nájomné a hypotéka, energie, kúpa na splátky a iné pôžičky, schopnosť udržiavať doma adekvátne teplo, schopnosť domácnosti čeliť neočakávaným výdavkom, schopnosť dovoliť si zaplatenie raz ročne jedného týždňa dovolenky mimo domu, schopnosť dovoliť si jedlo s mäsom, kuraťom, rybou alebo vegetariánskym ekvivalentom každý druhý deň alebo vybavenie domácnosti farebným televízorom, práčkou, autom alebo telefónom. Veľmi nízka intenzita práce je podiel ľudí vo veku 0-59 rokov žijúcich v domácnostiach, kde dospelí pracujú menej ako 20 % z celkového času počas predchádzajúceho roka.

Tabuľka 2 Miera rizika chudoby alebo sociálneho vylúčenia podľa jednotlivých indikátorov v %

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Miera rizika chudoby	10,9	11	12	13	13,2	12,8	12,6
Ľudia žijúci pod hranicu chudoby	11,8	11,1	11,4	10,6	10,5	10,2	9,9
Veľmi nízka intenzita práce	5,2	5,6	7,9	7,7	7,2	7,6	7,1
Miera sociálneho vylúčenia	20,6	19,6	20,6	20,6	20,5	19,8	18,4

(Zdroj: Eurostat)

Nízke mzdy v niektorých zamestnaniach a na niektorých pracovných miestach nezaručujú štandardné uspokojovanie potrieb ani ekonomickú istotu. Chudoba plynúca z nízkych príjmov a založená na príjmových diferenciáciách je tak klasickým príkladom chudoby (Mareš 1999). Mareš ďalej dodáva, že chudoba plynúca z nízkych príjmov býva spojená najmä s pozíciami na sekundárnom trhu práce, na ktorom sa sústreďuje dopyt po nekvalifikovanej pracovnej sile. Sekundárny trh práce je charakterizovaný nízkymi mzdami, neistou prácou s vyšším rizikom straty zamestnania (veľa osôb pohybujúcich sa na sekundárnom trhu práce má fragmentarizovanú pracovnú kariéru – sú opakovane nezamestnaní), zlými pracovnými podmienkami, žiadnymi, alebo veľmi obmedzenými možnosťami kariérneho posunu, často len možnosťou pracovať na skrátenej úväzok. V súčasnosti sa na tomto trhu pohybujú predovšetkým osoby málo kvalifikované. Medzi hlavné mechanizmy udržiavajúce chudobu patria na jednej strane nedostatočný ľudský kapitál chudobných a na druhej strane nedostatočný dopyt po pracovných silách (najmä po

pracovných silách s malým ľudským kapitálom – nekvalifikovaných) a diskriminácia. S výrazom chudoba teda najviac súvisí nízky príjem. Keď má rodina nízky príjem, odzrkadľuje sa to na ich materiálnom nedostatku a odsunutia na okraj spoločnosti. Tentostav značne narušuje ľudskú dôstojnosť. Príjem domácnosti je nedostatočný vtedy, keď má domácnosť problémy s úhradou nákladov bežnej spotreby. Pri zisťovaní, či má domácnosť dostatok príjmu používa EU SILC šesťstupňovú škálu: veľmi ľahko, ľahko, skôr ľahko, s určitými ťažkosťami, ťažko a veľmi ťažko. Podľa týchto zisťovaní, viac ako 1/3 Slovákov uhrádza bežné výdavky ťažko a veľmi ťažko (Kusá, 2013). Stratégia Európa 2020 definovala „ťažký materiálny nedostatok“ ako neschopnosť zabezpečiť 4 z týchto 9 položiek v domácnosti:

1. výdavky, s ktorými rodina nerátala,
2. týždňová dovolenka raz ročne,
3. úhrada nedoplatkov napr. z vyúčtovaní elektrickej energie,
4. jadenie mäsa alebo ryby aspoň každý druhý deň,
5. dostatočné kúrenie v byte,
6. schopnosť kúpy práčky,
7. schopnosť kúpy televízora,
8. mobilný telefón,
9. auto.

Záver

Podľa stratégie Európa 2020 má byť rast, ktorý EÚ vyvedie z krízy trojakej povahy – inteligentný (t. j. založený na rozvíjaní vyspelých technológií), udržateľný (vo vzťahu k zdrojom a životnému prostrediu), no najmä inkluzívny. Inkluzivita hospodárskeho rastu má spočívať v jeho otvorenosti voči širokým vrstvám obyvateľstva bez ohľadu na sociálny pôvod, fázu životného cyklu a región pôvodu, ktorým má byť umožnené podieľať sa ako na jeho tvorbe, tak aj na požívaní jeho plodov. V tomto dokumente sú takisto vymedzené tri strategické oblasti, v ktorých musí EÚ konať, aby bol takýto rast dosiahnutý. Sú nimi sféry zamestnanosti, kvalifikácie a zručností, a boja proti chudobe. Práve v poslednej z menovaných zaznieva pri pomenúvaní ohrozených oblastí tiež varovanie, že vysoké percento zamestnaných ľudí nezarába dostatočne na to, aby sa dostali nad hranicu chudoby. Podľa štatistických údajov EU SILC je možné hovoriť o prehľbujúcom sa trende v príjmových rozdieloch na Slovensku. Dôležitým faktorom zamedzujúcim prepadnutia sa rodiny pod riziko chudoby je nielen ekonomická aktivita jednotlivca rodiny, ale aj ostatných členov rodiny. Ďalším činiteľom zamedzujúcim prepadnutiu pod hranicu chudoby je, aby za adekvátnu prácu dostal zamestnaný aj spravodlivú odmenu. Riešením je aj zníženie vysokého daňového či odvodového zaťaženie zamestnaných. Na každom jednotlivcovi záleží, aby vedel byť zodpovedný, lebo len zodpovedný a samostatný človek bude nekompromisne žiadať to, čo mu patrí, čo si zaslúži.

Použitá literatúra

- BEBLAVÝ, M. 2012. *Sociálna politika*. e-Book, 2012. 168 s.
- DOSTÁL, O., 2006. Konzervatívny pohľad na chudobu. *Chudoba v slovenskej spoločnosti a vzťah slovenskej spoločnosti k chudobe*. Zborník príspevkov z konferencie UNESCO MOST. Bratislava. 2006, s.53.
- DŽAMBAZOVIČ, R., GERBÉRY, D. 2005. *Od chudoby k sociálnemu vylúčeniu*. Bratislava. 2005. In: Sociológia roč. 37, č. 2, s. 143-176.
- LEVITAS, R. 1996. Theconceptofsocialexclusion and the new Durkheimhegemony.In *CriticalSocialPolicy*. ISSN 0261-0183, vol. 18, no. 2, 1996. 215 – 225.
- MAREŠ, P. 1999. *Sociologie nerovnosti a chudoby*. Praha. Sociologické nakladatelstvíSLON., 1999. 248 s. ISBN 80-85850-61-3.
- MAREŠ, P., RABUŠIČ, L. 1995. *Chudoba očima české veřejnosti*. Závěrečná zprávacízkumupro MPSV ČR. Brno, 1995.
- MASLOW, A. 2009. Maslov'sHierarchyofNeeds. In: *Businessballs.com* [online]. 2009. [cit. 2016-02-03]. Dostupné na internete:<<http://www.businessballs.com/maslow.htm>>.
- MÁTEL, A., SCHAVEL, M., 2011. *Aplikovaná sociálna patológia v sociálnej práci*. 1.vyd. Bratislava: Vysoká škola sociálnej práce a zdravotníctva sv. Alžbety, 2011. 437 s. ISBN 978-80-8132-009-5.
- ONDREJKOVIČ, P. 2004. *Chudoba-spoločenskynežiadúci jav*. In: Zborník Otázky merania chudoby. Bratislava, 2004, s. 58.
- ROCHOVSKÁ, A.-NÁMEŠNÝ, L. 2011. Chudoba a pracujúci chudobní na Slovensku-analýza údajov EU SILC. In *GEOGRAPHIA CASSOVIENSIS* [online]. 2011, vol. 5, no. 2. [cit. 2016-02-03].
- Dostupné na internete:<humannageografia.sk/clanky/Rochovska_Namesny.pdf>.
- SIROVÁTKA, T., MAREŠ, P., 2006. Chudoba, deprivatione, sociálnivyloučení: nezameštnaní a pracujúci chudí. Sociologický časopis/CzechSociologicalReview. 2006. Vol. 42. No. 4.

Kontaktná adresa

Mgr. Žofia Kollárová

doktorand Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety n.o. v Bratislave

email: kollarova.zofia@gmail.com

DIAGNOSTICKÉ NÁSTROJE V PORADENSTVE ZAMERANÉHO NA PRACOVNÉ UPLATNENIE ZNEVÝHODNENÝCH SKUPÍN NA TRHU PRÁCE

Kováčová Eva

VŠZaSP sv. Alžbety, detašované pracovisko Bl. Trčku v Michalovciach – externá doktorandka

Abstrakt

Práca je venovaná diagnostickým nástrojom v poradenstve zameraného na pracovné uplatnenie znevýhodnených skupín na trhu práce. Uvádzame metódy práce v poradenskom procese, následne sa zameriavame na úlohu diagnostiky v poradenstve. Diagnostické nástroje sme rozdelili na štandardizované a neštandardizované, ktoré sú zamerané hlavne na sebaobraz klienta, porovnanie vlastných záujmov a schopností ako i náčrt talentu pre isté povolanie.

KLúčové slová: Diagnostické metódy. Pracovné uplatnenie. Štandardizovaný dotazník.

Abstract

The work is dedicated to the diagnostic tool in counseling for employing disadvantaged groups in the labor market. Here methods of work in the consultation process, then focuses on the role of diagnostics in counseling. Diagnostic tools are divided into standardized and non-standardized, which are mainly focused on self-image client comparison to their interests and abilities as well as an outline of talent for the profession.

Key words: Diagnostic methods. Job opportunities. Standardized questionnaire.

Úvod

Požiadavky na trhu práce sa v posledných rokoch podstatným spôsobom zmenili. Zatiaľ čo pred niekoľkými desiatkami rokov predstavovala hlavné kritérium pre uplatnenie sa na trhu práce a profesionálny postup odborná kvalifikácia, dnes čoraz častejšie hrajú významnejšiu rolu sociálne kompetencie v kontexte spokojnosti a úspešnosti v práci. Diagnostika je to pojem, ktorý keď počujeme, zväzda myslieť na testovací hárok a psychológa alebo administrátora. V nasledujúcich riadkoch je venovaná pozornosť sociálnej práci, jej postupom a metódam, ktoré sa môžu využívať v prospech klientov v poradenstve zameraného na pracovné uplatnenie znevýhodnených skupín na trhu práce prostredníctvom diagnostiky a diagnostických nástrojov. Pojem diagnostika pochádza z gréckeho slova diagnosis - dia – osobitne, oddelene; gnosis – poznanie. Poznávací proces v priebehu ktorého získavame komplexné poznatky o diagnostikovanom.

Úloha diagnostiky v poradenstve zamerané na pracovné uplatnenie znevýhodnených skupín na trhu práce

Hlavnou úlohou dotazníkov, škál a iných diagnostických postupov je poskytnúť východiskový bod, ktorý sa týka úvah o ďalšom vzdelávaní a osobnostnom rozvoji sociálneho klienta. Využitie vhodných diagnostických metód pomôže poradcovi a klientovi získať dostatok informácií, podkladov a tým pomôže klientovi v procese poradenstva k uskutočneniu rozhodnutí, ktoré môžu byť v živote sociálneho klienta veľmi dôležité:

- má poskytnúť východiskový bod pre úvahy,
- je ďalší zo zdrojov informácií o sebe,

- rýchlejšie vedie k diskusii pre podstatné témy,
- otvára nové témy,
- môže pomôcť definovať skryté, nevedomované či vytesnené stránky osobnosti,
- spresňuje sebaobraz,
- slúži ako podpora rozhodnutia pre rozhovor a aspiráciách sociálneho klienta.

Metódy v poradenstve v oblasti pracovného uplatnenia zameraného na pracovné uplatnenie znevýhodnených skupín na trhu práce

Podľa účelu poradenských aktivít sa metódy vo všeobecnosti klasifikujú nasledovne:

- *Metódy zhromažďovania informácií o klientovi*- tu patria hlavne psychologické testy, dotazníky, pozorovania, rozhovor, anamnéza, autobiografia, testy na posúdenie znalostí, analýza biografických údajov, SWOT analýza, portfólio, bilancia kompetencií atď.
- *Komunikačné metódy*: konverzácia, rolová hra, simulácia, atď.
- *Metódy informovania klienta*: materiály používané na šírenie informácií pre klientov ako sú letáky, sprievodcovia, profily povolání, konferencie, workshopy.
- *Metódy skúmania pracovného trhu*: cvičenia na rozvoj zručností pri hľadaní práce, simulácia pracovných situácií, vzdelávacie veľtrhy, pracovné veľtrhy, stáže a workshopy vo firmách, prieskumy na identifikovanie potrieb, prípadové štúdie.
- *Metódy kariérového plánovania a rozvoja*: Individuálny (alebo akčný) plán resp. osobný projekt, zvažovanie alternatív, objasnenie hodnôt, prieskum kompetencií.

Informácie a údaje, ktoré poradca získava rozhovorom, analýzou poskytovaných údajov a pomocou rôznych testových metód, slúžia na identifikáciu potrieb klienta, k určeniu toho, čo potrebuje. Tieto informácie je potrebné spracovať a komplexne interpretovať. Jednou z možností je spracovanie výsledkov rozhovoru do písomnej podoby profilu klienta.

Možnosti riešenia námetov v individuálnom pláne:

- zmena pracovnej orientácie,
- rozpracovanie cesty a postupu,
- identifikovanie možností ďalšieho vzdelávania,
- zaradenie do ďalšieho vzdelávania,
- identifikovanie možností uplatnenia sa na trhu práce,

Postup tvorby a realizácie individuálneho plánu:

I. etapa – príprava na tvorbu a realizáciu

Poradca vysvetlí klientovi cieľ a význam individuálneho plánu:

- informuje klienta o podmienkach spolupráce na tvorbe a realizácii,
- poradca a klient prijímú zásady spolupráce písomnou alebo ústnou formou.

II. etapa – tvorba individuálneho plánu

- identifikácia cieľov klienta,
- doplnenie obrazu o klientovi na základe posúdenia skutočnosti, aktuálnej situácie,
- definovanie prekážok pri dosahovaní cieľa,
- hľadanie alternatív,
- konkretizácia aktivít a definovanie časového plánu realizácie aktivít,
- motivovanie a aktivovanie klienta pre dosahovanie výsledkov.

III. etapa – realizácia individuálneho plánu a záväzných aktivít (uvedených v individuálnom pláne ako záväzné, alebo nevyhnutné)

IV. etapa – revízia

- zhodnotenie úspešnosti realizácie aktivít,
- stanovenie nových cieľov a úloh.

V súlade s aktivitami a termínmi, uvedenými v individuálnom pláne, obidve zúčastnené strany realizujú svoje záväzky vyplývajúce zo zásad spolupráce. Nasleduje spoločné hodnotenie účinnosti zrealizovaných aktivít a dosiahnutia stanovených cieľov. V prípade potreby sa realizuje úprava aktivít a postupov.

V. etapa – vyhodnotenie a ukončenie individuálneho plánu (NUCZV, 2013).

Základné diagnostické nástroje v poradenstve

Rozhovor medzi poradcom a klientom je obvyčajne prvým krokom v interakcii poradca klient, aby sa získal popis aktuálnej situácie, v ktorej sa klient nachádza. Úvodný rozhovor, či vlastne jeho výsledok, môže viesť k dvom východiskovým situáciám:

- Ak klient vie definovať vlastné potreby, ktoré však nevie aktuálne saturovať, prichádza k situácii, kedy potrebuje nové informácie, potrebné na zmenu tohto stavu. Vtedy je úloha tútora jasná: poskytnúť potrebné informácie, resp. zamerať aktivity klienta na smer a spôsob, ako získať prvé dôležité aj ďalšie doplňujúce informácie a ako ich využiť pri dosiahnutí želaného stavu.
- Klient nevie definovať vlastné potreby potrebuje pomocť, je to situácia, keď klient pociťuje potrebu zmeniť aktuálny stav, v ktorom sa nachádza. Sám však nevie svoju požiadavku definovať, pričom predpokladom zmeny je definovanie cieľa, ktorý musí dosiahnuť. Tu je úlohou, či povinnosťou tútora v rozhovore získať informácie, ktoré vedú k hľadaniu a definovaniu cieľa, ktorý chce klient dosiahnuť.

Rozhovor je v individuálnom poradenstve najpoužívanejší nástroj zbierania informácií, ktorý je založený na verbálnom vzťahu. Podstatou je forma a obsah položených otázok zameraných určitým smerom, týkajúcich sa konkrétnej témy. Rozhovor môže byť štandardizovaný, kedy je jeho štruktúra daná a rovnaké otázky sú postupne položené viacerým osobám, alebo pološtandardizovaný či neštandardizovaný/neštruktúrovaný. Podľa zamerania možno hovoriť o rozhovore informačnom, ktorým poradca získava vstupné informácie od klienta, ďalej o rozhovore hodnotiacom, ktorého cieľom je poskytnúť klientovi spätnú väzbu k výsledkom jeho predchádzajúcich aktivít. Iným typom rozhovoru je koučovací rozhovor, ktorým poradca podporuje vlastnú tvorivú iniciatívu klienta, jeho samostatný prístup k napĺňaniu vlastných predstáv a očakávaní. Ako výskumná a tiež diagnostická metóda sa rozhovor používa v priamej komunikácii medzi opytujúcim sa a respondentom. Pri uplatnení metódy rozhovoru je dôležité, aby poradca zvládol základné komunikačné zručnosti, najmä:

- prácu s otázkami,
- aktívne počúvanie,
- podávanie spätnej väzby.

Podávanie spätnej väzby

Existuje veľa foriem spätnej väzby, no dôležité je, aby bola pomocou, nie zdrvujúcou kritikou, ktorá v klientovi vyvolá iba negatívne pocity a reakcie. Dávať dobrú spätnú väzbu, ktorá by klientovi naozaj pomohla je náročná činnosť. Vyžaduje si to aj určitú skúsenosť a zmysel pre cit. Ak má byť spätná väzba efektívna, mali by byť zachované základné pravidlá pre jej poskytovanie:

- Byť špecifický, uvádzať príklady.
- Zamerať sa na činnosť, nie na osobu.
- Poznať aké má ciele ten, čo prijíma spätnú väzbu.
- Vyváženosť kritiky a pochvaly.
- Citlivý, ľudský prístup.
- Oboznámiť prijímateľa s cieľom spätnej väzby.
- Oboznámiť prijímateľa s pravidlami spätnej väzby.
- Vhodne časovo zaradiť.
- Navrhovať zlepšenia, radiť, pomáhať.
- Hovoriť k podstate veci.

Pozorovanie - je zameriavanie sa na vonkajšie prejavy správania klienta. Predmetom sú:

- motorické prejavy (nepokoj, gestikulácia, pohyby a ďalšie),
- komunikácia (zrozumiteľnosť, jednoznačnosť, neverbálne prejavy – haptika, gestika, mimika, proxemika, posturika, kinetika),
- emocionalita (dynamika správania, nálady, ich striedanie, afektivita, primeranosť emócií),
- sociabilita (vzťah k sociálnemu okoliu, schopnosť kooperácie, izolácia a i.).

Realizuje sa prostredníctvom vnímania.

Analýza

Transakčná analýza - je psychoanalytická teória, ktorú v 50-tych rokoch 20. storočia vyvinul americký psychiater Eric Berne. Berne prostredníctvom svojej psychoterapeutickej praxe došiel k základnému poznaniu transakčnej analýzy – že máme vnútri tri osoby: Rodiča, Dospelého a Dieťa. V transakčnej analýze sa označujú ako stavy ega. Tieto stavy sa rozvinú v detstve a človek môže v danej situácii konať z nasledovných pozícií. Komunikačné pravidlá - uvedené ego stavy nie sú len teoretickými pojmami, sú fenomenologickou skutočnosťou prístupnou priamemu pozorovaniu. Tieto stavy komunikujú tak medzi sebou, ako aj s okolitým svetom, t. j. produkujú určité transakcie – komunikačné impulzy a odpovede. Pri týchto transakciách každý zúčastnený vystupuje v niektorom stave ega a snaží sa osloviť niektorý stav ega u druhého. Ak sa stretnú dvaja alebo viac ľudí, skôr alebo neskôr jeden z nich prehovorí alebo iným spôsobom dá najavo, že berie na vedomie prítomnosť ostatných. Tomu sa hovorí transakčný podnet. Ďalšia osoba urobí alebo povie niečo, čo má k tomuto podnetu určitý vzťah. Dôjde teda k transakcii. Sociálna diagnostika spočíva v posúdení, či ide o adekvátnu alebo o neadekvátnu komunikáciu.

SWOT analýza - technika, ktorá napomáha získaniu a analýze informácií o klientovi, jeho silných a slabých stránkach, o procese sebauvedomenia a sebahodnotenia. Vychádza

z vedomostí o vnútorných možnostiach – vedomosti, zručnosti, schopnostiach klienta (silné a slabé stránky klienta) a okolitom (vonkajšom) prostredí - prostredie spoločenské, rodinné, trhu vzdelávania a trhu práce (príležitosti a hrozby) a z predpokladu, že úspech možno dosiahnuť, ak sa maximalizujú prednosti a príležitosti a minimalizujú nedostatky a hrozby.

- **S** (Strengths) – sú silné stránky, prednosti a pozitívne vnútorné dispozície klienta, kam patria: schopnosti, zručnosti, talent, zdravotný stav, pozitívne emocionálne ladenie, silný imidž, tvorivosť, silné kontakty.
- **W** (Weaknesses) – sú negatívne vnútorné predpoklady: nedostatok znalostí, zručností, praxe, nízke sebavedomie, slabý imidž, nedostatočné vzdelanie, zdravotný handicap a pod
- **O** (Opportunities) – príležitosti prostredia – sú súčasné alebo budúce podmienky v spoločnosti a na trhu vzdelávania a trhu práce, ktoré môžu byť v súčasnosti alebo v perspektíve využívané klientom
- **T** (Threats) – hrozby prostredia – sú súčasné alebo budúce podmienky z prostredia, ktoré môžu negatívne ovplyvniť umiestnenie jednotlivca do vzdelávacieho procesu alebo na trhu práce, napr. predsudky, diskriminácia, nedostatok finančných prostriedkov a pod.

SWOT analýzu môže poradca využiť ako prostriedok na zmapovanie reality u klientov, ktorí majú predstavu o riešení svojej situácie.

Johariho okno - vlastný obraz a obraz, ktorý si o nás robia iní sa môžu značne rozchádzať. Johariho okno je schéma nazvaná podľa anglických psychológov Josepha Lufta a Harryho Inghama, ktorá zjednocuje náš pohľad na seba s pohľadom iných ľudí.

Tabuľka 1 Johariho okno

	ja viem	ja neviem
iní vedia	„ARÉNA" - verejná oblasť	„SLEPÁ ŠKVRNA" - slepá oblasť
iní nevedia	„FASÁDA" - skrytá oblasť	„NEZNÁMO" - neznáma oblasť

Tým, že nám ľudia dávajú spätnú väzbu, rozširujú naše poznanie nás samých a tým sa znižuje naša slepá oblasť. Pomocou týchto dvoch procesov – sebaodhaľovania a spätnej väzby zároveň znižujeme aj našu neznámu oblasť (realizácia je možná individuálne alebo skupinovú formou) (NUCZV, 2013).

Škálovanie

Škálovanie je nástroj, ktorý umožňuje zisťovať vlastnosti ľudí, frekvenciu alebo intenzitu rôznych stránok osobnosti človeka alebo jeho činností. Hodnotenie sa uskutočňuje vyznačením na škále. Posudzovacie škály sú neraz súčasťou dotazníkov. Za krátky čas získame odpovede od viacerých respondentov. Najpoužívanejšie je číselné škálovanie, pričom 1 znamená, že zmena je pre človeka nepotrebná a nezaujímavá a 10 potom naznačuje, že zmena je pre človeka dôležitá, je chcená a potrebná.

Druhy škál

- *Poradová škála* - je zameraná na usporiadanie javov do poradia z rôznych hľadísk, napr. podľa významnosti alebo obľúbenosti. Výhodou tohto typu škál je ich jednoduché zhotovenie, jednoduché vyplnenie a ľahké vyhodnotenie.
- *Intervalová škála* – pomocou nej možno hodnotiť vlastnosti alebo javy na stupnici. Označenie stredných kategórií nie je pri intervalových škálach vždy nevyhnutné. Vždy je ale potrebné označiť prvú a poslednú možnosť (napr.: 1 = veľmi zaujímavý; 5 = nudný).
- *Bipolárna škála*- má na krajných póloch protikladné výrazy. Používa sa často na hodnotenie osobností človeka.
- *Likertove škály* - sa používajú na meranie názorov a postojov ľudí. Tvoria ich výroky a stupnica. Všetky výroky sa formulujú vždy v pozitívnom tvare.

Pravidlá pri zostavovaní škál - pri vytváraní škál sa dodržiavajú isté pravidlá, ich dodržiavaním môžeme zabezpečiť validitu škál:

- Formulovanie vhodných výrokov-spisovné, jednoduché, jednoznačné, nesugestívne, bez použitia cudzích slov.
- Vyhybanie sa stereotypu pri možnostiach odpovede.
- Vhodné označenie stupňov – jednotlivé stupne označiť jednoducho, dbať na správny výber slov.
- Podľa potreby možno ponúknuť aj neutrálnu možnosť odpovede (neviem, nie som rozhodnutý, nemám vyhranený názor).

Diagnostické nástroje zamerané na profesionálnu orientáciu

Typy diagnostických nástrojov podľa oblasti diagnostikovania:

- diagnostické nástroje zamerané na profesionálnu orientáciu,
- diagnostické nástroje zamerané na diagnostiku záujmov,
- diagnostické nástroje zamerané na potreby,
- diagnostické nástroje zamerané na osobnosť,
- diagnostické nástroje zamerané na diagnostiku schopností,
- diagnostické nástroje zamerané na výkon,
- diagnostické nástroje zamerané na inteligenciu.

Štandardizované dotazníky - prioritne uvádzame tie ktoré môžu po zaškolení realizovať aj nepsychélogovia, pri splnení požadovaných podmienok (príslušné vzdelanie, a prax v odbore požiadavky uvádza bližšie napr. testcentrum). V praktickej príručke k používaniu diagnostických nástrojov v kariérovom poradenstve pre dospelých sa uvádza, že prvým predpokladom pre použitie diagnostického nástroja je jeho *reliabilita* /spoľahlivosť/. Tá nám hovorí, do akej miery sú odpovede testovaných osôb konzistentné a stabilné v čase. Druhou dôležitou podmienkou pre použitie testu je jeho *validita* /platnosť/. Tá dokazuje, či test skutočne meria to, čo sľubuje. Nemenej dôležitou podmienkou kvality testu je skutočnosť, že bola prevedená štandardizácia na danú populáciu /slovenskú, českú.../. Určité kultúrne rozdiely medzi národmi by totiž mohli výsledky testov výrazne skresliť. Prevažná väčšina štandardizovaných dotazníkov patrí do kategórie psychodiagnostických metód, s ktorými by mal výlučne pracovať len psychológ, čo je zakotvené i legislatívne. Je to z toho dôvodu,

že psychológ by mal poznať nielen podmienky zadávania (administrácie/, priebeh danej testovej situácie a vyhodnocovanie daného testu, ale i jeho teoretické východiská, psychometrické charakteristiky, históriu testovej metódy, vhodnosť jej využitia a ďalšie súvislosti, ktoré s testami súvisia). Nakoľko medzi kariérnymi poradcami (psychológmi) pracujú aj odborníci z iných profesií vybrali sme také štandardizované diagnostické metódy, ktoré sú určené absolventom akreditovaného študijného programu v oblastiach pedagogiky, andragogiky, sociálnych vied a ďalších príbuzných odborov **po zaškolení pre ich administráciu, vyhodnocovanie a interpretáciu**. Vzhľadom k tomu, že diagnostické metódy môžu byť zdrojom citlivých dát, mal by človek pracujúci s týmito testami *dodržiavať určité pravidlá*. Neodborným postupom možno totiž klienta poškodiť. Účasť na testovaní musí byť dobrovoľná, účastník má právo testovanie odmietnuť. Tiež má právo vedieť, ako bude nakladané s výsledkami testu. Dotazníková metóda predpokladá aspoň priemerný intelekt. Je dôležité uvedomiť si, že žiadny diagnostický nástroj nie je natoľko presný, aby na základe dosiahnutých výsledkov bolo možné s istotou predikovať úspech jedinca v konkrétnej oblasti vzdelávania alebo na trhu práce (NUCZV, 2016). **Praktická využiteľnosť dotazníkov:**

Dotazník voľby povolania a plánovania profesionálnej kariéry – DVP

Cieľ dotazníka:	Porovnať vlastné záujmy a schopnosti s ponukou a možnosťami pracovných príležitostí
Obsah, zameranie:	Obsahuje dotazník záujmov a register povolaní
Čo klient získa interpretáciou:	Lepšiu orientáciu vo svojich záujmoch a schopnostiach
Využiteľnosť pre kariérne plánovanie:	Práca s vlastným potenciálom klienta v porovnaní s ponukou pracovných príležitostí a možnosťami pracovných príležitostí
Veková hranica:	od 15 rokov

Bochumský inventár profesijných charakteristík osobnosti – BIP

Cieľ dotazníka:	Cieľom je zistenie sebaobrazu klienta s prihliadnutím k nárokom profesie
Obsah, zameranie:	Prvý okruh v dotazníku popisuje motiváciu vzťahujúcu sa k výkonu profesie. Zachytáva, čo motivuje klienta pri plánovaní a utváraní vlastnej kariéry a na čo pri svojej práci kladie dôraz. Druhý okruh sa sústreďuje na rôzne spôsoby správania pri práci, tretí okruh na spôsob, akým sa klient správa k druhým ľuďom a aké k nim má vzťahy. Posledný okruh popisuje psychickú konštitúciu. Ide tu predovšetkým o emocionálnu stabilitu, schopnosť zvládať záťaž a sebavedomie.
Čo klient získa interpretáciou:	Poznanie tých osobnostných predpokladov, ktoré sú rozhodujúce pre úspech v povolani. 14 diagnostických dimenzií, ktoré sú priradené k štyrom rôznym oblastiam profesijných predpokladov: 1. pracovné zameranie, 2. pracovné správanie, 3. sociálne kompetencie, 4. psychická konštitúcia.
Využitelnosť pre kariérne plánovanie:	Výsledky testu môžu predstavovať dostatočný informačný zdroj pri poradenských rozhovoroch a výberových konaniach. Sú vhodné ako nosný základ hlbšej exploračie, nakoľko je možné zamerať sa na rôzne aspekty pracovného správania sa. Môžu tiež predstavovať základ k príprave koučingových a tréningových opatrení.
Veková hranica:	od 20 rokov

(testcentrum, 2016)

Neštandardizované dotazníky

Ako príklad z mnohých bližšie uvádzame:

Kariérové kotvy

Cieľ dotazníka:	Zistiť kariérovú kotvu človeka – črtu povolania
Obsah, zameranie:	Motivačný dotazník
Čo klient získa interpretáciou:	Vhľad do svojich potrieb na základe určenia kariérovej kotvy. Každá kariérová kotva predstavuje subjektívny obraz talentu a schopností, obraz motívov potrieb, hodnôt a postojev.
Využitelnosť pre kariérne plánovanie:	Pri identifikácii potrieb, hodnôt človeka potrebných a kľúčových pre určenia jeho povolania, vo firmách pre nastavenie odmeňovania/benefítov
Veková hranica:	Po pracovnej skúsenosti

Autorom systému kariérových kotiev je Edgar H. Schein, ktorý na základe svojho výskumu popísal v 70. rokoch 20. storočia najskôr päť kariérových kotiev, následne v 80. rokoch pridáva ďalšie tri kotvy. Túto tematiku bližšie skúma **každá kariérová kotva predstavuje subjektívny obraz talentu a schopností, obraz motívov potrieb, hodnôt a postojev**. To všetko sa vytvára v priebehu niekoľko rokov po nástupe do zamestnania, kedy jedinec zažíva úspechy i neúspechy v pracovných situáciách, kedy sa stretáva s požiadavkami a s normami jednotlivých organizácií a kedy získava od svojich spolupracovníkov spätnú väzbu. Jedinec

tak v priebehu času získava pracovné i životné skúsenosti, čo mu umožňuje hlbšie poznanie samého seba. Dochádza k formovaniu pracovného sebaaponímania, ktoré zahŕňa, mimo iného, také hodnoty a motívy, ktoré sa premietajú do rozhodovania o pracovnej kariére a ktorých sa jedinec odmieta vzdať. **Podľa Scheina má väčšina ľudí len jednu dominantnú kariérovú kotvu.** Ak nie je vykonávané povolanie v súlade s kariérovou kotvou, dochádza u ľudí k pocitom nespokojnosti s pracovnou kariérou. Naopak súlad sa pozitívne prejavuje predovšetkým na vyššej výkonnosti pracovníka, na vernosti súčasnému zamestnaniu a spokojnosti so zamestnaním.

Kariérové kotvy:

- 1. TF- Odborné/ funkčné schopnosti - expert
- 2. GM- Všeobecné riadiace schopnosti
- 3. AU- Autonomnia/ nezávislosť
- 4. SE- Stabilita, bezpečnosť
- 5. EC- Tvorivosť v podnikaní
- 6. SV- Služba/ odhodlanie
- 7. CH- Čistá výzva
- 8. LS- Životný štýl

Slúžia na pomenovanie „ukotvenia“ a stabilizovania osobnej a profesijnej kariéry. Počas pracovného života sa formujú, na istý čas stabilizujú, následne sa môžu meniť. Vytvárajú sa obyčajne až nejaký čas po nastúpení do práce a po určitých pracovných skúsenostiach. Z tohto faktu vyplýva, že táto teória sa využíva skôr v kariérovom poradenstve pre dospelých. Každá kariérová kotva predstavuje subjektívny obraz: – talentu a schopností, – motívov, – potrieb, – hodnôt a postojov (Lemrova, 2006).

Bilancia kompetencií

Je poradenský prístup pre oblasť kariérneho rozvoja a celoživotného vzdelávania. Jej cieľom je podporovať lepšiu reflexiu a lepšie poznanie klientových nadobudnutých zručností získaných v rôznych kontextoch, identifikovať prenositeľné a neprenositeľné zručnosti, pomôcť klientovi ujasniť si možnosti vlastného pracovného uplatnenia a podporiť rozvoj zručností pre riadenie vlastnej kariéry.

Bilancia kompetencií prebieha v 3 fázach :

1. *Úvodná fáza* – jej cieľom je informovať klienta o cieľoch a priebehu „procedúry“, vytvoriť atmosféru dôvery a otvorenosti, overiť motiváciu klienta a analyzovať požiadavky a očakávania klienta
2. *Fáza zberu informácií* – jej cieľom je získať čo najväčšie množstvo relevantných informácií o klientovi, ktoré prispievajú k úspešnému absolvovaniu bilancie. Najčastejšie pozostáva z týchto krokov: analýza pracovných skúseností / použitie psychologických testov / získavanie informácií o cielenej profesijnej oblasti
Táto etapa sa skladá z individuálnej práce klienta a prebieha najčastejšie po tom, čo je klient konfrontovaný s výsledkami testových metód a dotazníkov
3. *Záverečná fáza* – je zameraná na vypracovanie profesijného projektu a zhrnutie a testovanie jeho uskutočniteľnosti. Cieľom tejto fázy je analýza informácií

o predchádzajúcich fázach, vypracovanie kariérneho projektu a vypracovanie a odovzdanie záverečnej správy.

Trvanie bilancie kompetencií by malo trvať minimálne 10 a max. 24 hodín počas doby maximálne dvoch mesiacov (Fecbop, 2014).

Hlavné nástroje:

- individuálne rozhovory,
- skupinové aktivity,
- dotazníky a analytické nástroje,
- tabuľky a štruktúrované dokumenty.

Záver

Ponúkaný prehľad niektorých diagnostických nástrojov mal za cieľ získať vzhľad do práce odborníkov - poradcov v oblasti poradenstva pri voľbe alebo zmene povolania. Znevýhodnený klient tak má možnosť vyhľadať odbornú pomoc k zhodnoteniu svojho kariérového portfólia, čím sa uľahčí jeho pohyb a uplatneniu na trhu práce. Diagnostické nástroje je nutné vnímať ako podporné a doplnkové oblasti, ktoré súvisia s rôznymi oblasťami smerovania klienta na jeho ceste za nájdením vhodnej oblasti jeho realizácie na trhu práce. Na klienta je teda potrebné nahliadať i v kontexte jeho vzdelávacej histórie, súčasného stavu či budúcich a profesijných aspirácií.

Použitá literatúra

FECBOP, 2014. *Bilancia kompetencií - popis základných princípov, nástrojov a priebehu*. 2014.

GABURA J.- PRUŽINSKÁ J., 1999. *Poradenský proces*. Praha: Sociolog. 1999.

LEMROVA, S. 2006. [online]. *Scheinovy kariérové kotvy a jejich zastoupení u českých politiků a manažerů, Úvodní studie* <http://emps.ecn.cz/pd/2006/texty/pdf/lemrova.pdf>

NÚCŽV, 2013. *Brožúra pre MVP: Tútor v poradenskom procese pre dospelých v oblasti celoživotného vzdelávania –Bezchybný tútor*. Bratislava, 2013

NÚCŽV, 2016. [online] *Praktická príručka k používaniu diagnostických nástrojov v kariérovom poradenstve pre dospelých*. Bratislava, 2016

Kontaktná adresa

Mgr. Eva Kováčová

email: pas.eva.kovacova@gmail.com

KOMUNITNÁ REHABILITÁCIA A ŠPECIFICKÉ SOCIÁLNE PORADENSTVO PRE OSOBY S MENTÁLNYM POSTIHNUTÍM

Kovaľanová Alena

Katolícka univerzita v Ružomberku - Ústav sociálnych vied

Pedagogická fakulta

Abstrakt

Príspevok je zameraný na komunitnú rehabilitáciu a špecifické sociálne poradenstvo, ktoré sú poskytované osobám s mentálnym postihnutím. V prvej časti autorka upriamuje pozornosť na charakteristiku pojmov z oblasti mentálneho postihnutia. Druhá časť je venovaná klasifikácii mentálneho postihnutia podľa druhu astupňa, ktorý sa člení podľa 10. revízie Svetovej zdravotníckej organizácie. V tretej časti sa uvádza komunitná rehabilitácia a jednotlivé druhy špecifického sociálneho poradenstva danej skupine obyvateľstva. Autorka predkladá výsledky výskumu pracovníkov Slovenského inštitútu mládeže IUVENTA pod názvom „Prechod do dospelosti u mladých ľudí so zdravotným postihnutím ovplyvňujúce sociálne faktory“.

Keľúčové slová: Osoba s mentálnym postihnutím. Komunitná rehabilitácia. Sociálna rehabilitácia. Sociálne poradenstvo.

Abstract

Contribution focuses on community – specific rehabilitation and social counselling that is provided to persons with intellectual disabilities. In the first chapter the author draws attention to the characteristics of the concepts of mental disability. The second part is devoted to the classification of mental disability by type and degree, which is divided by 10. Revision of the World Health Organization. The third part provides community rehabilitation and specifics of individual social counselling particular population group. The author presents the results of the research workers of the Slovak institute of youth IUVENTA under the name „The transition into adulthood for young people with disabilities affecting social factors“.

Key words: Person with mental disability. Community rehabilitation. Social rehabilitation. Social counselling.

Úvod

Ľudí s akýmkoľvek postihnutím, či už je to telesné, zmyslové alebo mentálne, zvyknú byť v spoločnosti nazývaní, že sú „odlišní“. V príspevku sa budeme venovať jednej skupine osôb, a to osobám s mentálnym postihnutím. Ľudia s mentálnym postihnutím sú rôznorodou skupinou a človek, ktorý má mentálne postihnutie je vzácný a má svoje charakteristické osobné črty. V určitých veciach zvyčajne potrebujú viac našej podpory, pomoci, pochopenia, na rozdiel od ľudí bez postihnutia, aby mohli fungovať a byť súčasťou našej spoločnosti. Ľudia s mentálnym postihnutím častokrát počas svojho života čelia stigmatizovaniu, nálepkovaniu alebo negatívnym domnienkam. Pri práci s takýmto človekom je potrebné brať na vedomie jeho individualitu a prostredie v ktorom žije a pohybuje sa. Cieľom príspevku je priblížiť tematiku osôb s mentálnym postihnutím, ďalej klasifikáciu mentálneho postihnutia podľa Svetovej zdravotníckej organizácie, komunitnú rehabilitáciu a jednotlivé špecifické

druhy sociálneho poradenstva osobám s mentálnym postihnutím. V neposlednom rade sú v príspevku uvedené výsledky výskumu, ktorý sa zaoberá prechodom mladých ľudí so zdravotným postihnutím do dospelosti.

Mentálne postihnutie a osoba s mentálnym postihnutím

Aby sme hovorili o zdravotnom postihnutí, a neskôr o mentálnom postihnutí, je potrebné si najskôr charakterizovať základné pojmy, ktoré sú v súvislosti so zdravotným postihnutím často používané. Ucelený náhľad do problematiky nám ponúka autorka Pavelová (2013):

Základné typy zdravotného postihnutia sa delia na:

- telesné postihnutie (amputovaná končatina, svalová dystrofia),
- zmyslové postihnutie (zrakové postihnutie, sluchové postihnutie),
- poruchy komunikácie,
- mentálne alebo duševné postihnutie.

Mentálne postihnutie je najvšeobecnejší, najširší, hlavný pojem, ktorý je používaný pre všetky osoby s IQ pod 85, teda osoby v pásme mentálnej retardácie a osoby v pásme hlbokého podpriemeru (hraničné pásmo mentálnej retardácie). Podstatou mentálneho postihnutia je neprimeraný vývin centrálnej nervovej sústavy (Pavelová, 2013). Draganová (2006) charakterizuje mentálne postihnutie ako stav zastaveného, oneskoreného alebo neúplného vývinu intelektu, ktorý sa vyznačuje predovšetkým podpriemernou inteligenciou. Najčastejšou príčinou mentálneho postihnutia je organické poškodenie mozgu, ale aj mentálna retardácia spôsobená nevhodným sociálnym prostredím, v ktorom dieťa žije. Definíciu osoby s mentálnym postihnutím nám ponúkajú autori Repková, Požár, Šoltés (2003, s. 41), ktorí hovoria, že: „osoba je postihnutá vtedy, ak má telesnú, senzorickú alebo mentálnu poruchu a ak je diskriminovaná v aktívnej účasti na živote spoločnosti z dôvodu jednej alebo viacerých príčin, medzi ktoré patria: neprístupnosť prostredia z hľadiska architektonických a senzorických bariér, nedostatočná perspektíva v oblasti zamestnanosti, nedostatočný prístup k informáciám, prezentácia negatívneho obrazu o človeku a posilňovanie jeho pozície (imidžu) závislosti, redukovanie sociálnych kontaktov“.

Klasifikácia mentálneho postihnutia - hľadiska vývinového obdobia, v ktorom bol centrálny nervový systém poškodený, rozlišujeme 2 druhy mentálneho postihnutia:

- *Oligofrénia* – je to stav, ktorý je zapríčinený štrukturálnou poruchou mozgu v prenatálnom, perinatálnom alebo v postnatálnom vývinovom období, zhruba do 2. roku života dieťaťa. Prejavuje sa na celkovom vzhľade, na tvári, očiach, na držaní tela, pri pohybe a v správaní.
- *Demencia* – môže vzniknúť po 2. roku života dieťaťa v dôsledku ochorenia, nádorov úrazov a zmien centrálnej nervovej sústavy (Draganová, 2006).

V súčasnosti sa členenie podľa stupňa mentálnej retardácie používa podľa 10. revízie Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) z roku 1993 (Hučík, 2013):

Ľahká mentálna retardácia / Ľahká duševná zaostalosť - IQ sa pohybuje medzi 50-69 (u dospelých zodpovedá mentálnemu veku 9-12 rokov). Prejav: Zvyčajne sa prejavuje iba ľahším postihnutím psychomotorického vývinu; osoby väčšinou dosahujú úplnú nezávislosť na okolí, rečové schopnosti nebývajú výrazne postihnuté.

Stredne ťažká mentálna retardácia / stredný stupeň duševnej zaostalosti - IQ sa pohybuje medzi 35-49 (u dospelých zodpovedá mentálnemu veku 6-9 rokov). *Prejavy:* Prejavujú sa tu vážne ťažkosti v oblasti ovládania sebaobslužných činností. V školskej práci sú ich výkony limitované, ale vhodným pedagogickým vedením je možné dosiahnuť maximálne možný rozvoj schopností.

Ťažká mentálna retardácia / ťažká duševná zaostalosť - IQ sa pohybuje medzi 20-34 (u dospelých zodpovedá mentálnemu veku 3-6 rokov). Tento stav si vyžaduje trvalú potrebu podpory. *Prejavy:* Je sprevádzaná výraznými obmedzeniami a poruchami – poruchy motoriky, somatické postihnutie, väčšinou prevláda nonverbálna komunikácia, neartikulované výkriky, používanie jednoduchých slov. Špeciálna rehabilitačná, výchovná a vzdelávacia starostlivosť môže zlepšiť rozvoj motoriky, rozumových schopností a komunikačných zručností jednotlivcov.

Hlboká mentálna retardácia / hlboká duševná zaostalosť - IQ dosahuje najvyššie 20 (u dospelých zodpovedá mentálnemu veku pod 3 roky). *Prejavy:* Zásadné obmedzenia sú v oblasti porozumenia požiadavkám okolia a schopnosti reagovať na ne. Častá imobilita alebo výrazné obmedzenie pohybu vyžadujú trvalý dohľad a pomoc. Bežné sú neurologické alebo iné telesné nedostatky ovplyvňujúce hybnosť, epilepsia a poruchy zraku a sluchu.

Iná mentálna retardácia / iná duševná zaostalosť - mentálnu retardáciu nie je možné presne určiť pre pridružené zmyslové a telesné postihnutie, poruchy správania a autizmus.

Nešpecifikovaná mentálna retardácia / nešpecifikovaná duševná zaostalosť - ide o mentálnu retardáciu, ale pre nedostatok znakov nemožno jednotlivca presne zaradiť.

Komunitná rehabilitácia a špecifiká sociálneho poradenstva pre osoby s mentálnym postihnutím

V súvislosti s dlhodobým či trvalým zdravotným postihnutím je potrebné spomenúť sociálnu a komunitnú rehabilitáciu na základe Národnej rady občanov so zdravotným postihnutím.

Sociálna rehabilitácia je proces, v ktorom osoba s dlhodobým alebo trvalým zdravotným postihnutím vykonáva nácvik potrebných zručností, prostredníctvom ktorých dosahuje samostatnosť a sebačnosť v maximálnej možnej miere s prihliadnutím na jej zdravotné postihnutie. Človek má možnosť nácviku sebaobsluhy, vedenie domácnosti, nácvik špeciálnych komunikačných zručností, či používanie kompenzačných pomôcok a iné.

V súvislosti so sociálnou rehabilitáciou hovoríme o **komunitnej rehabilitácii**, ktorej podstatou je učiť osoby s postihnutím novým zručnostiam a maximalizovať ich súčasne zručnosti a schopnosti, ale aj tým, že pomáha komunite pochopiť, že ľudia s postihnutím môžu byť aktívni a rovnocenní členovia svojich komunít. Komunitná rehabilitácia v oblasti poskytovania sociálnych služieb je koordinácia činnosti subjektov, ktorými sú predovšetkým rodina, obec, vzdelávacie inštitúcie, poskytovatelia služieb zamestnanosti, poskytovatelia sociálnych služieb a poskytovatelia zdravotnej starostlivosti. Cieľom komunitnej starostlivosti je obnova alebo rozvoj fyzických schopností, mentálnych a pracovných schopností fyzickej osoby v nepriaznivej sociálnej situácii. Účelom komunitnej rehabilitácie je zriaďovať komunitné centrá (www.nrozp.sk). Jednotlivé špecifické druhy poradenstva pre osoby s mentálnym postihnutím rozpracoval autor Hučík (2013):

- **Pedagogicko-psychologické poradenstvo** - pri tomto poradenstve sa v rámci diagnostiky zisťuje úroveň vývinu celkovej štruktúry osobnosti, zrelosť osobnosti (profesijná zrelosť osobnosti). Pri práci s osobou s MP sa využívajú metódy psychologickkej, špeciálnopedagogickej diagnostiky, psychologického a výchovného poradenstva, prevencie, rehabilitácie a psychoterapie.

- **Špeciálnopedagogické poradenstvo** –tvorí nespochybniteľnú časť činnosti Centier špeciálnopedagogického poradenstva (CŠPP) určených pre osoby s postihnutím, narušením či ohrozením, ich zákonným zástupcom, školám, školským zariadeniam. Takéto poradenstvo úspešne ovplyvňuje prospech žiaka s MP, všeobecnú edukáciu – výchovu k práci, povolaniu, môže organizovať a metodicky usmerňovať dlhodobé skúmanie vývinu osobnosti žiaka s MP. CŠPP pre žiakov s MPsa realizujú špecifické štandardné činnosti ako napr. *rozvoj hrubej a jemnej motoriky, nácvik sebaobsluhy a sociálnych vzťahov;rozvoj estetického vnímania;hudobné, výtvarné a pohybové činnosti;priprava na zaradenie do výchovno-vzdelávacieho procesu;využitie arteterapie a muzikoterapie, atď.*

- **Sociálne poradenstvo** - možno charakterizovať ako profesionálnu odbornú činnosť vykonávanú odborníkom, ktorá ja založená na vzťahu, podpore, pomoci, rozvoji, optimálnom uplatnení klienta a jeho reálnej orientácii v živote (Schavel, Oláh, 2012).V rámci sociálneho poradenstva pre osoby s MP v užšom ponímaní môžeme hovoriť, že ide predovšetkým o riešenie problémov v nasledujúcich oblastiach:

Zdravotné problémy– sociálne poradenstvo orientované na zvládanie zdravotných problémov a dôsledkov s nimi spojenými, poskytuje možnosť podpory prostredníctvom aktivít svojpomocných skupín alebo konkrétnych občianskych združení. Na Slovensku pre skupiny osôb s MP funguje nezisková organizácia Združenie pre pomoc ľuďom s MP, ktorá poskytuje odborné poradenstvo najmä pre rodičov osôb s MP. Obsahom takéhoto sociálneho poradenstva je usmernenie, orientácia v legislatívnych normách, vďaka sa na riešenie daného problému a distribúcia do konkrétnej inštitúcie alebo subjektu.

Základné životné podmienky –v tejto oblasti je sociálne poradenstvo zamerané najmä na pomoc v oblasti bývania, zariadenia bytu, rekonštrukcie domácnosti v súlade s predstavami občana z ŤZP. Obsah sociálneho poradenstva sa sústreďuje do práce s rodinou, s osobou s MP a s príslušným soc. pracovníkom, ktorého úlohou je monitorovať a sprevádzať osobu v tomto procese osamostatňovania.

Rodina – dáva základné predpoklady pre osobnostný a emocionálny vývin dieťaťa; sociálne poradenstvo orientované na vytváranie rodinných väzieb ovplyvňuje formulovanie či už krátkodobých alebo dlhodobých cieľov klienta v procese integrácie.

Sociálne a emocionálne vzťahy – kvalita vzťahov má významnú úlohu pri motivácii osoby mobilizovať svoje sily a schopnosti, pri vyrovnávaní sa s hendikepom.

Vzdelávanie a práca–zabezpečenie primeraného vzdelania a práce pre osoby s MP si vyžaduje spoluprácu s ďalšími odborníkmi, rodinou, zamestnávateľom a špeciálnym pedagógom.

- **Inštitucionálne zabezpečenie pre výkon soc. poradenstva**- sociálna práca sa pre osoby s MP vykonáva v týchto subjektoch:

štátna správa – štát garantuje na základe Zákona o sociálnych službách a Zákona o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ŤZP za účelom integrácie občana s ŤZP. Posudzovanie

zabezpečujú oddelenia posudkových činností príslušných ÚPSVaR, v ktorých pracujú sociálni pracovníci a lekári. **Samospráva** – v jej kompetencii je zriaďovanie zariadení sociálnych služieb, starostlivosť o starších ľudí, v opatrovateľských a ošetrovateľských činnostiach. V zmysle Zákona č. 448/2008 o sociálnych službách samospráva zabezpečuje nasledujúce sociálne činnosti: *opatrovateľská služba, ošetrovateľská služba, podklady k posudzovaniu miery zdravotného postihnutia, prepravná služba, prevádzkovanie zariadení sociálnych služieb. Neštátne subjekty* – do ktorých patria predovšetkým občianske združenia, ktoré poskytujú sociálne poradenstvo. Odborníci prostredníctvom psychologickej starostlivosti pomáhajú riešiť špecifiká poradenského typu, akými sú napr. vyrovnávanie sa s postihnutím členov rodiny, udržanie a nadviazanie partnerských vzťahov, spolužitie s človekom s postihnutím. Spadá tu taktiež dobrovoľnícka činnosť či vytváranie a podpora svojpomocných skupín. **Zariadenia sociálnych služieb** – sociálna práca sa tu vykonáva prostredníctvom sociálneho poradenstva, činnostných terapií, voľnočasových aktivít, prostredníctvom zabezpečenia komunikácie pri usmerňovaní rodinných príslušníkov v komunikácii s osobami s MP (Hučík, 2013).

Výsledky výskumu

Prechod do dospelosti u mladých ľudí so zdravotným postihnutím ovplyvňujúce sociálne faktory. Vzhľadom na tému príspevku sme sa rozhodli prezentovať výsledky výskumu týkajúceho sa prechodu do dospelosti u mladých ľudí so zdravotným postihnutím, v ktorom sú zahrnutí aj ľudia s mentálnym postihnutím. Výsledky výskumu sme čerpali z webovej stránky Slovenského inštitútu mládeže – IUVENTA (www.iuventa.sk).

Základné informácie o výskume: Autormi výskumu boli pracovníci zo Slovenského inštitútu mládeže IUVENTA. Zber dát bol získavaný z 2 súborov respondentov prostredníctvom štandardizovaných rozhovorov. Prvý súbor tvorili študenti špeciálnych stredných škôl. Záznamový hárok k štandardizovanému rozhovoru obsahoval 126 otázok. Anketármí boli študenti sociológie a pri zbere boli použité tablety. Druhý súbor tvorili mladí ľudia so zdravotným postihnutím vo veku od 19 do 36 rokov. Záznamový hárok tvorilo 155 otázok. Anketármí boli autori výskumu a ďalších 8 spolupracovníkov.

Inštitucionálne zastrešenie výskumu: Daný výskum inštitucionálne zastrešovala Katedra sociológie, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, Bratislava.

Časový harmonogram výskumu: Výskum prebiehal v období december 2012 – marec 2013.

Cieľ výskumu: Získať údaje, ktoré charakterizujú prechod mladých ľudí so ZP do dospelosti. Sú nimi získanie vzdelania, zamestnania, samostatného bývania a založenie rodiny.

Metodika výskumu a výskumná vzorka

Výskum bol uskutočnený vo všetkých krajoch SR. Prvý súbor tvorilo 673 študentov špeciálnych stredných škôl, boli to študenti posledných a končiacich ročníkov. V prípade praktických škôl len študenti druhých ročníkov. Školy boli vyberané náhodným výberom proporcionálne k počtu študentov v jednotlivých krajoch. Prostredníctvom získaných údajov sa porovnávali výsledky za skupiny respondentov podľa pohlavia aj podľa druhu zdravotného postihnutia, t.j. za skupinu študentov s mentálnym postihnutím a skupinu študentov s telesným, zmyslovým postihnutím a ochorením vnútorných orgánov. Druhý súbor tvorilo

337 ľudí so ZP vo veku od 19-36 rokov. Kontakty na respondentov boli získané prostredníctvom O.Z. združujúcich osoby so ZP, agentúr podporovaného zamestnávania i domovov sociálnych služieb. Prostredníctvom získaných údajov sa porovnávali výsledky skupiny respondentov podľa pohlavia, ale aj podľa druhu ZP, t.j. za skupinu respondentov s mentálnym postihnutím a skupinu respondentov s telesným, zmyslovým postihnutím a ochorením vnútorných orgánov (www.iuventa.sk).

Hlavné zistenia výskumu

Vzdelanie a zamestnanie – cieľom bolo zistiť, do akej miery študenti preferujú po skončení strednej školy ďalšie štúdium a do akej miery preferujú iné spôsoby svojho ďalšieho uplatnenia. Výskumom sa zistilo, že obe skupiny študentov najviac uprednostňujú zamestnanie na plný pracovný úväzok, do ktorého nastúpili po skončení strednej školy. Študenti, ktorí získajú úplné stredné vzdelanie uprednostňujú aj ďalšie štúdium, predovšetkým dennú formu vysokoškolského štúdia (svedčí o tom 50% kladných odpovedí ku 32,9% záporným odpovediam). Ďalším cieľom bolo zistiť, aký podiel tvoria v súbore respondenti, ktorí sú zamestnaní na plný pracovný úväzok, na čiastočný pracovný úväzok a respondenti, ktorí sú nezamestnaní. Prehľad ponúka tabuľka 1. Problémy v tejto oblasti zvyčajne údaje o podiele mladých ľudí so ZP, ktorí predtým nikdy nepracovali. Prehľad respondentov, ktorí nikdy nemali zamestnanie je uvedený v tabuľke 2 v členení podľa vekových skupín, osobitne za celé Slovensko a osobitne za región Bratislavy a Západného Slovenska.

Tabuľka 1 Zamestnanecký pomer respondentov v %

Zamestnanecký pomer	Celý súbor n = 336	25 roční a starší n = 268	30 roční a starší n = 148
Zamestnaní na plný pracovný úväzok	17,9	20,9	25,7
Zamestnaní na čiastočný pracovný úväzok	11,3	12,3	14,9
Študenti	9,5	6,7	4,1
Nezamestnaní	61,3	60,0	55,4
Spolu	100,0	100,0	100,0

(Zdroj: www.iuventa.sk).

Tabuľka 2 Podiel respondentov, ktorí nikdy nemali zamestnanie v %

	Slovensko	Región Bratislavy a Západného Slovenska
Celý súbor	50,9	39,0
25 roční a starší	44,0	36,3
30 roční a starší	34,3	28,1

(Zdroj: www.iuventa.sk).

Materiálne podmienky života

V oblasti materiálneho zabezpečenia sa u respondentov zistilo, že tí, ktorí sú zamestnaní majú nízke príjmy zo svojho zamestnania. Respondenti zamestnaní na plný pracovný úväzok mali priemerný čistý mesačný príjem 393,80 €. Niekoľkí ďalší respondenti mali príjem v rozmedzí 500-600 €. Z čiastočného pracovného úväzku mali respondenti priemerný čistý mesačný príjem 193,78€. Len u siedmich respondentov sa ukázal príjem z podnikania (živnosti), ktorých priemerný čistý mesačný príjem bol 257,14 €.

Samostatné bývanie

Študentom špeciálnych škôl bola vo výskume položená otázka o hľadaní si vlastného bývania v časovom rozpätí 5 – 6 rokov. Väčšina z nich (57,1%) odpovedala kladne, záporné odpovede predstavovali 29,3% a 13,6% z nich uviedlo možnosť odpovede neviem.

Rodinný život

Odborníci výskummom skúmali aj to, či mladí ľudia so ZP vo veku do 36 rokov bývajú vo vlastnom byte/dome alebo v podnájme či prenájme. Zistili, že väčšina respondentov býva u rodičov alebo v podnájme u iných ľudí. Spolu je to 69,6%. Študentom bola položená otázka, či by si v priebehu 5-6 rokov chceli založiť rodinu. Kladné odpovede uviedlo 64,9% respondentov. Zároveň zisťovali rodinný stav mladých ľudí vo veku do 36 rokov. V tabuľke 3 sú uvedené získané údaje v členení na vekové skupiny.

Tabuľka 3 Rodinný stav respondentov

Rodinný stav	Celý súbor N = 337	25 rokov a viac N = 268	30 rokov a viac N = 148
Slobodný/á	89,3	86,9	81,1
Ženatý/vydatá/po prvý raz	8,0	9,7	12,8
Ženatý/vydaná/d'alsie manželstvo	0,3	0,4	0,7
Rozvedený/á	1,8	2,2	4,1
Ovdovený/á	0,6	0,7	1,4
Spolu	100,0	100,0	100,0

(Zdroj: www.iuventa.sk)

Záujem mladých ľudí so ZP o vzdelávacie aktivity zamerané na zvýšenie ich kompetencií, schopností a zručností. Tabuľka 4 ponúka prehľad o tom, na akých vzdelávacích aktivitách by mali záujem zúčastniť sa mladí ľudia so ZP, za súbor respondentov, ktorí majú mentálne alebo psychické postihnutie a za skupinu respondentov, ktorí majú telesné, zmyslové postihnutie alebo ochorenie vnútorných orgánov a za celý súbor. Získané údaje hovoria o tom, že by bolo vhodné realizovať vo väčšej miere rôzne vzdelávacie aktivity, ktorých by sa zúčastňovali mladí ľudia so zdravotným postihnutím.

Tabuľka 4 Odpovede na otázku: Uvážte, či by ste mali záujem zúčastniť sa na vzdelávacích aktivitách, ktoré by Vám umožnili zvýšiť si schopnosti a zručnosti v nasledovných činnostiach: (pozn. respondenti mohli uvádzať viac variantov odpovedí)

	Mentálne postihnutie	Telesné, zmyslové alebo ochorenia vnút. orgánov	Celý súbor
Používanie cudzích jazykov	45,5%	51,2%	49,0%
Práca s počítačom a s podobnými zariadeniami	67,3%	59,6%	61,4%
Vybavovanie na úradoch	30,9%	37,1%	38,3%
Účtovníctvo	7,3%	16,4%	14,1%
Vedenie domácnosti, hospodárenie, príprava jedál	30,9%	31,9%	35,2%
	43,6%	38,5%	41,0%
Schopnosť dobre vychádzať s ľuďmi	20,0%	22,1%	21,0%
Spolupráca s cudzincami	10,9%	14,1%	13,1%
Schopnosť spolupracovať pri riešení problémov ľudí so ZP a iných problémov verejnými inštitúciami a rôznymi organizáciami	23,6%	25,4%	23,8%
Iné	2,6%	3,35%	3,0%

(Zdroj: www.iuventa.sk)

Odporúčania z výskumu

- Vytvárať lepšie podmienky pre úplné posudzovanie rozsahu a druhu ZP už v ranom veku a následne vytvárať sieť centier pre včasnú intervenciu.
- K začleneniu detí do bežných školských zariadení pristupovať diferencovane. Dôsledne zvažovať, či sú na škole vytvorené podmienky pre integrované vzdelávanie detí a mládeže.
- Prípravu na SOU, vrátane špeciálnych škôl, smerovať podľa potrieb pracovného trhu a primerane ZP.
- Uľahčiť tvorbu chránených pracovísk aj v domácom prostredí (práca na PC, drobné ručné práce a pod.).
- Riešiť samostatné bývanie, príp. založenie si rodiny osôb so ZP výstavbou bezbariérových nájomných bytov.
- Záujem mladých ľudí so ZP o rôzne vzdelávacie aktivity pre zvýšenie kompetencií a zručností (www.iuventa.sk).

Záver

Ku každému človeku, či už s mentálnym alebo iným postihnutím, je potrebné pristupovať individuálne. Avšak vo všeobecnosti je možné povedať, že ľudia s mentálnym postihnutím tak isto ako ostatní členovia spoločnosti túžia po uznaní, rešpekte, seberealizácii, vzdelávaní, práci, ktorá by ich naplňovala, samostatnom bývaní, po partnerovi a priateľoch, s ktorými by trávil voľný čas a žiť úplne normálnym životom. Považujeme to za jeden z najdôležitejších aspektov v rámci sociálnej práce s ľuďmi s mentálnym postihnutím. Akceptácia týchto ľudí takých, akí sú a dať im podporu, ktorá im umožní začlenenie a seberealizáciu. Za dôležité pri téme poradenstvo pre osoby s mentálnym postihnutím považujeme spomenúť o.z. Združenie na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím v SR, ktorého jednou z činností je presadzovanie práv a záujmov ľudí s mentálnym postihnutím voči štátnej politike a legislatíve (www.zpmpvsvr.sk).

Použitá literatúra

DRAGANOVÁ, H. 2006. *Sociálna starostlivosť*. 2006. Martin : Osveta, 2006. 195 s. ISBN 80-8063-240-5.

HUČÍK, J. a kol. 2013. *Osoby s mentálnym postihnutím a spoločnosť*. Liptovský Ján : PROHU s.r.o., 2013. 280 s. ISBN 978-80-89535-13-2.

IUVENTA. Slovenský inštitút mládeže. [online]. [cit. 2016.08.22]. Dostupné na internete : <<http://www.iuventa.sk/sk/Vyskum-mladeze/Vyskumy-katalog-dat/2013/Prechod-do-dospelosti-u-mladych-ludi-so-zdravotnym-postihnutim-ovplyvnujuce-socialne-factory.alej>>.

Národná rada občanov so zdravotným postihnutím. [online]. [cit. 2016.10.08]. Dostupné na internete: <<http://www.nrozp.sk/index.php/soc-rehabilitacia/o-socialnej-rehabilitacii/87-o-socialnej-rehabilitacii>>.

PAVELOVÁ, L. a kol. 2013. *Komunitná sociálna práca* (Sociálna práca v komunite). Bratislava : Vydavateľstvo IRIS, 2013. 248 s. ISBN 978-80-89238-79-8.

REPKOVÁ, K. – POŽÁR, L. – ŠOLTÉS, L. 2003. *Zdravotné postihnutie v kontexte novodobej sociálnej politiky*. Bratislava : Informačná kancelária Rady Európy, 2003. 241 s. ISBN 80-89141-03-X.

SCHAVEL, M. – OLÁH, M. 2012. *Sociálne poradenstvo a komunikácia*. Liptovský Ján : PROHU, 2012. 217 s. ISBN 978-80-89535-08-0.

Združenie na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím v SR. [online]. [cit. 2016.10.08]. Dostupné na internete:<<http://www.zpmpvsvr.sk/index.php/o-nas>>.

Kontaktná adresa

Mgr. Alena Kovalanová
Ústav sociálnych vied
Pedagogická fakulta
Katolícka univerzita v Ružomberku
alenka.kovalanova@gmail.com

INTEGRÁLNY ROZVOJ RÓMOV V KONTEXTE SOCIÁLNEJ PRÁCE A PASTORAČNEJ PRÁCE REALIZOVANEJ V KOMUNITNÝCH A MISIJNÝCH CENTRÁCH

Neupauer Róbert

externý doktorand, odbor sociálna práca, Katolícka univerzita v Ružomberku

Abstrakt

Úvod: Príspevok *Integrálny rozvoj Rómov v kontexte pastoračnej práce a sociálnej práce realizovanej v komunitných a misijných centrách* sa venuje jednotlivým charakteristikám a definovaniu pojmu *integrálny rozvoj*, ktorý je kľúčový pri riešení rómskej problematiky prostredníctvom pastoračnej a sociálnej práce. Usilujeme sa v ňom poukázať na dôležitosť aplikácie integrálneho prístupuprostredníctvom komunitnej práce, ako aj prostredníctvom troch základných činností pastoračnej práce (ohlasovanie, vysluhovanie sviatostí a sociálna služba), ktoré sa realizujú v marginalizovaných rómskych komunitách, aby viedli k sociálnej zmene, sociálnemu začleňovaniu i aktívnej participácii Rómov na živote spoločnosti a cirkvi.

Jadro práce: Pojem *integrálny rozvoj* vychádza zo sociálnej náuky Katolíckej cirkvi a znamená, že k celkovému spoločnému dobru spoločnosti je potrebné, aby sa nerozvíjala len nejaká jej oblasť alebo časť (napr. len ekonomika), alebo iba istá skupina, alebo iba jedna zložka človeka (napr. duševná), ale ak má byť rozvoj integrálny, musí sa týkať *celého človeka a každého človeka*. Sociálna práca uplatňuje integrálny prístup, keď sa usiluje ajo vnútorný i vonkajší rozvoj jednotlivca a *zároveň* jeho prostredia. Ako príklady integrálnych prístupov v sociálnej práci uvádzame integrálnu teóriu a aditívny model, ktoré vychádzajú z amerického prostredia sociálnej práce. Je to odrazom toho, že je tam viac rozvinutá komunitná práca, ktorá si vyžaduje práve takýto integrálny prístup. Rozvíjajúca sa komunitná práca na Slovensku realizovaná prostredníctvom komunitných centier prináša komplexný prístup, ktorý v krátkodobom meradle môže viesť k rozvoju jednotlivcov a menších skupín, ale v dlhodobom meradle k rozvoju celých komunit. Pastoračná práca prostredníctvom ohlasovania, slávenia a zapájania do služby vedie k integrálnemu rozvoju a to nielen tým, že rozvíja duchovnú zložku človeka, ale tiež tým, že evanjeliové hodnoty nepriamo prispievajú aj k jeho sociálnej zmene, sociálnemu začleňovaniu a aktívnej participácii na živote komunity. Rôzne výskumy realizované na Slovensku poukazujú na to, že prostredníctvom aktívnej pastoračnej práce v marginalizovaných rómskych komunitách dochádza k sociálnym zmenám, ktoré sú nevyhnutným predpokladom pre sociálne začlenenie Rómov.

Záver: Táto teoretická časť je základom kvalitatívneho výskumu metódou zakotvenej teórie, ktorým budeme realizovať vo vybraných lokalitách východného Slovenska, a ktorým budeme skúmať prínos sociálnej práce a pastoračnej práce k integrálnemu rozvoju Rómov na základe zhodnotenia účinnosti rôznych jestvujúcich modelov pastoračnej a sociálnej práce. Pritom vychádzame z predpokladu, že čím je nižšia úroveň segregácie Rómov v danej obci a čím komplexnejšie sociálne a pastoračné služby sú poskytované, tým viac budú prispievať k integrálnemu rozvoju Rómov. Vo výskume sa preto budeme prostredníctvom rozhovorovso sociálnymi pastoračnými pracovníkmi i samotnými Rómami venovať tomu, aké stratégie

použili jednotlivé subjekty sociálnej a pastoračnej práce v danej obci a k akým sociálnym zmenám došlo v daných komunitách prostredníctvom sociálnej práce a pastoračnej práce, ktoré viedli Rómov k ich následnému začleňovaniu do spoločnosti a Cirkvi ako aj k aktívnej participácii na živote spoločnosti a Cirkvi.

KLúčové slová: Integrovaný rozvoj. Rómovia. Komunitná práca. Pastoračná práca. Sociálna zmena. Sociálna inklúzia. Aktívna participácia.

Abstract

Introduction: A contribution *Integral Development of Roma in the Context of Pastoral Work and Social Work realized in Community and Mission Centres* concerns on the partial characteristics and definition of the term *integral development*, which seems to be key for us by solving of the Roma problems through the pastoral and social work. We try to show, how it is important to apply integral approach through the community work and also through Church's three-fold main responsibility (proclaiming the word of God, celebrating sacraments and social service), which are realized in marginalized Roma communities, so that they led them to the social change, social inclusion and active participation on the social and church's life.

Core: The term integral development stems from the social doctrine of the Catholic Church. It means that for the common good of society the development cannot be restricted only on its partial area (e. g. economic), or only partial group, or only one part of individual human being (e. g. mental part), but integral development must foster *each man and the whole man*. Integral development consists of various characteristics.

Social work applies the integral approach, when tries to develop *both* the interior and exterior of the individual person *and* the interior and exterior of the collective environment. As examples of the integral approaches we mention *integral theory* and *additive model*, which come from an American milieu of the social work, where is more developed community workrequiring the integral approach. The community work, which evolves in the marginalized Roma communities in Slovakia, is a comprehensive approach, which in the short term can foster interior attitude and exterior behaviour of the individuals and small groups, but in long term can lead to development of the whole communities.

The pastoral work is engaged in promoting integral development, when the Church proclaims, celebrates and performs social service. Thus, there is developed not only spiritual dimension of human person, but pastoral work through richness of gospel's cultural values lead also indirectly to social change, social inclusion and active participation in community life. Various researches realized in Slovakia indicate, that active pastoral work in marginalized Roma communities contributes to the interior social changes, which are necessary presumption for Roma social inclusion and other community activities.

Conclusion: This theoretical framework is basement for our qualitative research through method of a grounded theory, which will be realized in chosen communities in the east Slovakia. We will examine contribution of social and pastoral work to integral development of Roma, when we will evaluate effectiveness of various existing models of the pastoral and social work in given communities. Our main hypothesis is next: the less level of segregation of given Roma community and the more complex social services are offered by the social

work and pastoral work, the more it will contribute to integral development of Roma. The research through interviews with social workers, pastoral workers and Roma will concern on strategies used by the given subjects of social work and pastoral work, how social change is visible in the Roma lives, which led them to social inclusion and also to active participation in social and Church's life.

Key words: Integral development. Roma. Community work. Pastoral work. Social change. Social inclusion. Active participation.

Úvod

Praktická sociálna práca a pastoračná práca obsahujú mnohé spoločné aspekty, ktoré presahujú len tendenciu zmeny nepriaznivého správania Rómov. Prostredníctvom sociálnej práce, ako aj pastoračného pôsobenia dochádza nielen k sociálnej zmene, ale aj k mnohým širším impulzom celkového rozvoja jednotlivcov a komunit. Toto je potom jedinečným predpokladom pre kvalitatívne nové východisko pre transformáciu a rozvoj rómskej kultúry, ako aj pre vzdelávanie a integráciu Rómov do majoritnej spoločnosti (Brenkus, 2003). Podstatu tejto zmeny, ktorá sa deje počas pastoračného a sociálneho pôsobenia vyjadruje termín *integrálny rozvoj*, ktorý rozvinula Katolícka cirkev vo svojej sociálnej náuke (Spieker, 2010). V našom príspevku preto chceme poukázať na prínos sociálnej práce a pastoračnej práce na zlepšenie stavu marginalizovaných rómskych komunit prostredníctvom ich integrálneho rozvoja v komunitných a misijných centrách.

Pojem integrálny rozvoj a jeho charakteristiky

V našich podmienkach sa od čias osvietenstva vyskúšali voči marginalizovaným rómskym komunitám rôzne stratégie a metódy, ktoré len sčasti napomohli k začleneniu Rómov do spoločnosti. Podľa Zemana ide o tieto neúspešné alebo len čiastočne úspešné stratégie: *materialistický filantropizmus* (dajme Rómom dobré materiálne podmienky a celý ich život sa zmení), *agresívny rasizmus* (Rómovia ako menejcenní, nekultúrni a asociálni nemôžu mať rovnaké práva ako ostatní obyvatelia), *charitatívny filantropizmus* (byť Rómom je nešťastie, a preto treba týmto ľuďom pomáhať ako postihnutým, tolerovať ich chyby a ospravedlňovať ich zaostalý spôsob života) a *pštrosí separatizmus* (obe komunity – rómska a majoritná majú vlastné spôsoby života, a preto najvýhodnejšou formou ich spolužitia je vzájomná izolácia) (Zeman, 2006). Integrácia marginalizovaných rómskych komunit do majoritnej spoločnosti stále nie je možná. Bráni jej už samotný fakt ich sociálneho vylúčenia. Rómske marginalizované komunity akoby zostali „uväznené“ niekde medzi dvoma procesmi – asimiláciou a integráciou (Lehoczká, 2010). Preto musíme uvažovať nad tým, aké kritériá je potrebné nájsť, aby bol pokrok skutočne pokrokom aj pri začleňovaní Rómov do Cirkvi a spoločnosti. Ako vhodný sa nám javí termín *integrálny rozvoj* vychádzajúci z princípu *spoločného dobra*, ktorý podľa sociálnej náuky Katolíckej cirkvi od všetkých jednotlivcov a spoločenských inštitúcií vyžaduje konať tak, aby sa jednotlivým ľuďom umožnil a napomáhal integrálny rozvoj ich osobnosti a všetkým inštitúciám naplnenie ich cieľa (Košč, 2008). Takto chápaný rozvoj zahŕňa človeka v jeho jedinečnosti, úplnosti a sociálnej dimenzii, od počatia po prirodzenú smrť, berúc do úvahy rozvoj všetkých jeho rozmerov - tela a duše, srdca a svedomia, rozumu a vôle. Integrálne chápaný rozvoj človeka musí obsahovať aj jeho *duchovný* a nielen mentálny alebo fyzický rast. V nadväznosti na rozvoj

jednotlivého človeka ani integrálny rozvoj *skupín ľudí, komunit a národov* „nemôže spočívať v jednoduchom hromadení bohatstva alebo hojnejšom používaní majetkov a služieb, ak sa to dosahuje za cenu nedostatočného rozvoja obrovského množstva ľudí a bez patričného ohľadu na spoločenský, kultúrny a duchovný rozmer ľudskej bytosti.“ Rozvoj spočíva v jeho celistvosti: „Aby bol rozvoj *ozajstný*, musí byť *úplný*, t.j. musí povznášať *celého človeka a každého človeka*.“ Takto sa tento pravý a integrálny rozvoj týka aj každého jednotlivého Róma – jeho osobnej premeny i sociálnej zmeny a rómskych komunit ako celku v ich spoločenskej premene smerom dovnútra i navonok vo vzťahu k iným spoločenským štruktúram.

Charakteristiky integrálneho rozvoja

Pojem integrálny rozvoj zahŕňa viaceré charakteristiky (Neupauer, 2013). Tieto charakteristiky sú znaky, vlastnosti a okolnosti, ktorých rešpektovanie je prejavom aj samotným činom integrálneho rozvoja, lebo jedincovi ponúkajú potreby v celom rozsahu jeho osobných požiadaviek a potrieb (Uháľ, 2009). Je potrebné hodnotiť ich v jednote, súvislosti a členitosti, a preto pozornosť venovaná jednej charakteristike nesmie viesť k jej čiastkovému využitiu, akoby nesúvisela so všetkými ostatnými. Zároveň prehĺbenie a samotné uplatnenie čo len jednej z týchto charakteristik umožní jasne vidieť vzájomnosť, dopĺňanie a súvislosti, ktoré ich utvárajú. ***Pre potreby sociálnej práce a pastoračnej práce s Rómami sme vyšpecifikovali týchto sedem charakteristík:***

- *Integrálny rozvoj je povolanie od Boha a je nasmerovaný k Bohu* – táto prvá a najzákladnejšia charakteristika integrálneho rozvoja je odpoveďou sociálnej náuky Katolíckej cirkvi na otázky, odkiaľ vychádza pravý pokrok a čo je jeho cieľom: rozvoj sa rodí z transcendentnej výzvy a človek nie je schopný dať si svoj posledný zmysel.
- *Integrálny rozvoj je zodpovednosťou každého obdareného rozumom a slobodou* – táto druhá charakteristika *integrálneho rozvoja* poukazuje na to, že každý človek, ktorý prichádza na svet, sa rodí v stave nedokonalosti a nezrelosti a má v sebe schopnosti a vlastnosti, ktoré sa v ňom nachádzajú akoby v zárodku, ktoré je potrebné rozvinúť. Preto osobný ľudský rozvoj nie je nezáväzný, ale je súhrnom povinností každého jednotlivca.
- *Integrálny rozvoj musí usmerňovať pravá stupnica hodnôt* – táto charakteristika svedčí o tom, že rozvoj nie je niečo, čo je automaticky dané a historicky nevyhnutné, lebo pre pravý rozvoj tvorí obrovskú prekážku skutočnosť, ktorá sa nazýva *hriech* a *štruktúry hriechu*, ktoré spôsobujú následne prekážky pre rozvoj, ktoré trvajú oveľa dlhšie ako činy uskutočnené v krátkom období života jedného človeka a zasahujú aj do procesu rozvoja národov, ktorých *zaoštvávanie alebo pomalosť rozvoja je potrebné posudzovať aj v tomto aspekte*.
- *Integrálny rozvoj a rešpektovanie ľudských práv a dôstojnosti ide spolu* – spôsob rozvoja, ktorý by nerešpektoval a nenapomáhal ľudské práva a práva národov by nebol dôstojný človek. Táto charakteristika vychádzajúca z transcendentnej dôstojnosti každej ľudskej osoby poukazuje na *morálnu povahu* rozvoja a potrebu *živého vedomia* ľudských práv zo strany tých, ktorí sa usilujú o pravý rozvoj.
- *Integrálny rozvoj je povinnosťou každej spoločnosti* – úsilie o rozvoj človeka a národov nemôže byť iba individuálnou a tým menej individualistickou povinnosťou, lebo ho nie je

možné uskutočniť izolovanými silami jednotlivca. Preto je to naliehavý príkaz pre všetkých a pre každého, pre organizácie, pre národy a cirkvi.

- *Integrálny rozvoj človeka nemôže ísť bez solidarity zo strany spoločnosti* - táto charakteristika vychádza zo spoločenskej povahy človeka, spoločného pôvodu ľudí a z ich vzájomnej rovnosti. „Láskav pravde je základnou hybnou silou opravdivého rozvoja každého človeka a celého ľudstva.“V sociálnej oblasti sa aplikácia tejto lásky nazýva *solidaritou*, pričom je nevyhnutnosťou a nie dobrovoľnou opciou, lebo, ak sa rozvoj nestane solidárnym a spoločným pre všetky časti sveta, podstúpi degradačný proces aj v oblastiach vyznačujúcich sa stálym pokrokom.
- *Integrálny rozvoj smeruje od menej ľudských k ľudskejším podmienkam* - integrálny rozvoj smeruje k odstraňovaniu hmotnej ale aj mravnej chudoby. Vedie od oslobodenia v situáciách sociálnej nespravodlivosti sociálnych štruktúr k povznášaniu, z biedy k potrebnému vlastníctvu, k rozširovaniu vedomostí a kultúrnemu rozvoju. Ide v ňom nielen o uznávanie ľudskej dôstojnosti, spoluprácu na spoločnom dobre a úsilie o mier, ale aj o uznávanie najvyšších hodnôt – Boha a viery, ktorá vedie k budovaniu Kristovej jednoty a účasti na Božom živote. Táto charakteristika poukazuje na dôležitosť *postupnosti a komplexnosti* konkrétnych krokov v rôznych oblastiach od materiálnej, cez duševnú po duchovnú, keď chceme vidieť integrálny rozvoj jednotlivcov a skupín.

Integrálne prístupy v sociálnej práci

Vzhľadom na poslanie sociálnej práce je cieľom sociálnych pracovníkov usilovať sa o rast a rozvoj človeka v kontexte spoločnosti a zároveň usilovať sa o dobro spoločnosti ako celku, nielen jej časti alebo jednej úrovne. K dosiahnutiu tohto cieľa je potrebný integrálny prístup a stratégie pre komplexné porozumenie ako práce s jednotlivcami tak aj rozličných systémov, do ktorých sú zaangažovaní na vyšších úrovniach. Mikro, mezo a makrosystémové smerovanie je potrebné priviesť do rovnováhy a integrácie jedného s druhým, aby sa stali filozofickým a teoretickým podopretím sociálnej práce. Preto by sme chceli poukázať na dva modely, ktoré vychádzajú z amerického prostredia sociálnej práce, kde je viac rozvinutá komunitná práca, ktorá si vyžaduje práve takýto integrálny prístup. Tieto modely sa usilujú o integrálny prístup v sociálnej práci a sú analogické ku konceptu integrálneho rozvoja vychádzajúceho zo sociálnej náuky Katolíckej cirkvi, ktorý poukazuje na to, že integrálny rozvoj musí usilovať o rozvoj celého človeka a každého človeka.

Integrálna teória vyjadruje to, že vnútorný rast a rozvoj jednotlivca a spoločnosti vychádza z ich vzájomnej interakcie a podobne je to aj pri vonkajších formách rozvoja jednotlivca a spoločnosti. Prostredníctvom organizovania a integrácie rozličných teórií a systémov myslenia integrálna teória konceptualizuje vedomostnú bázu sociálnej práce a vysvetľuje jej povahu. Transcendentuje a zahŕňa viaceré teórie sociálnej práce na mikro, mezo a makro úrovni. Štyri štvorce v tabuľke zobrazujú poznanie, ktoré sociálna práca už má o jednotlivcovi a kolektívnom prostredí, ich vnútre a vonkajšku a o vzťahoch medzi vnútorným a vonkajším jednotlivca a kolektivity. Sociálna práca čerpá teórie, ktoré vychádzajú z každého tohto štvorca, aby sa komplexne venovala jednotlivcovi a jeho prostrediu.

	Vnútro	Vonkajšok
Individualita	<p><i>Ja</i></p> Psychosociálna teória Psychoterapeutická teória Rozvojové teórie Kognitívna teória	<p><i>To</i></p> Behaviorálna teória Biologické a genetické teórie
Kolektívnosť	<p><i>My</i></p> Etika a sociálna spravodlivosť Rodinné a skupinové teórie Teórie sociálneho kapitálu Sociologické teórie (Weber, Durkheim)	<p><i>Ono</i></p> Sociologické teórie (Marx, Parson) Ekonomické teórie Perspektíva ekologických systém Teórie sociálneho učenia Organizačné teórie

Dva horné štvorce sú zamerané na jednotlivca a dva dolné štvorce na kolektívitu. Ľavá strana predstavuje subjektivitu/vnútro a pravá strana objektivitu/vonkajšok. Tieto aspekty skutočnosti vzájomne interagujú a vyvíjajú sa. Niekedy kritici poukazujú na to, že integrálna teória je o všetkom a o ničom, no keďže sa celý rozvoj uskutočňuje vo vzájomnej interakcii medzi jednotlivcom a jeho prostredím, integrálna teória nám pomáha uvedomiť si, že nie je potrebné rozdeľovanie medzi sociálnymi pracovníkmi, ktorí vykonávajú sociálne intervencie s jednotlivcom a tými, ktorí intervenujú na komunitnej a vyššej úrovni. Je to ako pri skladaní puzzle aj ten, kto pracuje na najnižšej úrovni sociálnej práce s jednotlivcom, potrebuje vedieť, že jeho činnosť z niečoho vychádza a že k niečomu smeruje, teda, že má plán a zmysel a aj ten, kto pracuje na najvyšších úrovniach sociálnej politiky, si potrebuje uvedomovať, že aj tie najlepšie teórie sú zbytočné, ak chýba konkrétny realizátor, ktorý pracuje s jednotlivcom, skupinou či komunitou a skladá jednotlivé puzzle v praktickej sociálnej práci. Integrálna teória tak poskytuje nevyhnutnú teoretickú oporu pre sociálnu prácu tým, že zdôrazňuje dôležitosť rôznych metód a špecializácií v rámci sociálnej práce. Jednotlivé teórie, z ktorých vychádza sociálna práca nie sú opustené, ale sú napojené na väčšiu integrálnu perspektívu, na ktorej môžu spočívať rozvojové modely pre prax a výskum (Larkin, 2005).

Aditívny model sociálnej práce tiež pripomína koncept integrálneho rozvoja. Vychádza z toho, že teoretické výskumy o chudobe sa zväčša zameriavajú len na jeden zo štyroch okruhov tém: správanie jednotlivca, nevhodné politické a ekonomické štruktúry, nedostatočný rozvoj ľudského a spoločenského kapitálu a vykorisťovanie chudobných. Podľa *aditívneho modelu* je chudoba zapríčinená nielen správaním jednotlivca, ale zároveň nevhodnými politickými a ekonomickými štruktúrami – a všetkým, čo je medzi tým – teda nedostatočným rozvojom ľudského

a spoločenského kapitálu vylúčených komunit ako aj vykorisťovaním chudobných zo strany mocných, ale aj členmi vlastnej komunity. Komunity pri prekonávaní chudoby potrebujú vytvárať stratégie vo všetkých štyroch oblastiach. Venovať sa len prvej a tretej oblasti znamená naďalej udržiavať jedincov v chudobe. Sociálna práca podľa tohto modelu vníma jednotlivcov žijúcich v chudobe, strednej triede alebo vo vrstve bohatých ako osoby schopné riešiť svoje problémy a preto sa sústreďuje okolo tém prepojenosť a vzájomné vzťahy. Ide o „nás“, nie o „nich“. Prienik vonkajšej a vnútornej zmeny jedinca a jeho prostredia, ako aj širšieho prostredia spoločnosti prostredníctvom sociálnej práce poukazuje na to, že aj tento aditívny model presadzuje do sociálnej práce integrálny prístup.

Komunitná práca ako nástroj integrálneho prístupu

Sociálna práca sa na Slovensku realizuje v marginalizovaných rómskych komunitách najmä prostredníctvom *terénnej sociálnej práce* a *komunitnej práce*, pričom tieto sociálne služby predstavujú podporu sociálnej integrácie v obciach s vysokým podielom príslušníkov marginalizovaných rómskych komunit ako priestoru pre poradenstvo, vzdelávanie a voľnočasové aktivity. Teraz nechceme bližšie rozoberať prínosy a obmedzenia terénnej sociálnej práce, ale chceme hlbšie poukázať na komunitnú prácu, ktorá je u nás najmenej rozpracovaná oblasť sociálnej práce. Komunitná práca má zabraňovať vzniku sociálnych problémov alebo napomáhať v riešení už vzniknutých problémov, ktoré vychádzajú zo sociálneho znevýhodnenia nejakej skupiny (kumulácia jednotlivcov žijúcich v chudobe a hmotnej núdzi, so znevýhodnením prístupom k zamestnaniu, vzdelaniu, prípadne so stratou sebaúcty a záujmu o zapojenie do spoločnosti). Jej cieľom je tiež hľadať kompromisy napr. sociálny konsenzus s minoritou so zásadným prihliadnutím na miestne podmienky. Jedna z jej najdôležitejších stránok je spolupráca s ľuďmi, ktorí majú prirodzenú autoritu v komunite a napomôžu vyvolať aktivitu u ďalších členov komunity (Tokárová, 2003). To má viesť k takej zmene v komunite, ktorá povedie k posilneniu sebaúcty a schopnosti členov komunity, o vyrovnanie ich šancí na rovnoprávne začlenenie do občianskej spoločnosti. Na rozdiel od *paternalistického prístupu*, ktorý je charakteristický tým, že štát alebo mimovládne organizácie rozhodujú v prospech ľudí, pretože predpokladajú, že ľudia nevedia, čo je pre nich dôležité, je charakterizovaná *partnerským prístupom*, ktorý predpokladá, že každý človek má vlastné zdroje motivácie a poznania toho, čo je dobré. Jedine tým, že sa človek od začiatku zapojí do rozhodovania o tom, ako sa môže a chce vysporiadať so svojou životnou situáciou, ako sa chce a môže meniť spojením viacerých síl, schopností, poznania cez sieťovanie s ďalšími ľuďmi, je možné podporiť potrebnú zmenu. Jedným z najčastejšie deklarovaných cieľov komunitnej práce je *zmocnenie*, ktoré sa chápe ako mnohorozmerný sociálny proces, ktorý pomáha jednotlivcom i komunite získať väčšiu kontrolu nad svojimi životnými podmienkami. Moc sa rozlišuje ako dominancia nad niekým, kde jeden ovláda druhého a moc ako schopnosť veci uskutočniť, kde jeden druhého podporuje. O túto druhú podobu moci v komunitnej práci ide, pričom sa prejavuje zmocňovaním resp. *budovaním kapacít* ľudí (pri sebaovládaní a sebaorganizovaní, v skupine, vo vzťahu k úradom a inštitúciám, v rámci získavania finančných zdrojov, v rámci občianskej spoločnosti).

Poslanie komunitných centier v marginalizovaných rómskych komunitách

Poslaním komunitného centra v rómskych komunitách je prostredníctvom poskytovania komplexných sociálnych a komunitných služieb prispieť k sociálnemu začleňovaniu osôb sociálne vylúčených na individuálnej, ako aj na lokálnej úrovni. Medzi ciele komunitného centra patrí zlepšovanie sociálnej situácie jednotlivcov, rodín a vylúčených spoločenstiev; prevencia a predchádzanie sociálno-patologických javov a rizikového správania; poskytovanie poradenskej činnosti pre potreby komunity a klienta; poskytovanie vzdelávacích a voľno časových aktivít; podpora osobnostného, etického a duchovného rozvoja, cez ktorú sa buduje vnútorná motivácia. Základným poslaním komunitného centra je tiež komunitná práca v intenciách komunitného rozvoja, to znamená aktivity zamerané na participáciu väčších skupín obyvateľov, podpora ľudského a sociálneho rozvoja komunity, vytváranie formálnych a neformálnych sietí, aktivizácia ľudí zo sociálne znevýhodneného prostredia, aby sa aktívne podieľali na sociálnom živote komunity, pomoc pri identifikovaní problémov, aktivizácia k pomoci a svojpomoci (Čerešníková, 2015). Výhodou komunitného centra v rómskych komunitách oproti školskému a vzdelávaciemu systému je *dobrovoľnosť* prístupu k jeho odborným aktivitám a iným činnostiam, ako aj *komplexnosť* aktivít. Princíp komplexnosti spočíva v zameraní služieb na viaceré cieľové skupiny súčasne, v poskytovaní služieb pre celú sídelnú komunitu (obec) a v komplexnosti odborných činností, iných činností a aktivít, ktoré sú poskytované na základe primárnej analýzy potrieb cieľových skupín a ich veľkosti, so súčasným rešpektovaním princípu minimálnej komplexnosti.

Etapy komunitnej práce

Komunitná práca v rómskych komunitách postupne prechádza takmer všetkými etapami sociálnej práce, pričom realizáciu projektu sociálnych opatrení je možné rozdeliť na tieto etapy:

Zapájanie – v prvej fáze komunitní pracovníci spolu s jadrovou skupinou z komunity iniciujú skôr drobné aktivity reagujúce na potreby komunity, čím sa overí ochota ľudí podieľať sa na rozvoji komunity. Z toho tiež vyvstane, čo sa potrebujú členovia jadrovej skupiny naučiť, aby získali potrebné zručnosti pre podporovanie realizácie komunitných aktivít. Na začiatku rozmýšľajú „komunitne“ iba komunitní pracovníci a postupne sa k nim pridávajú aj členovia jadrovej skupiny.

Rozširovanie organizácie – jadrová skupina i celá komunita už zažila prvé úspechy (napr. uznanie zo strany samosprávy). Komunitní pracovníci sú stále nablízku a podporujú procesy v komunite, ale dávajú menej podpory, aby neumenšili energiu, ktorú ľudia prinášajú. Ľudia postupne získavajú sebadôveru a dostávajú chuť na uskutočňovanie ďalších svojich nápadov. Členovia jadrovej skupiny sa stávajú členmi pracovného tímu a podieľajú sa na budovaní a formovaní ostatných členov komunity. Táto fáza sa vyznačuje tým, že z komunity prichádzajú ďalší aktivisti a chcú uskutočniť svoje nápady pre rôzne cieľové skupiny.

Získavanie nezávislosti – v tejto fáze ide o upevnenie demokratických mechanizmov, ktoré boli zavedené v predchádzajúcich fázach a na ktoré sa ľudia môžu spoľahnúť. Ľudia z komunity nachádzajú priateľské vzťahy mimo svoju komunitu a sú rešpektovaní zo strany samosprávy. Sú schopní vznášať svoje požiadavky a vedia prebrať svoj diel zodpovednosti za ich realizáciu. Majú vedomie, že veci nie sú zadarmo a je samozrejme byť aktívnym (napr. vznikajú občianske iniciatívy). Komunitní pracovníci postupne zmeňujú svoju aktivitu tam, kde to nie je potrebné.

Odvzdávajú niektoré svoje kompetencie ľuďom zjadrovej komunity (niektorí sa môžu profesionalizovať a stať komunitnými pracovníkmi), vyhľadávajú a formujú nových lídrov (Schuringa, 2007).

Mobilizovaná komunita – sa vyznačuje čoraz menšou aktivitou pôvodných komunitných pracovníkov, niekedy aj ich odchodom, ak na to dozrel čas. Táto fáza neznamená, že sú vyriešené všetky problémy v komunite, ale existuje v nej perspektíva, že sa jej obyvatelia necítia byť osamotení a pasívni, ale existuje štruktúra pre ich myšlienky a iniciatívy. Komunita je mobilizovaná, keď má vyformovaných silných lídrov, vie zvládať problémy ako komunita a má nadviazané efektívne vzťahy mimo komunitu.

Integrálny prístup v pastoračnej práci

„Cirkev je tu pre *evanjelizovanie*.“ Toto poslanie evanjelizovať vychádza z misijného príkazu, ktorý zanechal Cirkvi Ježiš Kristus. Nijaká čiastočná a neúplná definícia nemôže vystihnúť takú bohatú a dynamickú skutočnosť, akou je *evanjelizácia*. Výrazom *evanjelizácia* sa popisujú rôzne navzájom vnútorne pospájané aspekty tohto misijného príkazu zhrnuté do troch podstatných úloh Cirkvi: *ohlasovanie Božieho slova, vysluhovaniesviatostí, sociálna služba*. Tieto úlohy a aspekty sa navzájom podmieňujú a nemôžu byť od seba oddelené, lebo niekedy je sklon vybrať si jeden aspekt a stotožňovať ho s evanjelizačnou činnosťou. Priamym i nepriamym dôsledkom evanjelizačného pôsobenia Cirkvi bolo to, že okrem šírenia duchovných dobier viery, podporovala aj rozvoj časných dobier. Neexistuje v dejinách inštitúcia, ktorá by sa ako Katolícka cirkev tak dlhodobo a kontinuálne usilovala o rozvoj človeka a ľudstva. Misionári, ktorí stavali spolu s kostolmi dobročinné ústavy a nemocnice, školy a univerzity, v nejednom kraji patrili medzi priekopníkov materiálneho pokroku a kultúrneho rozmachu. No tým najväčším impulzom k rozvoju i jeho dovŕšením je podľa sociálnej náuky Katolíckej cirkvi privedenie človeka k stretnutiu s Ježišom Kristom: „Človek svojim včlenením sa do oživujúceho Krista má prístup k novému rozkvetu, k transcendentnému humanizmu, ktorý mu dáva najväčšiu plnosť. A to je najvyššie určenie osobného rozvoja,“ a tak „celá Cirkev, celé jej bytie a konanie, keď ohlasuje, slávi a koná v láske, je zamerané na integrálny rozvoj človeka.“

Pastoračná práca s Rómami ako prostriedok ich integrálneho rozvoja

Mnohí Rómovia, hoci sú pokrstení, nie sú evanjelizovaní hovoria, že veria v Boha, ale to nestačí. Potrebujú prejsť od synkretistickej nábožnosti, ktorú religionisti a etnológovia nazývajú *viacvrstvová konfesionalita* k autentickému prijatiu Ježiša Krista a jeho poslania. Univerzálne dejiny evanjelizácie svedčia o tom, že šírenie kresťanského poslania bolo vždy sprevádzané procesom *očisťovania kultúr*, ku ktorým sa obracalo, a preto je potrebné, aby pastorační pracovníci poznali kultúru Rómov, ich spoločenské a ekonomické postavenie, aby bolo ich ohlasovanie účinné a viedlo k premene ich kultúry (Kováč, 2002). Podľa Robertsona pri ohlasovaní evanjelia v rómskych komunitách vystupujú tri skupiny, ktoré sa vyznačujú týmito charakteristikami:

- Rómovia s *viacúrovňovou vierou*, ktorá je poznačená prvkami synkretizmu, kde kresťanstvo je len ďalšia pridaná vrstva k predchádzajúcim konfesijným predstavám;
- Rómovia s *prechodovou úrovňou viery*, ktorá sa ťažko definuje, lebo je hranicou medzi viacúrovňovou a jednourovňovou konfesionalitou. Medzi známky tejto úrovne patrí:

rastúce porozumenie Božiemu slovu, ktorá pomáha človeku očisťovať sa od synkretistických predstáv, nespokojnosť človeka s prežívaním svojej spirituality, poprípade s tým, čo mu ponúka jeho cirkev, vnútorná túžba po prijatí a hľadanie spoločenstva. Človek sa môže zastaviť na tejto úrovni, poprípade cez tlak okolia sa vrátiť do viacúrovňovej konfesionality, alebo prejsť na ďalší stupeň prežívania viery;

- Rómovia s **jednouúrovňovou vierou**, ktorá sa vyznačuje pravidelnou návštevou cirkevných stretnutí (bohoslužby, formácia a pod.), podieľanie sa na rôznych aktivitách cirkvi, prijímanie Biblie a učenia cirkvi ako životného štandardu, zmena v životnom štýle (zanechanie hádok a domáceho násillia, zrieknutie sa alkoholizmu, fajčenia, gamblingu, zlepšenie hygienických podmienok v dome a pod.) a prechod od hanby k akceptácii svojej rómskej etnicity (Robertson, 2009).

Zároveň si Robertson všimol, že pri procese evanjelizácie v marginalizovaných komunitách, ktorý dokáže priviesť Rómov k jednouúrovňovej viere, má to dopad nielen na ich prežívanie viery ale je to faktor výrazne zvyšujúci ich integračný potenciál cez premenu ich nasledujúcich postojov v spoločenskom a kultúrnom živote:

- **v rómskej kultúre dominujú muži**. V kresťanskom kontexte je pozícia muža ako autority akceptovaná, no v rómskom ponímaní je toto chápanie neraz deformované (Šoltésová, 2004). Cez ohlasovanie dochádza v tejto oblasti k premene vzťahov medzi mužom a ženou (Podolinská, 2010).
- **formálnemu vzdelaniu sa nepripisuje veľký význam**. Takmer 80% rómskych rodičov školopovinných detí nemá záujem o to, aký je prospech ich detí v škole. Obrátenie vedie k tomu, že si Rómovia začínajú uvedomovať dôležitosť vzdelania pre svoje deti.
- **veľká časť Rómov je nezamestnaná**, pričom tvoria najväčšiu skupinu dlhodobo nezamestnaných. Aj tu prijatie viery prežívanej osobne motivuje Rómov, aby nezostávali odkázaný len na sociálnu dávku, ale usilovali sa o hľadanie zamestnania, i keď v tejto oblasti budú Rómovia aktívne hľadajúci prácu čeliť problémom vyplývajúcim z nasledujúceho faktora.
- **Rómovia sú vo všetkých sférach spoločnosti diskriminovaní**. Prostredníctvom hlásania evanjelia môžu objaviť svoju transcendentnú hodnotu, no ani to nemusí stačiť, aby sa začlenili do spoločnosti. Diskriminácia má dve strany mince. Aj keď sa Rómovia zmenia, neznamená to, že prestanú byť diskriminovaní, ale je to dôležitý predpoklad, aby jej mohli čeliť (Šoltésová, 2004).

Tento prechod od viacúrovňovej viery k jednouúrovňovej sa deje po osi ohlasovanie – sociálna zmena jednotlivcov – uvádzanie do kresťanského života a vysluhovanie sviatostí – začleňovanie do Cirkvi – vovádzanie do služby – aktívna participácia Rómov na živote svojej komunity.

Ohlasovanie základný faktor integrálneho rozvoja ako spúšťač sociálnej zmeny

Premena spoločenských štruktúr vedúca k sociálnej zmene prejavujúcej sa *ľudským oslobodením* a *rozvojom* je spojená s *ohlasovaním spásy* v Ježišovi Kristovi, aj keď tieto pojmy nie je možné úplne stotožniť. Len ľudské oslobodenie, blahobyť a rozvoj totiž nestačia na príchod Božieho kráľovstva. Ohlasované evanjelium predstavuje oslobodzujúcu silu a napomáha rozvoj práve tým, že vedie k obráteniu srdca a mysle. Tento vplyv ohlasovania nekončí len na individuálnej rovine, ale má následne vplyv na širšiu komunitu a premenu spoločenských štruktúr: „*Je to práve*

evanjelizácia, ktorej je treba dávať prednosť, je to Boh Ježiša Krista, ktorého treba poznať, veriť mu a milovať ho. Evanjelizácia musí obrátiť srdcia, aby mohla činnosť na sociálnom poli napredovať, aby sa uviedlo do chodu zmierovanie.“A preto podľa Benedikta XVI. „ohlasovanie Krista je prvý a základný faktor rozvoja.“ Ohlasovanie tak nie je iba duchovná aktivita, ale úzko súvisí s povznesením človeka, jeho rozvojom a oslobodením, pričom potrebuje brať do úvahy podmienenosť konkrétneho človeka a komunity od kultúrnych, sociálnych a hospodárskych okolností, ktoré je potrebné vyzdvihovať alebo pretvárať.

Začleňovanie Rómov do Cirkvi cez prvky kresťanského života

Slávenie – účasť na liturgii Cirkvi, prijímanie sviatostí a ďalšie prostriedky kresťanského života sú dôležitou časťou integrálneho rozvoja, ktorá je nepochopiteľná osvietenskému a materialistickému chápaniu, ktoré vidí ako hodnotné len to, čo môže spoznať hmatateľne a aktívne to ovládať. Niekedy sa preto jednotlivé aspekty troch podstatných úloh Cirkvi oddeľujú a vyzdvihuje sa len duchovná alebo sociálna aktivita evanjelizačnej činnosti. Avšak „viera, kult a etos sa navzájom prenikajú ako jediná skutočnosť, ktorá nadobúda tvárnosť v stretnutí sa s Božou *agapé*. Zvyčajné stávanie kultu a etiky do protikladu tu jednoducho padá. V samotnom kulte, v eucharistickom spoločenstve, je zahrnuté aj to, že sme milovaní a že milujeme druhých.“ Preto slávenie liturgie a prijímanie sviatostí je spájajúcim stredom evanjelizačnej činnosti, ktorá vychádza z ohlasovania a smeruje ku konkrétnej službe. A tak prežívanie stretnutia s Kristom v liturgii a vo sviatostiach Cirkvi, má na veriacich nielen duchovné účinky zamerané na večný život, ale má spoločenské dôsledky lebo, im dáva impulz k osobnej premene a k činnosti na rozvoji tohto sveta. Keď človek objaví, že je milovaný Bohom, pochopí vlastnú transcendentálnu hodnotu, je schopný meniť zvyklosti a kvality vzťahov, ako aj sociálne štruktúry. Toto bolo cesta ako Cirkev prinášala rozvoj do sveta od svojho počiatku, a preto základnou metódou uvádzania Rómov do hlbšieho kresťanského života môže byť údaj o prvých kresťanoch, ktorí sa „vytrvalo zúčastňovali na učení apoštolov, na bratskom spoločenstve, na lámaní chleba a na modlitbách“ (*Skutky apoštolov* 2,42). Sú tu vyjadrené hlavné prvky tohto uvádzania prostredníctvom liturgie, sviatostí a iných prostriedkov kresťanského života a to aj v patričnom poradí:

Učenie apoštolov znamená formovať z Rómov aktívnych členov Cirkvi – „Základný princíp, z ktorého vychádzame pri práci s Rómami je – nie kvantita, ale *kvalita*: zmena života, morálne zásady, služba pre vlastnú komunitu. Pre dosiahnutie tohto cieľa slúžia pravidelné každodňové neformálne stretnutia s istou ustálenou skupinou ľudí. Stretnutia sú všeobecne formačné s dôrazom na dôležitosť duchovnej formácie.“

Bratské spoločenstvo znamená dôležitosť formácie Rómov v malých skupinách – z dôvodu špecifickej mentality Rómov bude mať pastoračná činnosť väčší účinok, keď sa bude odohrávať v rodinách alebo v malých skupinách, lebo tie uľahčujú osobný prístup pri odovzdávaní skúsenosti viery, chránia pred anonymnosťou, umožňujú prežívať vzájomné prijatie a zdieľanie skúsenosti zo stretnutia s Pánom. V takýchto skupinkách sa Rómovia stretávajú sami so sebou i so svojou kultúrou a nájde tu ocenenie aj ich zodpovednosť ako protagonistov a laikov (Ružbarský, 2009).

Lámanie chleba znamená nielen duchovné účinky ale aj sociálne dôsledky prijímania sviatostí. Cirkev podporuje služby, úlohy a funkcie laikov, lebo majú sviatostný podklad v krste a birmovaní a mnoho ráz aj v manželstve a ďalších sviatostiach (Fabián, 2006).

Modlitba znamená duchovný život podnecujúci integrálny rozvoj Rómov. Uvádzanie Rómov do kresťanského života sa deje aj prostredníctvom ich učenia a povzbudzovania k *modlitbe*. Ak má ísť pastoračná činnosť Rómov do väčšej hĺbky vyvstáva potreba inkulturácie evanjelia do prežívania zbožnosti a liturgie. Dôležitým činiteľom je používanie rómskeho jazyka v tejto oblasti. Na Slovensku vyšiel preklad Novej zmluvy vo východoslovenskom dialekte rómčiny a existujú rôzne spevníky a CD rómskych kresťanských piesní. Aj tieto aktivity výrazne prispievajú k rozvoju Rómov, lebo od nich sa formujú kultúrne hodnoty jednotlivých národov.

Aktívna participácia Rómov cez ich zapájanie do služby

Konanie aj tých najmenších skutkov človekom, ktorý je naplnený touto nadprirodzenou láskou-*agapé*, má nesmiernu hodnotu. Len vďaka tejto darovanej láske, ktorá pôsobila a pôsobí v živote kresťanov, si možno vysvetliť vznik mnohých iniciatív zameraných na rozvoj človeka a národov, ktoré počas stáročí vznikali z ich podnetu. A naopak bez lásky - *agapé* sú všetky prirodzené i nadprirodzené dary dané do služby druhým ničím a všetky aj na pohľad veľké skutky pokroku sa stávajú neosožné. Katolícka cirkev svoju sociálnu službu nazýva *charita* alebo *diakonia* a každého kresťana požíva ísť po tejto ceste (Fabián, 2006). Preto pri pastoračnej práci s Rómami vyvstáva potreba prípravy a formovania rôznych pastoračných pracovníkov z ich radov. Formácia Rómov pre pastoračné úlohy je prioritou a záväzkom pre Cirkev do budúcnosti. Vyžaduje si to mnoho námahy a času pre bezprostredný kontakt, ale iba tak možno vychovať vhodných spolupracovníkov pre službu medzi Rómami. Na Slovensku má rozpracovanú formáciu rómskych služobníkov Pastoračné centrum Rómov v Čičave, ktoré organizuje rôzne formačné kurzy a biblickú školu. Aj Rómske duchovno-spoločenské stredisko v Krížovej Vsi organizovalo dvojročnú Rómsku animátorskú školu a dvojročný kurz FOROS (Formácia rómskych služobníkov). Ak budú vybudovaní kvalitní pomocníci, ktorí budú nielen zapálení pre vec ale aj schopní obstať a správne viesť druhých, môžu byť poverení službou v nejakej osade. Ich služba môže spočívať vo vedení alebo v asistencii pri vedení malého spoločenstva, vo vedení voľnočasových krúžkov, v rôznych liturgických službách, v hudobnej službe a modlitbovej službe alebo v rôznych dobrovoľníckych činnostiach (upratovanie, poriadková služba, detská služba, technická služba a pod.). Rómski animátori a dobrovoľníci pre túto službu nevyhnutní, lebo len ich zapájaním môže dochádzať k zvyšovaniu efektívnosti evanjelizačnej práce medzi Rómami ako aj k celkovému rozvoju rómskej populácie (Neupauer, 2011).

Rozličné pastoračné štruktúry v službe integrálneho rozvoja Rómov

Pastoračná činnosť prebieha prostredníctvom rozličných pastoračných štruktúr. Tou najzákladnejšou je *farnosť*. Vo väčšom počte farností na Slovensku sa však Rómom nevenuje žiadna alebo iba okrajová pozornosť. Ako dôvody je možné uviesť to, že nie všetci kňazi majú vytvorený vzťah k Rómom. Vyslúžia im základné sviatosti, ale nesnažia sa o hlbšiu pastoráciu. Ďalším dôvodom je napätie, ktoré existuje medzi majoritou a Rómami, ktoré spôsobuje, že Slováci iba neradi akceptujú prítomnosť Rómov na bohoslužbách z dôvodu ich hlučnosti, nedostatočnej hygieny a narušených vzťahov. Dôvodom je aj to, že ide o špeciálnu pastoráciu, pričom farár sa jej nedokáže popri riadnej pastorácii venovať z dôvodov časovej neschopnosti úplného nasadenia na vykonávanie tejto služby. Preto Katolícka cirkev namiesto bežnej územnej pastoračnej štruktúry poukazuje na dôležitosť vytvárania *personálnych* pastoračných štruktúr,

v rámci ktorých môže prebiehať pastoračná a sociálna činnosť zameraná na evanjelizáciu, ľudský rozvoj a špecifické potreby Rómov. Medzi ne patria tieto pastoračné štruktúry:

Misijní kapláni/misionári predstavujú kňazov, ktorí sú osobitne vyčlenení iba pre pastoračnú službu medzi rómskym etnikom. Na každom mieste by mal pôsobiť istý počet takýchto kaplánov, úmerný počtu Rómov v danej lokalite. Na Slovensku je takýto typ služby rozvíjaný v gréckokatolíckom Pastoračnom centre Rómov v Čičave, kde pôsobia dvaja kňazi, ktorí sa venujú Rómom v desiatich lokalitách. Misijný kaplán sa okrem vykonávania svojej misie môže venovať rôznym nadstavbovým činnostiam, ktoré si vyžaduje táto práca: ako napríklad formácia animátorov a služobníkov z radov Rómov, tvorba misijných tímov, vytváranie formačných materiálov a pod. „Pôsobenie kňaza, ktorý je špeciálne vyčlenený na prácu alebo misiu medzi Rómami nezávisle od práce farnosti ukázalo, že ide o úspešný model služby medzi Rómami, ktorý sa v tomto prípade javí byť efektívnejší, ako keď sa o prácu s Rómami pokúša kňaz v rámci vlastnej farnosti.“

Spoločenstvo most je tvorené pastoračnými pracovníkmi z majority, ktorí žijú spoločne s rómskou komunitou. Zdieľajú s nimi spoločne život, lebo svedectvo kresťanského života je niekedy viac než mnohé slová. Príkladom takéhoto spôsobu pastoračie medzi Rómami je život rehoľného spoločenstva Sestier sv. Františka v Lomničke. „Svojou prítomnosťou a svojim životom sa podieľajú na pretváraní života Rómov nie zvonku, ale zvnútra. Takýto spôsob pastoračie sa javí ako najúčinnnejší, ale zároveň aj najnáročnejší.“

Misijné/pastoračné centrá v blízkosti v rómskych komunitách alebo priamo v nich poskytujú priestor na skĺbenie rôznych aktivít duchovných, voľno-časových, vzdelávacích, sociálnych a kultúrnych, kde Rómovia môžu objavovať rôzne životné hodnoty. Sú miestom, kde sa vytvára a formuje živé a fungujúce spoločenstvo z radov Rómov, ktoré ich potom motivuje k službe. Príklad a život takého spoločenstva následne vplýva a mení prístup ostatných obyvateľov miestnej komunity k Bohu, k životu i hodnotám (Červeň, 2008). Táto forma pastoračie sa tiež na mnohých miestach ukázala ako efektívna, pričom na Slovensku existuje niekoľko takýchto misijných centier (na Poštárke v Bardejove, na Luniku IX. v Košiciach, v Blatných Remetoch, v Čičave, v Krížovej Vsi, v Lomničke). Misijné centrá poskytujú priestor na službu pre pastoračných pracovníkov a dobrovoľníkov a zároveň prostredníctvom príkladov dobrej praxe vplývajú na premenu mienky verejnosti v pohľade na Rómov.

Komunitné centrá ako prienik sociálnej činnosti Cirkvi a štátu

Evanjelizačná činnosť Cirkvi vykonávaná prostredníctvom misijných centier však má najväčší prienik so sociálnou prácou, ktorú vykonáva štát v rómskom prostredí najmä prostredníctvom komunitných centier. Štát, samospráva a tretí sektor neraz podceňujú potenciál, ktorý v sebe ukrýva pôsobenie na Rómov prostredníctvom cirkví a náboženských spoločností. Vytvorením programov, ktoré by akcentovali súčinnosť svetských a cirkevných zložiek, môže dochádzať prostredníctvom komunitných centier k veľmi efektívnemu zavádzaniu sociálnych programov, posilňovaniu rómskej identity a zveľaďovaniu rómskej kultúry a jazyka na lokálnych úrovniach. Komunitné centrá, kde sa prelína sociálna a pastoračná práca, pôsobia ako miesta vzdelávania v najširšom význame tohto pojmu, ktoré zmenšujú rozdiely medzi rómskou a nerómskou komunitou a môžu sa stať miestami integrálneho rozvoja Rómov. Táto služba rôznych cirkví pôsobiaciach na Slovensku sa doposiaľ realizovala v 21% komunitných centier zapojených

do *Národného projektu Komunitné centrá*, pričom prostredníctvom pastoračnej práce sa pre osoby, rodiny, skupiny vytváral priestor pre náboženské vzdelávacie aktivity na prehĺbenie náboženskej identity a viery, čo ich povzbudzovalo k aktívnej angažovanosti pre komunitu. Napomáhalo to tiež vzniku malých spoločenstiev, ktoré chceli meniť kvalitu svojho ľudského i náboženského života a rôznymi podujatiami mimo komunity a tým napomáhali zblížovaniu sa s majoritou. Je preto dobré, že štandardy túto činnosť zaradzujú medzi fakultatívne služby komunitných centier (Rosinský, 2015). Konkrétna realizácia alebo prítomnosť pastoračnej služby v danom komunitnom centre bude vždy závisieť od otvorenosti tímu komunitných pracovníkov, úrovne spolupráce komunitného centra s miestnou farnosťou, od otvorenosti a ochoty Rómov a aj od zriaďovateľa. Keďže komunitné centrá môžu byť zriadené aj cirkvami pôsobiacimi na území SR, je tu priestor na zapojenie sa a využitia dlhoročných skúseností, ktoré majú cirkvi s prevádzkovaním misijných centier v rómskych komunitách.

Záver

Sociálna práca uplatňuje integrálny prístup, keď sa usiluje o vnútorný i vonkajší rozvoj jednotlivca a jeho prostredia. Tento integrálny prístup je potrebný uplatňovať pri sociálnej práci v marginalizovaných rómskych komunitách, keďže iba čiastkové prístupy nemôžu vytrhnúť Rómov z kultúry chudoby a viesť ich k integrálnemu rozvoju. Komunitná práca, ktorá je v slovenských pomeroch, najmenej rozpracovanou oblasťou sociálnej práce, sa môže prostredníctvom komunitných centier zameraných na prácu s marginalizovanými rómskymi komunitami stať dôležitým činiteľom, ktorý bude prispievať v krátkodobom horizonte nielen k rozvoju jednotlivcov, ale aj skupín ale v strednodobom a dlhodobom meradle bude mať na dosah na komunitný rozvoj. Komunitná práca integrálny prístup uplatňuje cez komplexnosť činností, ktoré sa vzájomne vhodne dopĺňajú. Ide pri nich o vonkajší rozvoj jednotlivcov, skupín a komunit cez zmocňovanie, budovanie kapacít a sociálneho kapitálu. Zmocnenie predpokladá uznanie ľudí a vyrovnanie rozdielov v zdrojoch a moci, ktoré vedú k nedôvere a negatívnemu vymedzovaniu identity etnika. Ťažisko, na ktorom sa odohráva táto zmena, je preladenie z pasívneho prístupu prijímania k aktívnej participácii a prijatiu zodpovednosti (od paternalizmu k partnerstvu). Komunitný prístup necháva vyrásť túžby a vlastné motivácie, na ktorých základe pomáha odhaľovať, čo ľudia môžu a rozširuje varianty toho, čo je možné. Pastoračná práca výrazne vplýva na vnútornú zmenu jednotlivcov a komunit, lebo „náboženské misie nepredstavujú len zmenu identifikácie Rómov v podobe ich vierovyznania, ale aj zvýšenie integračného potenciálu, odstraňovanie sociálneho vylúčenia a cestu k sociálnej zmene.“ Prostredníctvom ohlasovania dochádza k sociálnej zmene jednotlivcov v rómskych komunitách. Následné uvádzanie do kresťanského života a vysluhovanie sviatostí vedie nielen k ich začleňovaniu do Cirkvi, ale zvyšuje aj ich šancu začleniť sa do spoločnosti. Napokon vovádzanie Rómov do služby vedie k ich aktívnej participácii na živote svojej komunity. Preto zdôrazňujeme nielen riešenie sociálnych problémov pomocou sociálnej práce, ale aj na riešenie duchovných problémov, lebo bez úsilia o vnútornú hodnotovú zmenu Rómov ako jednotlivcov a ich kultúry, ktorá bude vychádzať aj z ich iniciatívy a ktorá povedie k sociálnej zmene v rómskych komunitách, sa rôzne úsilia a prostriedky použité na rôzne projekty v oblasti vzdelávania, bývania, práce, zdravia i sociálnej práce iba rozplynú bez výrazného efektu (Bešenyei, 2009). Teoretická časť, ktorú sme načrtli, je základom

kvalitatívneho výskumu metódou zakotvenej teórie, ktorý budeme realizovať vo vybraných lokalitách východného Slovenska, a ktorým budeme skúmať prínos sociálnej práce a pastoračnej práce k integrálnemu rozvoju Rómov na základe zhodnotenia účinnosti rôznych jestvujúcich modelov pastoračnej a sociálnej práce. Pod modelmi sociálnej a pastoračnej práce, ktoré budeme skúmať, chápeme prítomnosť rôznych štruktúr sociálnej práce samosprávy alebo neverejných subjektov (terénna sociálna práca, komunitné centrum) a pastoračnej práce (misijné centrum, misijný kaplán, špeciálny pastoračná starostlivosť o Rómov alebo jej absencia) a iných podporných subjektov (misijné spoločenstvo, stredná škola, centrum voľného času) v jednotlivých lokalitách, ktoré umožňujú prelínanie a rozličnú mieru šírky i hĺbky vykonávanej sociálnej práce a pastoračnej práce vedúce k vzniku alebo redukcii synergického efektu pri rozvoji Rómov. Pritom vychádzame z predpokladu, že čím je nižšia úroveň segregácie Rómov v danej obci a čím komplexnejšie sociálne a pastoračné služby sú poskytované, tým viac budú prispievať k integrálnemu rozvoju Rómov. Vo výskume sa preto budeme prostredníctvom rozhovorov so sociálnymi a pastoračnými pracovníkmi i samotnými Rómami venovať tomu, aké stratégie použili jednotlivé subjekty sociálnej a pastoračnej práce v danej obci a k akým sociálnym zmenám došlo v daných komunitách prostredníctvom sociálnej práce a pastoračnej práce, ktoré viedli Rómov k ich následnému začleňovaniu do spoločnosti a Cirkvi ako aj k aktívnej participácii na živote spoločnosti a Cirkvi.

Použitá literatúra

- BENEDIKT XVI. *Caritas in veritate. Encyklika o integrálnom ľudskom rozvoji v pravde a láske*. Trnava : SSV, 2009. čl. 11.
- BEŠENYEI, P. *Rómske ticho. Poštársky „zázrak“ alebo dvadsať rokov medzi Rómami*. Bratislava : Don Bosco, 2009. s. 32.
- BEŠENYEI, P. Prítomnosť Katolíckej cirkvi v rómskej misii. In *Pastorácia Rómov (Hľadanie rómskeho Boha)*. s. 176
- BRENNKUS, J. Rómovia-ohrození či ohrozujúci. In *Úlohy cirkvi v ohrozenom svete. Zborník z vedeckej konferencie*. Banská Bystrica : PF UMB, 2003, s. 80.
- ČEREŠNÍKOVÁ, M. a kol. *Systém benchmarkingu komunitných centier*. Bratislava : Implementačná agentúra MPSVR SR, 2015. s. 4.
- ČERVEŇ, J. Vízia pastorácie Rómov. In: *Duchovný pastier (Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie Pastoračný plán a význam pastoračného plánovania)*, 2008, roč. 89, č. 4, s. 272.
- FABIÁN, A. *Vybrané kapitoly z teológie. Sociálna a cirkevná činnosť. Pastorálna teológia*. Ružomberok : PF KU, 2006. s. 44.
- HAVRDOVÁ, Z. a kol. *Mít život ve svých rukou. O oblastech a postupech práce komunitního pracovníka ve vyloučených komunitách*. Praha : Český západ a Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, 2013. s. 14.
- IMPLEMENTAČNÁ AGENTÚRA PRE OPERAČNÝ PROGRAM ZAMESTNANOSŤ A SOCIÁLNA INKLÚZIA. *Štandardy komunitných centier Národného projektu Komunitnej centrá*. Bratislava, 2014. s. 6 – 7. [online]. [cit. 2016.2.2]. Dostupné na internete: <https://ia.gov.sk/data/files/np_kc/Dokumenty/Vyzva_Aktualizovana/Priloha_c._6_Prirucky_

-_Standardy_komunitnych_centier_NP_KC.pdf>

JÁN PAVOL II. Sollicitudo rei socialis. Sociálna encyklika vydaná pri príležitosti 20. výročia encykliky Populorum progressio. In *Dokumenty sociálnej náuky Cirkvi*. Trnava: SSV, 2007.

KOŠČ, S. *Katolícka sociálna náuka. Historický náčrt*. Ružomberok : PF KU, 2008. s. 39-40.

KOVÁČ, M. – JURÍK, M. Religiozita Rómov a aktivity cirkví vo vzťahu k Rómom. In *Čačipen pal o Roma. Súhrnná správa o Rómoch na Slovensku*.s. 130.

KOVÁČ, M. – JURÍK, M. Religiozita Rómov a aktivity cirkví vo vzťahu k Rómom. In *Čačipen pal o Roma. Súhrnná správa o Rómoch na Slovensku*. Bratislava : Inštitút pre verejné otázky, 2002. s. 128 – 132; porov. PODOLINSKÁ, T. Koho Boh? „O kultúrnej aproximácii kresťanstva medzi Rómami na Slovensku“. In *Pastorácia Rómov (Hľadanie rómskeho Boha)*. Bratislava : Ústav pre vzťahy štátu a cirkví, 2009. s. 80.

LARKIN, H. Social Work as an Integral Profession. In *Journal of integral theory and practice*. 2005, vol. 1, no. 2, p. 19 – 21.

LEHOCZKÁ, L. Faktory integrácie Rómov/Cigánov do majoritnej spoločnosti. In *Kontexty kultúry a turizmu*. 2010, roč. 3, č. 2, s. 16.

MEKEL, M. Gréckokatolícka služba medzi Rómami – Pastoračné centrum Rómov v Čičave (Horúci tím, o.z.) In *Pastorácia Rómov (Hľadanie rómskeho Boha)*. s. 192.

NEUPAUER, R. Cesta k Rómom v Krížovej Vsi. In *Dobrovoľníctvo a jeho vplyv na edukáciu detí a mládeže. Zborník prednášok zo študentskej konferencie*. Prešov : GTF Prešovská univerzita, 2011. s. 210 – 211.

PÁPEŽSKÁ RADA PRE PASTORÁCIU MIGRANTOV A CESTUJÚCICH *Smernice pre pastoráciu Rómov*. Trnava: SSV, 2008. čl. 39.

PAYNE, R. K. – DEVOL, P. – SMITH, T. D. *Mosty z chudoby. Stratégie pre profesionálov a komunity*. Košice : Equilibria s.r.o., s. 264 – 267.

PODOLINSKÁ T. – HRUSTIČ, T. *Boh medzi bariérami. Sociálna inklúzia Rómov náboženskou cestou*. Bratislava : Ústav etnológie SAV, 2010. s. 98.

RIGOVÁ, S. – MACZEJKOVÁ, M. Vzdelávací systém a Rómovia. In *Čačipen pal o Roma. Súhrnná správa o Rómoch na Slovensku*. s. 708.

ROBERTSON, G. *The Romani People and Selected Churches in Slovakia. A Description, Analysis, and Interpretation of Their Relations*. s. 111

ROSINSKÝ, R – MATULAYOVÁ, T. – RUSNÁKOVÁ, J. *Evaluačná správa. Národný projekt Komunitné centrá*. Bratislava, 2015. s. 25. [online]. [cit. 2016.2.2]. Dostupné na internete:<<https://www.ia.gov.sk/sk/narodne-projekty/programove-obdobie20072013/narodny-projekt-komunitne-centra/evaluacna-sprava-narodneho-projektu-komunitne-centra>>.

RUŽBARSKÝ, P. *Situácia a perspektívy sviatostnej katechizácie Rómov*. Košice : TF KU v Košiciach, 2009. s. 76;

SCHURINGA, L. *Komunitní práce a inkluze Romů*. Ostrava : Spolu International Foundation, 2007. s. 44 – 46.

SPIEKER, M. Development of the whole man and of all men: guidelines of the Catholic church for societal development. In *The journal of markets & morality*. 2010, vol. 13, no. 2, p. 264.

TOKÁROVÁ, A. a kol. *Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. Prešov : Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2003. s. 43.

ŠOLTÉSOVÁ, V. – ROBERTSON, R. G. *Misiológia so zameraním na rómske komunity*. Banská Bystrica : Pedagogická fakulta UMB 2004. s. 43 – 44.

UHÁL, M. Integrálny rozvoj človeka ako prejav globalizácie v encyklike Caritas in Veritate. In *Ludský rozvoj v kontexte encykliky Benedikta XVI. Caritas in Veritate. Zborník z vedeckej konferencie*. Košice : TF KU v Ružomberku, 2009, s. 53.

ZEMAN, V. *Výbrané kapitoly z romológie – východiská pre sociálnu prácu*. Bratislava : Občianske združenie Sociálna práca, 2006. s. 117 - 118.

Kontaktná adresa

Mgr. Róbert Neupauer

Katolícka univerzita v Ružomberku

email: robneupauer@hotmail.com

CHUDOBA A SOCIÁLNÍ VYLOUČENÍ JAKO SPOLEČENSKÝ PROBLÉM

Nová Monika

Univerzita Karlova Praha

Vysoká škola zdravotnictva a sociální práce, detašované pracoviště Praha

Abstrakt

Text se věnuje úloze společnosti v přístupu k chudobě a sociálnímu vyloučení. V úvodní části charakterizuje fenomén chudoby a sociálního vyloučení a zabývá se otázkou vnímání chudoby společností. Zaměřuje se na koncept kultury chudoby, pozornost je věnována potřebnosti solidarity, sociální spravedlnosti a sociálnímu státu. Popisuje konkrétní projevy sociálního vyloučení a chudoby ve společnosti, především v oblasti bydlení, uplatnění na trhu práce a destruktivního zadlužování. Věnuje se tématům nové chodby v kontextu práce s komunitou.

Klíčová slova: Chudoba. Sociální vyloučení/sociální exkluze. Sociálně vyloučené lokality.

Abstract

The presentation deals with the role of the society in their attitudes to poverty and social exclusion. The introductory part aims at characterising the phenomenon of poverty and social exclusion, and deals with the issue of how the society perceives poverty. It focuses on the concept of the culture of poverty, and attention is given to the need of solidarity, social justice and the social state. It describes particular examples of the manifestation of social exclusion and poverty in society, especially in the sphere of housing, opportunities in the labour market and falling into destructive debts.

Key words: Poverty. Social exclusion. Socially excluded localities.

Úvod

Již několik let se v rámci své profese sociálního pracovníka setkávám s lidmi, kteří se ocitli v situaci chudoby a sociálního vyloučení. To mi dává mnoho příležitostí k úvahám o jejich životě i o tom, jak stát jako instituce život klientů ovlivňuje a kam by měl své působení zaměřit. Sociální práce v prostředí sociálně vyloučených je složitou činností. Klade značné nároky nejen na dovednosti v oblasti individuální případové sociální práce, ale rovněž staví sociálního pracovníka před řadu otázek, které jsou obecnější a souvisejí s celkovým fungováním společnosti. Sociální pracovníci pohlížejí na společnost a její struktury od jejích nejnižších pater. Taková perspektiva je nutně spojena s otázkami po spravedlnosti, rovnosti šancí, výrazně vystupují i otázky rasismu, xenofobie a diskriminace. Sociální pracovníci vidí potřebnost nejen motivace a změny klientů, ale i systémových změn ve společnosti.

Metodiky

Byl použitý smíšený výzkum, tzn. kvantitativní i kvalitativní. Výsledky jsou součástí Analýzy Agentury pro sociální začleňování, na kterém se autorka podílela v rámci realizačního pracovního týmu. Uvádíme i následné doplnění výsledků o vlastní výzkum autorky ve vyloučených lokalitách nejen v České republice, Polsku, Německu.

Výsledky

Z výsledků vybíráme pro potřebu tohoto textu téma: Jak zpřístupnit trh práce cílové skupině sociálně vyloučených. Na základě získaných výsledků stanovujeme následující doporučení: Služby podpory zaměstnanosti nejsou dostatečně propojeny se sociálními službami. Problémem je nedostatečná individuální práce s klientem, nízká návaznost rekvalifikací na konkrétní pracovní místa a především existence nelegálního zaměstnávání. To vše vede k nízké efektivitě používaných nástrojů na podporu zaměstnanosti. Pro možné zlepšení situace je navrženo i na základě výsledků následující opatření:

- rozdělit uchazeče o zaměstnání a ke každé skupině pak přiřazovat konkrétní nástroje a opatření aktivní politiky zaměstnanosti tak, aby se zvýšila šance na zaměstnatelnost uchazeče;
- zavést systém prostupného zaměstnávání (od veřejné služby přes veřejně prospěšné práce, uplatnění v sociální firmě a podporovaná pracovní místa k otevřenému trhu práce);
- umožnit outsourcing individuálních akčních plánů jako součást poradenských služeb (větší zapojení nestátních neziskových organizací, spolupráce pracovníka kontaktního místa při zpracovávání a realizaci individuálního akčního plánu také se sociálním pracovníkem, pokud o to klient požádá);
- zajistit návaznosti rekvalifikačních programů na individuální akční plány a napojení rekvalifikačních programů na konkrétní pracovní příležitosti (při plánování rekvalifikací lze využívat tzv. poradních sbory ředitelů krajských poboček Úřadu práce nebo lokálních sítí zaměstnanosti, lze vyžadovat po poskytovatelích rekvalifikací návaznou péči při uplatňování absolventů rekvalifikací na trhu práce, podmiňovat další nákup rekvalifikací úspěšností s uplatněním účastníků);
- prevence pololegální a nelegální práce v sociálně vyloučených lokalitách (vytváření a realizace poradenských nástrojů, kampaně, podpora vzniku dotovaných míst, intenzivní spolupráce se zaměstnavateli, tvorba podnikatelských záměrů pro velké zaměstnavatele, oceňování zaměstnavatelů a jejich zvýhodňování při zadávání veřejných zakázek, zavádění alternativních způsobů odměňování a pod.);
- snižovat regionálních rozdílů v zaměstnanosti (realizovat regionální projekty, které dlouhodobě nezaměstnaným osobám z odloučených mikroregionů umožní začlenit se na trh práce);
- vytvářet lokální programy zaměstnanosti v sociálně vyloučených lokalitách (podpora vzniku tzv. lokálních sítí zaměstnanosti, které budou propojovat klíčové aktéry podpory zaměstnanosti; aktéři v lokální síti zaměstnanosti budou společně plánovat a uskutečňovat opatření a projekty na podporu zvýšení zaměstnanosti a zaměstnatelnosti nezaměstnaných lidí);
- uvést do praxe tzv. Metodu míchání a ředění obyvatelstva (v regionech, kde se nacházejí vyloučené lokality, oblasti ve kterých žijí marginální skupiny obyvatel – podpora vzniku firem, přistěhování živnostníků a podnikatelů, kteří vytvářející nová pracovní místa).

Diskuze

Přístup společnosti k chudobě jako k osobnímu nedostatku a selhání je neproduktivní a generuje strategie spojené s represí, které rezignují na pochopení příčin chudoby a sociálního vyloučení, a proto nemohou být dostatečně efektivní. Společnost by měla problémy chudoby reflektovat, promýšlet a účinně je řešit. Pozornost je nutné směřovat k základním východiskům sociální politiky a k jejich etickým aspektům. Je otázkou, zda stát dostatečně vnímá a reflektuje vzniklou situaci. Možné efektivní strategie vedoucí ke zmírnění chudoby jsou často blokovány neznalostí problému, emocemi, touhou po rychlých řešeních a tendencemi k represí, které se v sociální oblasti opakovaně objevují a v dlouhodobém měřítku jsou neefektivní. Všeobecně se má za to, že chudoba způsobuje sociální izolaci a stav nouze. Právě izolace je považována za nejzávažnější faktor chudoby v moderní společnosti. K izolaci chudých přispívá také kult individualismu a osobního úspěchu, dominující v současné společnosti. Proto bývá chudoba považována za nežádoucí stav, který je důsledkem selhávání jednotlivce. Klíčovým pro řešení chudoby a sociálního vyloučení, je dosažení co nejširšího společenského konsensu o potřebě solidarity. Určitá míra vzájemné solidarity je jednou z hlavních podmínek fungování společnosti. Je třeba uplatňovat sociálně etický princip solidarity – to znamená reflektovat sociální skutečnost ve společnosti a utvářet jako odpověď na tuto reflexi promyšlenou a spravedlivou sociální strukturu, řád a vztahy. Společnost však potřebuje nejen solidaritu začleněnou do právního řádu, která vede k sociální spravedlnosti, ale i ochotu jednotlivce pomáhat a angažovat se ve prospěch druhých. Osobní připravenost k solidaritě je nezbytná pro utváření solidarity institucionalizované. Vždy bude znovu a znovu pokládána otázka míry těchto dvou aspektů solidarity – tedy v jakých oblastech a nakolik se má angažovat stát a jaký je prostor pro individuální pomoc potřebným. Křesťanská sociální etika klade důraz právě na osobní ochotu pomáhat a angažovat se pro druhého – hovoří o kultuře srdce, o sociální lásce. Jde o to, že právo a spravedlnost jsou pojmy, teprve sociální láska vede k porozumění, překonává konflikty, zbavuje požadavky spravedlnosti jejich přisnosti. Behaviorální výklad chudoby, který se prosadil a který vidí chudobu jako důsledek morálního deficitu a lenosti, stupňuje společenské napětí. Vůle veřejnosti k solidaritě a dobročinnosti je tím do značné míry blokována. Jsme také svědky radikalizace extrémistických skupin a sociálně etnických konfliktů ve společnosti. Navíc vzrůstá poptávka po identifikaci viníka neutěšeného stavu společnosti.

Závěr

Vlastní argumentace autorky směřuje k tomu, že různé a represivní kroky samy o sobě nestačí a fungují jen omezeně. Pro řešení problémů chudoby a sociálního vyloučení je potřeba i jiné věci než tvrdé zásahy státu – jde především o kvalifikované reflektování problémů a vědomí o jejich pravých příčinách. Humanistická orientace, která akcentuje lidskou jedinečnost, se potkává s pojetím lidské důstojnosti v křesťanské etice. Křesťanská etika nás navrácí k pravému stavu věcí – nic neidealizuje, vidí člověka také jako chybujícího a hříšného. Zároveň však upevňuje pojetí člověka jako důstojné bytosti stvořené k obrazu Božímu, vyzdvihuje závazek lásky k bližnímu, ujímá se slabých, pěstuje soucit a milosrdenství. Nestanovuje podmínky, za kterých může být člověk akceptován, ukazuje cestu ke smíření a odpuštění. To, že křesťanství reflektuje realitu a zároveň nás podněcuje ke starosti o druhé,

pokládám za cenný příspěvek do diskuse o přístupu k chudobě. V evropské společnosti právě kombinace realistického a zároveň přijímajícího přístupu často chybí.

Požítá literatura

PESCHKE, K. H. Křesťanská etika. Vydání druhé. Praha: Vyšehrad, 2004. 695 s. ISBN 80-7021-718-9

SIROVÁTKA, T. (ed.). Menšiny a marginalizované skupiny v České republice. Brno: Masarykova Univerzita, 2002. 355 s. ISBN 80-210-2791-6

TOMEŠ, I. Sociální politika: teorie a mezinárodní zkušenost. 2. vyd. Praha: Socioklub, 2001. 262 s. ISBN 80- 86484-00-9, s. 153

Elektronický dokument:

Realizace komplexních programů na podporu zaměstnanosti osob ze SVL. Agentura pro sociální začleňování v romských lokalitách [online]. © 2012 [cit. 2012-03-26]. Dostupné z: <http://www.socialni-zaclenovani.cz/realizace-komplexnich-programu-napodporu-zamestnanosti-osob-ze-socialne-vyloucenych-lokalit>.

Kontaktná adresa

PhDr. Monika Nová, PhD.

Univerzita Karlova, Husitská Teologická fakulta

Pacovská 4

Praha 4, 140 21

Česká republika

PORUCHY VZŤAHU PORADCA – KLIENT AKO SÚČASŤ SOCIÁLNEHO PORADENSTVA

Novotná Alena, Bartíková Andrea

Abstrakt

Príspevok sa zameriava na poradenský vzťah a poruchy vzťahu medzi sociálnym poradcom a klientom, ktoré vznikajú v poradenskom procese. Autorky sa v príspevku venujú vzťahu v poradenstve ako aj poruchám v poradenskom vzťahu. Hlavnou časťou príspevku sú výskumné zistenia z praxe sociálnych poradcov. Konkrétne ide o analýzu skúseností sociálnych poradcov s poruchami hraníc vo vzťahu poradca – klient.

Keľúčové slová: Poradenský proces. Poradenstvo. Poruchy vzťahu. Sociálny klient. Sociálny poradca.

Abstract

This article focuses on the counseling relationship and the relation failures between social counselors and clients which arise in the consultation process. The main part of the paper is research findings from the practice of social counselors. Specifically the analysis of the experience of social counselors with failures of borders in consultation process between consultant and client.

Key words: Counselling process. Consulting. Difficulties in relations. A social client. Social advisors.

Úvod

Poradenstvo je odbornou činnosťou, ktorá je na istej úrovni súčasťou každého typu sociálnej práce, či už hovoríme o intervenčnej, terapeutickej, krízovej, komunitnej práci alebo iných. Poradenstvom rozumieme odbornú činnosť sociálneho poradcu orientovanú na pomoc klientovi, ktorý svoju situáciu nedokáže vyriešiť sám. Podstatu poradenstva tvorí samotný poradenský proces, ktorý sa zakladá na aktívnej spolupráci sociálneho poradcu a klienta. Poradenský proces predpokladá vybudovanie optimálneho poradenského vzťahu medzi poradcom a klientom založenom na empatii, kongruencii, asertivite a spolupráci, ktorá by mala vychádzať z dohodnutých pravidiel, stanovených už v úvode spolupráce a vzájomného rešpektovania sa všetkých účastníkov poradenského procesu. V rámci poradenského procesu nás zaujímajú hranice vzťahu a hlavne poruchy hraníc vzťahu medzi sociálnym poradcom a klientom. Nakoľko ide o medziludskú činnosť, ktorej základom je partnerský a pracovný osobný vzťah medzi poradcom a klientom, predpokladáme, že pre tento vzťah platia rovnaké zákonitosti ako pre iné medziludské vzťahy. Týmto zákonitostiam, hraniciam a tiež poruchám vzťahu sa venujú odborníci v skúmanej oblasti. Nás zaujímalo, ako tieto hranice a poruchy hraníc a celkovo vzťahu vnímajú poradcovia a aké s nimi majú skúsenosti. Kvalitatívny výskum bol realizovaný prostredníctvom interview so štyrmi participantmi pôsobiacimi v rôznych sociálnych sférach.

Sociálne poradenstvo a poradenský proces

„Sociálne poradenstvo je možné charakterizovať najmä ako proces, ktorý prebieha prostredníctvom postupne sa budujúceho profesionálneho vzťahu medzi sociálnym pracovníkom- poradcom a klientom. Sociálny poradca sa zameriava :

- na mobilizáciu klientových síl potrebných na prekonanie prekážok,
- na odhalenie a mobilizáciu vonkajších zdrojov nachádzajúcich sa v jeho prirodzenom prostredí“ (Levická, 2008, s. 134).

Podľa Gaburu (2013) pojem poradenstvo pochádza zo slov radíť- poradiť, čo vo veľkej miere podporuje často sa vyskytujúcu predstavu o poradcovi, ktorý je považovaný za človeka poskytujúceho už hotové rady ako vyriešiť klientov problém a ovláda univerzálne recepty či návody na rýchle a bezbolestné vyriešenie problémov. Vychádzajúc z tejto predstavy sú výrazne ovplyvňované skresľujúce očakávania klientov, komplikuje sa spolupráca medzi poradcom a klientom a proces preberania zodpovednosti samotným klientom za riešenie svojich problémov. Podobný pohľad na poradenstvo má Úlehla (2009) ktorý uvádza, že poradenstvo je spolupráca sociálneho pracovníka s klientom, medzi ktorými sa pomoc vyvíja vychádzajúc z klientových želaní, čo vedie k rozvíjaniu jeho vlastných možností. V dôsledku prekážok, ktoré klient cíti v sebe, a ktoré ho obmedzujú v dosahovaní cieľov, dochádza k potrebe odstránenia týchto skutočností. Tu prichádza sociálny pracovník s ponukou návodov, rád či návrhov ako ďalej. Následne je vhodné, aby disponoval bohatou zásobou rád a vedel z nich ťažiť v rámci spolupráce s klientom. Pracovník klienta vedie k nájdeniu tej najužitočnejšej cesty, no to, nakoľko je užitočná, posudzuje samotný klient. Na základe tvrdení autora Klemera (In Gabura, 2013) je poradenstvo charakterizované mnohými autormi ako cielená odborová činnosť a musí vo svojej podstate zahŕňať určité základné podmienky, z ktorých sa následne vychádza pri práci s klientom. **Autor uvádza 7 základných podmienok:**

- vybudovať klímu, kedy sa klient rozhodne bezprostredne rozprávať o jeho problémoch,
- akceptovať klienta ako aj jeho postoje,
- zhodnotiť reálny problém klienta,
- dať priestor emočnej ventilácii klienta,
- pomôcť klientovi pri nadobúdaní podstatných poznatkov a zručností,
- skúmať s klientom jeho možnosti pri riešení problémov,
- motivovať klienta pri uskutočňovaní daného riešenia problému.

Môžeme skonštatovať, že sociálne poradenstvo tvorí významnú súčasť práce s ľuďmi nachádzajúcimi sa v nepriaznivých sociálnych situáciách a je dôležité bezprostredné prijatie klienta sociálnym poradcom v poradenskom vzťahu. Sociálne poradenstvo je bez ohľadu na charakter sociálnej inštitúcie, odbornú kvalifikáciu sociálnych poradcov či obsah sociálneho poradenstva poskytované na rôznych úrovniach. Na každej z úrovni sociálneho poradenstva je však súčasťou poradenského procesu vzťah sociálneho poradcu a klienta, v rôznej intenzite, závislej od úrovne poskytovaného poradenstva, ale tiež typu problému, typu klienta a poradcu. Poradca ponúka v rámci poradenského vzťahu klientovi empatický prístup, porozumenie a akceptáciu, čím v spolupráci s ním sa klient učí porozumieť sám sebe, svojmu

okoliu a svojim problémom. Klient má priestor na vyjadrenie svojich obáv a priznanie si zlyhaní, pričom poradca učí klienta brať problémy ako bežnú súčasť života a ako ich vyriešiť. To oslobodzuje klienta, že nemá dojem neomylnosti a môže priznať slabé miesta. Poradenský proces ponúka klientovi možnosť prežiť ľudský vzťah spojený s akceptovaním, posilňovaním seba ako aj jeho pozitívnych stránok. Poradenstvo dáva priestor, ak je to nutné klientovi pripraviť sa na situácie, vyvolávajúce úzkosť či obavy (Levická, 2008). Nakoľko ide o medziľudský vzťah, je aj poradenský vzťah výrazne ovplyvnený rôznymi osobnostnými charakteristikami a motívmi zúčastnených osôb. Tieto skutočnosti určujú výsledný charakter poradenského vzťahu, a tiež jeho poruchy.

Poradenský vzťah

Na priebeh práce s klientom má vplyv mnoho faktorov. Jedným významným faktorom je spôsob vytvorenia vzťahu medzi sociálnym pracovníkom a klientom. To, ako sa bude vzťah ďalej uberať, aký bude a aké budú dosiahnuté výsledky práce sa odvíja od prvého kontaktu. Dôležitým prvkom je stanovenie si podmienok spolupráce, formulácia daného problému ale aj klientových očakávaní od sociálneho poradcu, aby vzťah mal od začiatku nielen charakter medziľudský, ale aj pracovný (tzv. pracovné spojenenctvo). Klienti by mali byť už od začiatku upovedomení o povahe poradenstva, ktoré im navrhujeme. Poradca klientovi načrtne, čo bude poradenstvo pre neho zahŕňať a čo môže od poradcu očakávať. Dryden (2008, s. 44) uvádza, že klienti musia byť informovaní a dať svoj súhlas v nasledovnom:

- poradenský prístup, ktorý poradca používa,
- praktické otázky poradenstva,
- mlčanlivosť a jej medze.

„Sociálny poradca a klient by mali mať však svoj spoločný priestor, vzájomnú ochotu spolupracovať, vzájomné porozumenie, vzájomný rešpekt, trpezlivosť, spoluzodpovednosť a mali by smerovať k ľudskému stretnutiu. Napriek vzájomnej spolupráci nepredstavuje však vzťah poradca – klient vždy trvalú romantickú idylu, v niektorých prípadoch sa v ňom môže epizodicky objavovať i sklamanie, nespokojnosť, konfrontácia či nedôvera. Súčasťou profesionálnej zdatnosti poradcu je schopnosť zvládať tieto situácie a využiť ich v poradenskej práci v prospech klienta“ (Gabura, 2013, s. 214).

Vzťah sociálny pracovník – klient je ovplyvňovaný obidvoma účastníkmi sociálnej práce, najmä ich individuálnymi a profesionálnymi charakteristikami. Podľa toho, čo môže vo vzťahu sociálny pracovník – klient prevládať, môžeme odlišiť niekoľko typov vzťahov:

- vzťah, ktorý sa zakladá na partnerskom prístupe, kedy sociálny pracovník prichádza ku klientovi ako odborník,
- vzťah, ktorý sa zakladá na expertnom prístupe, kedy sa sociálny pracovník pokladá za experta s mimoriadnou schopnosťou v rámci riešenia klientových problémov, funguje na báze nadradenosti poradcu,
- vzťah založený na praktickom prístupe, kedy sociálny pracovník pracuje s klientom na základe osobných skúseností, neuznáva teoretické poznatky, teda uprednostňuje pragmatický prístup (Levická In Levická a kol, 2007).

V súvislosti s tým sa nazdávame, že charakter, podoba a tiež poruchy vzťahu medzi sociálnym poradcom a klientom sú ovplyvnené aj teoretickým prístupom poradcu, z ktorého vychádza ako aj jeho osobnostným prístupom ku klientovi.

Poruchy v poradenskom vzťahu

Celý systém v spoločnosti ako aj v samotnej prírode je založený na určitých podmienkach a hraniciach, čoho výsledkom je neprítomnosť chaosu, ba dokonca vytvorenie určitého „poriadku“. Podobne aj medziľudské vzťahy sú tvorené určitými hranicami, ktoré taktiež môžeme pozorovať aj v pomáhajúcich profesiách vo vzťahu poradca – klient. Hranice tu slúžia k vytvoreniu profesionálnej povahy vzťahu a ich cieľom je zabránenie zneužitia klienta či poradcu v rámci ich spolupráce. *„Hranice vzťahu zahŕňajú definovanie rolí, podmienok stretávania, poskytovanie informácií o sebe, o svojom súkromí a iných okolnostiach. Pomáhajú vytvárať pocit bezpečia, konzistentnosti, istoty a zrozumiteľnosti“* Čerešník (2012, s. 35 – 36). V súvislosti s hranicami poradenského vzťahu môže dôjsť k porušeniu hraníc na strane sociálneho poradcu ale aj na strane klienta. V praxi to znamená nevyhnutnosť rozdelenia profesionálnych rolí, pretože ak hranice neboli jasné, malo by to deštruktívne dôsledky (Reamer In Levická a kol, 2007). Môže nastať situácia rôzneho charakteru, ktorá je ovplyvnená problémami s hranicami, ako sú nejasnosť hraníc, ich križovanie sa či ich porušovanie. Žilová a kol. (2010, s. 31) pri poruchách zo strany klienta uvádza, že „ide tu o správanie voči sociálnemu pracovníkovi, ktorým klient chce úmyselne alebo neúmyselne narušiť komunikáciu a budovanie vzťahu medzi ním a sociálnym pracovníkom“. Pri definovaní porúch hraníc zo strany klienta sa nazdávame, že pri ich definovaní môžeme vychádzať zo správania sa jednotlivých typov klienta. Avšak pri charakterizovaní porúch hraníc vo vzťahu poradca – klient sa budeme bližšie venovať len poruchám zo strany sociálneho poradcu, nakoľko sa domnievame, že poradca ako profesionál disponuje schopnosťou odhaliť poruchy hraníc vo vzťahu skôr ako samotný klient a tak im predísť, eliminovať ich či zvoliť spôsob ako klienta včas upozorniť a vymedziť si hranice pre efektívnu spoluprácu. Sociálny pracovník by sa mal v rámci poradenskej práce vyhnúť porušovaniu hraníc vo vzťahu s klientom. Jednou z najčastejších chýb je nadmerná pomoc poradcu, kedy sa snaží riešiť všetko sám. Klientovi je tým zobrať možnosť vyrovnania sa zo záťažou v aktuálnej situácii, aj do budúca. Tiež môže byť ukrátený pocit vlastnej schopnosti zvládnutia situácie. Splyvanie je situácia, kedy sociálny pracovník považuje klientove problémy za svoje, kedy je nutné oddeliť empatiu od súcitu. Obetovanie sa pre klienta nerešpektuje jeho autonómnosť a vytvára z neho nesamostatnú osobu. Nepriepustnosť hraníc tiež nie je pozitívny jav, ktorý sa zvykne vyskytovať častejšie u klienta. V prípade výskytu u sociálneho pracovníka je charakterizovaná chladným prístupom a odporom. Kopriva (2006) dopĺňa o ďalšie poruchy hraníc zo strany poradcu ako tendencie, ktorými sú rozširovanie vlastných hraníc, ktoré sa vyznačuje prílišným angažovaním sa sociálneho pracovníka, kedy sa snaží klientovi pomáhať až príliš, čím rozširuje hranice vlastnej osobnosti na klienta. Jeho chýbajúcu sebaistotu a osamelosť kompenzuje pracovník organizovaním života druhým. Neprimeraná kontrola nad klientom sa prejavuje nerešpektovaním autonómnosti klienta, ktorý nie je rešpektovaný, nemôže sa vyjadriť k problému a jeho práva sú porušované. Prístup z povinnosti sa prejavuje u tých sociálnych pracovníkov, ktorí svoju prácu nerobia z osobného záujmu či vnútorného presvedčenia ale v rámci rutiny. Prístup ku

klientom je bez záujmu, ľahostajný, nechotný a arogantný. Dôsledkom toho dochádza k obrovskej priepasti v spolupráci, k nedostatočnej dôvere a nenaplneniu cieľov. Devalváciu, ako jednu z porúch poradcu približuje Lemon (In Pribuľa – Paľa, 2006, s. 37-38) ktorý uvádza, že „*medzi najčastejšie devalvačné prejavy zaraďujeme: neodpovedať na pozdrav, ignorácia, pasívne počúvanie a nezainteresovanosť, netaktnosť a necitlivosť, bezohľadnosť, urážanie a zbytočná kritika, porušenie mlčanlivosti, úradný tón, podceňovanie, opovrhovanie, uštipačnosť, irónia, v kolektíve preferovanie jedného pred ostatnými, privádzanie do trápnych situácií, spochybňovanie schopností a zdravého rozumu, faloš, ohováranie, osočovanie a klamstvo, stereotypné frázy a kliše, skákanie do reči, odkladanie riešenia problémov*“.

Levická a kol (2007) charakterizuje duálny vzťah ako jeden z nevhodných prvkov v spolupráci. Opisuje ho ako vzťah sociálneho pracovníka nadviazaný s klientom, ktorý nemá súvislosť s procesom pomoci. Jeho výsledkom sú konflikty prebiehajúce medzi profesionálnou povinnosťou a inými vzťahmi, v ktorých sociálny pracovník a klient fungujú.

Metodika výskumu

Predmetom výskumu boli skúsenosti sociálnych poradcov s poruchami hraníc v poradenskom procese. Cieľom výskumu bolo zistiť skúsenosti sociálnych poradcov s poruchami hraníc v poradenskom procese. Na kvalitatívnom výskume participovali sociálni poradcovia pôsobiaci v rôznej sociálnej sfére. Išlo o zámerný výber s kritériami: poskytovanie sociálneho poradenstva. Participantmi boli 4 ženy vo veku 30-40 rokov, s dosiahnutým vzdelaním VŠ odbor sociálna práca / sociálne poradenstvo, s minimálne 3 ročnou praxou v odbore. Participantom č. 1 (P1) je poradkyňa pracujúca v Domove sociálnych služieb v L., participantom č. 2 (P2) je poradkyňa v Krízovom centre v M., participantom č. 3 (P3) je poradkyňa v Centre pedagogicko – psychologického poradenstva a prevencie v R. a participantom č. 4 (P4) je poradkyňa pracujúca na Úrade práce, sociálnych vecí a rodiny v U.

Výskumné kategórie a výskumné otázky

Aké činitele podľa sociálnych poradcov majú význam pre vznik porúch vo vzťahu klient – poradca?

- Z akých príčin podľa Vás vznikajú poruchy hraníc vo vzťahu poradca – klient?
- Ako zistíte, že ide o porušovanie hraníc vo vzťahu?
- Ako vplývajú poruchy hraníc na priebeh poradenského procesu?
- Kedy si určujete hranice vo vzťahu?
- Čo považujete za potrebné vybudovať si vo vzťahu už v úvode spolupráce?
- Ako by ste charakterizovali optimálny vzťah v poradenskom procese?
- Aký typ klienta zvykne podľa vašich skúseností porušovať hranice v poradenskom procese?

Aké dôsledky majú poruchy hraníc vo vzťahu poradca - klient na vykonávanie práce poradcu?

- Ako Vám ovplyvňuje prácu porušovanie hraníc z klientovej strany?
- Kedy začínate poradenský vzťah vnímať ako negatívny, vyžadujúci si zmenu?
- Čo podľa Vás možno očakávať, ak sa poruchy hraníc nezmenia na optimálny vzťah?
- Akým spôsobom to narušuje vašu ďalšiu spoluprácu s klientom?

- Ako sa odrazia poruchy hraníc vo vzťahu na vykonávanie práce poradcu?
- Kedy a ako vnímate, že klient viac očakáva od Vás ako od vlastného úsilia?

Ako riešia vzniknuté poruchy vzťahu v poradenskom procese sociálni poradcovia?

- Čo je dôležité urobiť pre elimináciu porúch hraníc vo vzťahu?
- Čo sa očakáva od sociálneho poradcu pri riešení už vzniknutých porúch vo vzťahu?
- Aký prístup ste zvolili pri riešení vzniknutých porúch hraníc?
- S akým klientom predpokladáte uskutočnenie riešenia porúch vo vzťahu skôr?
- Kedy si podľa Vás aj klienti začnú uvedomovať, že sa narušili hranice vo vzťahu?
- Ako podľa Vás klienti pristupujú k spoločnému riešeniu porúch hraníc?
- Akým spôsobom klientovi vysvetlíte, že porušuje hranice?
- Čo je podľa Vás vhodným a trvalým riešením pre to, aby sa to neopakovalo?
- Podľa Vášho názoru, kedy a ako si dokáže sociálny poradca uvedomiť, že ide o porušovanie hraníc z jeho strany ako poradcu?
- Už sa Vám stalo, že sa poruchy vzťahu vyskytli z vašej strany ako poradcu a ako ste ďalej postupovali?
- Ako by ste postupovali v prípade, že sa porušenie hraníc zopakuje opäť z Vašej strany ako poradcu?

Ako metódu sme v rámci kvalitatívneho výskumu použili polo-štruktúrované interview s audiozáznamom, následným prepisom, kódovaním, triedením, analýzou, syntézou, generalizáciou a i. Údaje získané od participantov sme spracovali prostredníctvom zakotvenej teórie Glasera a Straussa (In Gavora, 2007). Ide o hierarchicky usporiadané tri stupne kódovania. Spracovanie začína otvoreným kódovaním, ktoré predstavuje segmentáciu zápisov a identifikáciu základných kategórií, pokračuje axiálnym kódovaním, prostredníctvom ktorého sa hľadajú vzťahy medzi kategóriami a nakoniec prebieha selektívne kódovanie, ktoré vyúsťuje k vytvoreniu centrálnej kategórie, ktorej sú podriadené všetky subkategórie.

Výsledky výskumu

Vo výskume sme sa zaujímali z **akých príčin podľa sociálnych poradcov vznikajú poruchy hraníc vo vzťahu poradca – klient**, kde nám:

- Participant č. 1 odpovedal, že „z dôvodu nekompetentnosti poradcu, jeho neprofesionality, nekvalitného podania informácií, nezájmu o klienta alebo tiež kvôli snahe o rýchle ukončenie prípadu“.
- Participant č. 2 „v rámci nepresnej komunikácie a následného falošného očakávania zo strany klienta“.
- Podľa participanta č. 3 „ak nie sú dopredu zväžené a definované hranice, ktoré poskytujú bezpečie pre klienta, ale aj ochranu pre poradcu naruša sa všetko...“.
- Participant č. 4 uviedol „podľa toho v akom stave sú klientove alebo poradcové emócie a aj ich momentálny fyzický a psychický stav, ďalej sa môže podieľať na tom nedostatočná profesionalita, vybavenosť respektíve odbornosť sociálneho poradcu zvládať záťažové situácie či nadmerná pomoc klientovi“.

Veľký význam a dôležitosť sa kladie odbornosti a profesionalite sociálneho poradcu, ktorá je dôležitá pre zvládnutie prípadných problémových situácií. Následne sme sa zaoberali otázkou **ako poradcovia zistia, že ide o porušovanie hraníc vo vzťahu medzi nimi a klientom**, kde sa vyjadrili nasledovne.

- Podľa účastníka č. 1, *„keď sa klient správa neprímerane, je požadovačný a nedodríava pravidlá“*.
- Pre účastníka č. 2 je dôležité dodržiavanie dohody, kde odpovedal *„ako náhle ide o porušovanie dohodnutých termínov, či zo strany poradcu alebo klienta, telefonovanie poradcovi mimo poradenských hodín, vyhýbanie sa kontaktu“*.
- Účastník č. 3 uviedol *„ako náhle vidíme odklon od zvyčajných noriem poradenstva alebo terapie“*.
- Podľa účastníka č. 4 *„keď sa prekračujú dané medze v postoji klienta či poradcu, klient sa neovláda, prudko reaguje, alebo prejavuje nezaujem či nevhodné správanie...alebo aj vyhorenie poradcu sa môže vyskytnúť či prílišné emócie“*. Zaujímavou skutočnosťou je odpoveď účastníka č. 1, ktorí porušovanie hraníc vníma viac na základe správania sa klienta. Otázne ostáva, či by si dokázal uviesť aj prekročenie hraníc zo svojej strany ako poradcu počas poradenského procesu s klientom.

V súvislosti s tým, sme poradcov položili ďalšiu otázku, **ako vplývajú poruchy hraníc na priebeh poradenského procesu**, kde nám:

- Účastník č.1 odpovedal *„stretla som sa s manipuláciou od klienta a vydieraním, čo dosť ovplyvnilo spoluprácu. Alebo napríklad v prípade prílišnej angažovanosti poradcu, v snahe v procese vynikať, riešiť veci za neho a splývania do tej miery, kedy poradcu už považuje klientove problémy za svoje“*.
- Účastník č. 2 má taktiež skúsenosť s manipuláciou zo strany klienta, ako sa aj vyjadril *„dochádza k nedôvere, strate nadhľadu u poradcu, zhoršenej spolupráci klienta, či skôr snahe manipulovať poradcu“*.
- Naopak podľa účastníka č. 3 *„prekročenie hraníc nemusí nutne klientovi ublížiť, dokonca môže poradenský proces obohatiť, ale zahŕňa aj v sebe veľké riziká – ak sa prekračujú hranice za nesprávnych podmienok a v neúnosnej miere – to ohrozuje poradenstvo, klienta i poradcu“*.
- Účastník č. 4 uviedol, že *„pokiaľ už vznikli, je jasné že spolupráca je ťažšia a stáva sa mi, že keď klient zistí, že som niečo pre neho urobila napríklad navyše, alebo za neho, pri ďalšom kontaktnom stretnutí to bude opäť očakávaťakoby takzvaná manipulácia“*. Poradcovia sa vo väčšine zhodli, že na priebeh poradenského procesu a vznik porúch hraníc vo vzťahu majú značný vplyv klientove pokusy o manipuláciu poradcu.

V nadväznosti s predchádzajúcou otázkou sme sa opýtali poradcov, **kedy si teda určujú hranice vo vzťahu**.

- Účastník č. 1 uviedol, že *„na začiatku procesu, kedy si určujeme kompetencie, pravidlá spolupráce a formuje sa náš vzťah“*.

- Podobne participant č. 2 „*hneď pri prvom rozhovore, ak je pri riešení situácie klienta potreba si dohodnúť ďalšie stretnutia, teda pri dlhodobých klientoch. Pri jednorazových klientoch sú základné hranice dané v rámci definovania okolností za akých poskytujeme alebo neposkytujeme poradenstvo*“.
- Participant č. 3 sa vyjadril, že „*na začiatku práce s klientom a spoločne s ním*“.
- Taktiež aj participant č. 4 „*samozrejme hneď na začiatku prvého stretnutia je nutné dať pokyny a nasmerovať to správnym smerom*“. V odpovediach sa zhodli všetci poradcovia jednotne, že je dôležité stanoviť si spolu s klientom už v úvode spolupráce hranice, resp. pravidlá spolupráce, čím sa predpokladá správny smer poradenského procesu.

Nadväzuje nám na to aj nasledovná otázka, v ktorej sme chceli zistiť **čo považujú poradcovia za potrebné vybudovať si vo vzťahu už v úvode spolupráce.**

- Podľa participanta č. 1 „*dobré vzájomné vzťahy, vymedziť pravidlá spolupráce a je potrebné si myslím jasné vymedzenie požiadaviek, s ktorými klient prichádza na riešenie*“.
- Participant č. 2 uviedol, že „*v rámci korektnosti vzťahu je dobré komunikovať otvorene, nie však hodnotiť klienta, či jeho situáciu, skôr sa otvorene pýtať, čo klient očakáva a ako mu môže byť poradca nápomocný pri riešení vzniknutej situácie*“.
- Podľa participanta č. 3 je dôležité vybudovať už v úvode spolupráce „*jasné pravidlá, bezpečie, dôveru, jasnú objednávku – jej vyjasňovanie, teda to, čo klient vlastne chce*“.
- Podobne participant č. 4 uviedol „*tú dôveru, tá je dôležitá, pokiaľ klient cíti, že nám môže veriť, konverzácia neuviazne a uľahčuje tú spoluprácu. Myslím, že sociálny pracovník by sa mal už na začiatku správať empaticky a asertívne – vypočuť klienta so záujmom, jasne a zreteľne podať informácie, v prípade, že nerozumie, ešte raz vysvetliť, čo sa od neho očakáva*“. Význam sa podľa poradcov dáva vybudovaniu dôvery a jasne stanoveným pravidlám spolupráce prostredníctvom otvorenej komunikácie, ktorá je kľúčom k efektívnosti poradenského vzťahu.

Následne sme sa v otázkach zamerali na zistenia **ako poradcovia charakterizujú optimálny vzťah v poradenskom procese.**

- Participant č. 1 povedal, že „*založený na dodržiavaní pravidiel*“.
- Podľa participanta č. 2 je dôležité nechať určitú zodpovednosť klienta za seba, kde sa vyjadril, že „*dôvera v potenciál klienta je dôležitá, to napomôže poradcovi nepreberať aktivitu, ktorá mu neprináleží napríklad zväziť doprevádzanie klienta v rámci distribúcie, krízovú intervenciu mimo poradenských hodín, vybaviť telefónny hovor za klienta a podobne*“.
- Podobne sa vyjadril participant č. 3 „*prítomnosť atmosféry dôvery, bezpečia, rešpektu, kedy aj klient aj poradca sú si vedomí cieľov. Klient je vedený poradcom, aby si hľadal riešenia a dochádza k jasným spätným informáciám*“.
- Podľa participanta č. 4 „*podstatné je konzultovať bez bariér, taktiež by malo fungovať v rámci komunikácie optimálne časové rozmedzie pri rozhovore, aktívne počúvanie zo strany poradcu a aj klienta, navodenie otvorenej a príjemnej atmosféry, nakoniec*

ukončenie vzťahu po ukončení cieľa. Dôležité je viesť k pomoci k svojpomoci samotného klienta“. Z jednotlivých odpovedí je zreteľné, že podľa poradcov je dôležitá dôvera vo vzťah, dané pravidlá spolupráce a prenechanie iniciatívy na klienta, kde úlohou poradcu je ukázať správny smer klientovi k dosiahnutiu cieľov.

V súvislosti s porušovaním hraníc zo strany klienta sme chceli zistiť od poradcov **aký typ klienta zvykne porušovať hranice v poradenskom procese.**

- Participant č. 1 sa vyjadril, že „*manipulatívny – najčastejšie. Ťažko povedať, vplyva na to aj typ problému, snaha ho riešiť, agresivita a netrepezlivosť v správaní, ale aj duševné choroby klienta*“.
- Podľa participanta č. 2 „*klienti v psychiatrickej liečbe alebo klienti z rómskej komunity*“.
- Participant č. 3 uviedol, že „*nástojčivý, netrepezlivý klient, ktorý chce silou mocou dosiahnuť svoje alebo klient s poruchou osobnosti*“.
- A participant č. 4 je to „*klient, ktorý je agresívny či manipulatívny, ale aj klienti vo vyššom veku, klient v odpore*“.

Podľa jednotlivých výpovedí poradcov a ich skúseností to, aký klient zvykne porušovať hranice vo vzťahu závisí od typu klienta s akým prídu do kontaktu aj od jeho osobnosti, teda je to individuálne. V záverena základe tvrdení jednotlivých participantov sme zistili, že príčinami porúch hraníc vo vzťahu poradca – klient sú na strane poradcu jeho neprofesionalita, neodbornosť a nadmerná pomoc klientovi, kde u klienta sme zistili, že tu sú príčinami porúch jeho nezáujem spolupracovať, falošné očakávania či manipulácia poradcu. To, že k poruchám hraníc skutočne došlo participant uviedli na základe toho, keď sa porušujú pravidlá spolupráce, dohodnuté termíny stretnutí a prezentuje sa nevhodné správanie. Poruchy hraníc v poradenskom vzťahu majú určitý dopad na celkovú spoluprácu, atmosféru a výsledný efekt riešenia klientovho problému v dôsledku negatívnych prvkov, ktoré ich sprevádzajú. V konečnom dôsledku poruchy v poradenskom vzťahu ohrozujú ako klienta tak aj poradcu, preto je dôležité určiť si pravidlá už v úvode spolupráce, čím môžeme ovplyvniť priebeh poradenského procesu, ktorý by mal viesť k zlepšeniu situácie klienta, nie k jej skomplikovaniu. Základom poradenského vzťahu by podľa participantov mal byť vzťah založený na dôvere, empatii, asertivite, rešpekte, jasne vymedzených pravidlách spolupráce a vedení pomoci k svojpomoci, čo sme charakterizovali ako optimálny poradenský vzťah, ku ktorému by mal poradenský proces smerovať.

Dôsledky porúch hraníc vo vzťahu poradca - klient na vykonávanie práce poradcu

V rámci tejto výskumnej otázky sme sa zamerali na dôsledky porúch hraníc na vykonávanie práce poradcu a chceli sme zistiť od poradcov **ako ovplyvňuje prácu porušovanie hraníc z klientovej strany.**

- Zaujala nás odpoveď participanta č. 1, ktorý uviedol, že „*spolupráca vlastne nemôže prebiehať normálne a zvykne sa, ak sa klient nezmení ukončiť*“. Poradcovu vyjadrenie nepôsobí smerodajne, nakoľko jeho odpoveď naznačuje, že poradenský proces závisí len od klienta a jeho prístupu a ak sa klient nezmení, spolupráca končí, čím jeho postoj vnímame ako neprofesionálny a demotivujúci.

- Naopak participant č. 2 klientovo porušovanie hraníc považuje ako príležitosť k zmene prístupu, ako uviedol „*porušenie hraníc zo strany klienta ma vždy vedie k analýze vzťahu s klientom, príde mi to ako signál, že niečo v poradenskom procese nebolo z mojej strany ako poradcu správne alebo niektoré pravidlo treba aplikovať individuálne*“.
- Podľa participanta č. 3 „*je to nepríjemná situácia, ale určite ju treba riešiť. Ti klienti si to zväčša neuvedomujú*“.
- Participant č. 4 uviedol, že „*každopádne to sťažuje prácu, opakovanú komunikáciu, ide tu o takzvanú stagnáciu poradenského procesu alebo nesústreďenie*“. Pre poradcov je porušovanie hraníc zo strany klienta určite negatívny jav komplikujúci spoluprácu, avšak na druhej strane to môže byť spätná väzba poradcovi, aby hľadal nové spôsoby riešenia situácie a viedol poradenský proces správne.

V súvislosti s tým, sme položili poradcovi otázku ***kedý začínajú poradenský vzťah vnímať ako negatívny, vyžadujúci si zmenu.***

- Participant č.1 vníma negatívne „*keď poradca prejaví akoby nepriateľský postoj, najmä vtedy keď nezvláda klientovo správanie, tam to volá po zmene*“.
- Podľa participanta č.2 „*keď klient má veľkú potrebu verbalizovať svoje ťažkosti a minimálnu alebo žiadnu motiváciu k zmene. Ak tento stav trvá dlhodobo, som za to, aby sa poradenský vzťah ukončil*“.
- Podobne reagoval participant č. 3 „*keď vnímam, že sa proces neposúva. Pri prežívaní pretrvávajúcej neistoty*“.
- Aj podľa participanta č.4 „*keď nebadáme výsledky spolupráce, klient nespokojený alebo má prehnane požiadavky a porušuje hranice, alebo tiež keď nás klient verbálne napáda a nadáva, nechce spolupracovať. Taktiež pokiaľ dochádza k nepriepustnosti hraníc, nezájmu zo strany klienta, apatii a nedôjde k pozitívnemu posunu smerom k vyriešeniu problému*“. Poradcovia sa zhodli podobne na tom, že negatívne vnímajú najmä, keď poradenský proces nenapreduje, nemení sa a nie je prítomná motivácia a záujem klienta.

V prípade že nedôjde k zmene a poradenský proces nenaberie správny smer sme sa u poradcov zaujímali, ***čo možno očakávať, ak sa poruchy hraníc nezmenia na optimálny vzťah.***

- Participant č. 1 jasne zdôraznil „*ukončenie procesu a odovzdanie klienta inému poradcovi*“.
- Podľa participanta č. 2 „*ak sa porušenie hraníc nezmení v optimálny stav, tak mi príde optimálne sa vyhnúť konfliktu s klientom a vyriešiť ukončenie poradenského vzťahu*“.
- Participant č. 3 uviedol „*pravdepodobne ukončenie poradenského procesu a samozrejme nespokojnosť poradcu aj klienta*“.
- Rovnako aj participant č. 4 uviedol „*zlyhanie poradenského procesu, čo vlastne nevedie k vyriešeniu problému klienta. Jednoznačne ukončenie spolupráce alebo popri prípade distribúcia kolegovi*“. Poradcovia neprítomnosť zmeny a pozitívneho smerovania poradenského procesu považujú za dôvod k ukončeniu spolupráce resp. distribúcie klienta kolegovi.

Následne sme chceli zistiť **akým spôsobom to narušuje ich ďalšiu spoluprácu s klientom**, kde nám:

- Participant č. 1 povedal, že „*nie je možné spolupracovať s niekým, kto nechce vnímať vzťahy ako dobré*“.
 - Participant č. 2 sa vyjadril, že „*to, že porušenia hraníc sa už neoptimalizujú je skôr ojedinelý príklad, a to väčšinou u klientov závislých na alkohole alebo psychotropných látkach a u klientov s hraničnými poruchami osobnosti, kde nerešpektovanie hraníc súvisí s celkovou patológiou osobnosti klienta a porušovanie hraníc je skôr očakávané*“.
 - Podľa participanta č. 3 „*u klienta je viditeľné, že pociťujú neistotu či zásah do bezpečia, aspoň klient sa tak zvykne prejavovať, potom je ťažko to posunúť ďalej*“.
 - Participant č. 4 uviedol, že „*ďalšia spolupráca je nulová. Spolupráca je na bode mrazu, viazne to alebo popripade končí*“.
- Dôležité je, aby klient chcel spolupracovať, bol dostatočne motivovaný a odhodlaný pracovať na sebe a na vyriešení svojho problému, aby si uvedomil, kde nastala chyba a čo nerobil správne, v čom je nutné urobiť zmeny a nenarúšal tak viac poradenský proces.

To, že majú poruchy hraníc určitý vplyv na poradenský proces a jeho priebeh v určitej miere ovplyvní aj prácu poradcu, čo nás aj ďalej zaujímalo bolo, **ako sa odrazia poruchy hraníc vo vzťahu na vykonávanie práce poradcu**.

- Participant č.1 uviedol, že „*poradca určite potrebuje čím skôr supervíziu, aby dokázal objektívne zhodnotiť klientovu situáciu a pomôcť mu, aby sa poruchy neprehlbovali. Taktiež potrebuje sebareflexiu*“.
 - Participant č. 2 uviedol „*v konečnom dôsledku sa nepomôže klientovi, ak spolupráca s ním je obtiažna. Pre poradcu je to skôr spätná väzba*“.
 - Podľa participanta č. 3 „*je tam určité zneistenie, kedy sa tým pádom poradenský proces veľmi neposúva, treba pracovať na zlepšení situácie*“.
 - Participant č. 4 povedal, že „*pokiaľ poradca nevie rozlíšiť, čo je vhodné a správne voči klientovi, nemôže vykonávať svoje povolanie správne a zväčša tým končí poradenský proces. Alebo poradca môže úplne splynúť s klientom alebo robí veľa vecí za klienta, je tam prítomné napätie a prílišná zataženosť*“.
- Dôsledky porúch hraníc na prácu poradcu, by nemali ovplyvňovať jeho prístup voči klientovi. Od poradcu ako od profesionála sa očakáva zvládnutie aj prípadných negatívnych javov v poradenskom procese, zároveň poradca musí mať ujasnené aké sú jeho kompetencie a čo sa od neho očakáva.

V súvislosti s tým sme sa poradcov spýtali, **kedy a ako vnímajú, že klient viac očakáva od nich ako od vlastného úsilia**.

- Participant č. 1 odpovedal, že „*keď je pasívny, nie je si sebaistý, počúva ma na slovo, prípadne nemá záujem o spoluprácu, ale zotrváva v procese. Alebo sa mu nechce, nevie riešiť problém alebo v prejave správania možno bádať prehnane očakávania*“.
- Participant č. 2 uviedol, že „*má tendenciu vyhýbať sa konkrétnym riešeniam, ktoré si s poradcom dohodol, dlhodobo verbalizuje svoju neschopnosť riešiť problém so snahou akoby uprosiť poradcu, aby to vykonal za neho*“.

- Podľa participanta č. 3 „*ak pretrváva odolávanie klienta preberať zodpovednosť a pracovať na sebe v prvom rade sám vyvoláva to neistotu, sklamanie, často krát hnev*“.
- Participant č. 4 povedal, že „*keď klient prenecháva riešenie na poradcu a je nesamostatný*“. Podľa skúseností poradcov klienti prejavujú očakávania viac od poradcu ako od vlastného úsilia tým, že neprinášajú do poradenského vzťahu samostatnosť, motiváciu a chuť pracovať na sebe, majú prehnané očakávania, v dôsledku čoho sa neposúvajú žiadaným smerom.

V závere vychádzajúc z informácií získaných od poradcov konštatujeme, že poruchy hraníc negatívne vplyvajú na poradenský vzťah, kde môže dôjsť k ohrozeniu poradenského procesu a ku skomplikovanej spolupráci medzi poradcom a klientom.

Poradenský vzťah poradcovia vnímajú negatívne vtedy, keď dochádza k nedostatočnej klientovej motivácii k spolupráci a k porušovaniu hraníc zo strany klienta, kedy sa poradenský proces neposúva pozitívnym smerom. V prípade nezapracovania na zmene, resp. odstránení porúch vo poradenskom vzťahu často krát dôjde k ukončeniu spolupráce, zlyhaniu poradenského procesu či distribúcií klienta kolegovi. Dôsledky, ktoré prinášajú poruchy hraníc sa podľa poradcov vo vykonávaní ich práce prejavia napätím a zneistením kedy je nutná sebareflexia alebo v prípade potreby supervízia. Myslíme si, že je dôležité už od začiatku spolupráce, aby si bol poradca vedomý svojich kompetencií a hlavná iniciatíva v riešení problému by mala byť v réžii klienta, ktorý bude prostredníctvom poradcu vedený k pomoci k svojpomoci.

Riešenia sociálnych poradcov už vzniknutých porúch vzťahu v poradenskom procese

V rámci tretej výskumnej otázky sme prostredníctvom rozhovorov s poradcami chceli zistiť skutočnosti ohľadom riešenia už vzniknutých porúch hraníc, **čo je dôležité urobiť pre ich elimináciu.**

- Participant č. 1 uviedol, že „*je potrebná je sebareflexia, supervízia a schopnosť diagnostikovať problém*“.
- Podľa participanta č. 2 „*dôležitá je jasná, otvorená a féroová komunikácia s klientom hneď od prvého kontaktu*“.
- Participant č. 3 povedal, že je dôležité „*urobiť čo najviac v rámci prevencie pred vznikom eticky nejasných situácií, dohodnúť sa na podmienkach a spôsobe spolupráce, vyjasniť si očakávania či objednávku klienta*“.
- A podľa participanta č. 4 je potrebné „*prístupovať empaticky ku klientovi, po prípade mu vysvetliť ak sa prekračujú hranice vzťahu teda aj spolupráce, necháme klienta vyventilovať sa a snažíme sa nájsť spoločnými silami to najlepšie riešenie. Uskutočňujeme konzultácie s kolegami respektíve supervíziu alebo pracujeme na rozširovaní vlastnej profesionálnej prípravy, čím podporíme kroky vedúce k mobilizácii a aktivite klienta*“. Je jednoduchšie ako problémom, tak aj poruchám hraníc predchádzať ako riešiť ich dôsledky, aj keď nie vždy sa dá ich vzniku zabrániť. Dôležité je neustále pracovať na svojej odbornosti a profesionalite ako poradcu a dbať na dodržiavanie pravidiel spolupráce.

Následne sme sa poradcov opýtali **čo sa očakáva od nich pri riešení už vzniknutých porúch vo vzťahu.**

- Participant č. 1 povedal, že sa očakáva „*ich včasné odhalenie, uvedenie si ich prítomnosti a následkov, zlepšenie situácie, aby nedošlo k negatívnym dopadom v ďalšej spolupráci*“.
- Podľa participanta č. 2 sa očakáva, že „*analyzuje vzniknutú situáciu a vyvodí riešenia a uskutoční zmenu buď zo svojej strany ak pochybil on alebo vzniknutú situáciu odkomunikuje s klientom. V takomto prípade je nápomocná supervízia*“.
- Podobne participant č. 3 uviedol, že je potrebné „*čím skôr situáciu uviesť na bežný bezproblémový poradenský priebeh procesu, následne spolupracovať prostredníctvom inej metódy s klientom resp. vyvarovať sa predchádzajúcim chybám*“.
- Podľa participanta č. 4 sa očakáva „*že zachová profesionálny prístup a navedie klienta pomoci k svojpomoci, ukáže cestu ako problémy riešiť, respektíve vedie klienta. Očakáva sa tiež, že dokáže túto situáciu zvládnuť a nastoliť profesionálny fungujúci vzťah, že sa poradca zorientuje a stanoví nové metódy a znovu obnoví vzťah*“. Poradcovia sa prevažne zhodli na skutočnosti, že je vhodná včasná intervencia a uskutočnenie zmien, ktoré sa očakávajú s cieľom nasmerovania poradenského vzťahu na optimálnu úroveň.

Zaujímalo nás tiež **aký prístup poradcovia zvolili pri riešení vzniknutých porúch hraníc.**

- Participant č. 1 sa vyjadril, že „*humanistický prístup teda zaujať postoj, ktorým zvolíme stanovisko prospešné obom zúčastneným stranám*“.
- Participant č.2 uskutočnil „*otvorenú komunikáciu a upevnenie objektívnych očakávaní na strane klienta ako aj na strane svojej. Znovu sme si spolu s klientom prešli pravidlá za akých sa poskytuje poradenstvo*“.
- Participant č. 3 uviedol „*vrátiť sa k tomu, čo bolo alebo malo byť na začiatku poradenského procesu tzv. dojednávania o možnostiach práce alebo spôsobe spolupráce*“.
- Participant č. 4 povedal, že „*najskôr nedirektívny*“. Poradca by mal zvoliť prístup prospešný obidvom účastníkom poradenského procesu, aby došlo k efektívnosti v spolupráci.

Ďalej sme sa chceli dozvedieť, **s akým klientom predpokladajú poradcovia uskutočnenie riešenia porúch vo vzťahu skôr,** kde nám

- Participant č. 1 odpovedal, že „*s tým, ktorý má záujem niečo so sebou robiť či spolupracovať na riešení problému*“.
- Participant č. 2 odpovedal podobne, že „*so spolupracujúcim klientom s motiváciou riešiť svoju situáciu*“.
- Participant č.3 uviedol, že „*s klientom, ktorý je nastavený na počúvanie*“.
- A taktiež participant č. 4 predpokladá uskutočnenie riešenia porúch skôr „*s klientom, ktorý je spolupracujúci, záleží mu na zmene a snaží sa veci zmeniť*“. Výsledky spolupráce a efektívnosť poradenského procesu je možné vidieť len v prípade, že klient aktívne spolupracuje a má motiváciu svoju situáciu zmeniť k lepšiemu.

Taktiež sme sa zaujímali, **kedy si podľa nich aj klienti začnú uvedomovať, že sa narušili hranice vo vzťahu**, na čo nám:

- Participant č. 1 odpovedal, že „*vtedy, kedy im to poradca dá najavo. Ak prišli dobrovoľne a ničili tak proces a časom zmenili názor, vtedy sa to ukáže*“.
- Participant č. 2 povedal, že „*keď im dá poradca spätnú väzbu*“.
- Podľa participanta č. 3 „*pri opakovanej špecifikácii objednávky a rozhovore s klientom, kedy sa tomu venujeme*“.
- Participant č. 4 uviedol, že „*ako náhle začne stagnovať komunikácia alebo sú na tú skutočnosť upozornení samotným poradcom*“. Z odpovedí je zrejmé, že klienti si málokedy uvedomujú, že porušujú hranice a včasná spätná väzba poradcu je dôležitá, aby sa zabránilo prehlbovaniu porúch hraníc a nedošlo k negatívnym javom.

V súvislosti s tým sme chceli **zistiť ako podľa poradcov klienti pristupujú k spoločnému riešeniu porúch hraníc**.

- Participant č. 1 odpovedal, že „*je to individuálne, alebo prebehne dohoda, uznanie si chyby a prijatie riešenia alebo neposúvame sa*“.
- Podľa participanta č. 2 „*po prekonzultovaní vzniknutého porušenia hraníc a následnej sankcie zo strany poradcu ukončiť poradenský vzťah a teda nedoriešiť nepriaznivú soc. situáciu klienta si klient, ktorý má motiváciu riešiť veci uvedomí porušenie hraníc, ktoré možno vzniklo zo zväčšenej úzkosti klienta a podobne*“.
- Participant č. 3 uviedol „*podľa typu klienta, niektorí si to neuvedomujú alebo nechcú uviesť, iní áno najmä počas rozhovoru s nimi to pozorujeme*“.
- A podľa participanta č.4 klienti pristupujú „*zväčša negatívne, lebo málo ktorý si prizná, že niečo robí nevhodne a je to pre nich ponižujúce, ale samozrejme záleží od individuálnosti každého. Závisí od typu klienta a druhu problému*“. Prístup klienta k spoločnému riešeniu porúch hraníc závisí opäť od typu klienta a je to individuálne.

Poradcov sme sa tiež opýtali **akým spôsobom teda klientovi vysvetlia, že porušuje hranice**.

- Participant č. 1sa vyjadril, že „*vysvetlím, názorne ukážem následky ich správania, a tým predchádzame vzniku blokov v komunikácii*“.
- Participant č.2 uviedol „*konkrétne pomenujem veci, ktoré do poradenského vzťahu nepatria alebo ktoré si neprajem a narušujú našu spoluprácu*“.
- Participant č. 3 klientovi vysvetlí „*cez rozhovor s ním, kedy mu vysvetlím dohodnuté pravidlá spolupráce a tiež musia fungovať isté zásady, ktoré budú rešpektované na oboch stranách*“.
- A podľa participanta č. 4 je „*usmerňovanie je vždy na mieste. Komunikácia je základ, vysvetlím mu prostredníctvom rozhovoru*“. Základom je otvorená komunikácia a prostredníctvom nej jasné vysvetlenie skutočností klientovi.

Ďalšou otázkou sme **získovali čo je podľa poradcov vhodným a trvalým riešením pre to, aby sa to neopakovalo**.

- Participant č. 1 odpovedal, že „*je to od prípadu k prípadu, pre jedného platí to, pre iného ono, ale všetko závisí od prístupu sociálneho poradcu*“.
- Participant č. 2 sa vyjadril, že „*jasné vysvetlenie pravidiel*“.

- Podľa particpanta č. 3 je riešením „vyjednávane o tom, ako by mala spolupráca vyzerať a čo bude jej obsahom a predmetom. Špecifikácia objednávky klienta môže odkryť nezlučiteľnosť s kompetenciami poradcu alebo s jeho poslaním. A poradca si sám rozhoduje do akej miery sa bude angažovať“.
- Participant č. 4 uviedol, že je vhodným riešením „určiť si hranice už na začiatku poradenského procesu čím môžeme zamedziť vzniku porúch, klient si bude vedomý čoho sa vyvarovať, ale nie je to samozrejme vždy pravidlom, klienti sú rôzni a závisí to aj od situácie, niekedy to vopred neovplyvníme“. Riešenie poradcovia vidia v určení si pravidiel spolupráce, avšak nedá sa úplne zamedziť vzniknutiu porúch hraníc, ale pre kvalitnú spoluprácu je potrebné urobiť všetko pre to, aby ma mala spolupráca význam.

Zaujímala nás taktiež skutočnosť, **kedy a ako si dokáže sociálny poradca uvedomiť, že ide o porušovanie hraníc z jeho strany ako poradcu.**

- Participant č. 1 odpovedal, že „keď začne vnímať, ak začne, že sa mu klient vzdalaľuje, že sa uzatvára do seba, že nespupracuje, je agresívny, či dokonca môže poradcovi nadbiehať a tým pádom to ovplyvní poradcu“.
- Podľa particpanta č. 2 „verbalizáciou zo strany klienta a jeho falošných očakávaní na poradcu, manipuláciou poradcu do úkonov, ktoré nie sú v jeho kompetencii a klient to využíva“.
- Participant č. 3 uviedol, že „keď sa poradenský proces nehýbe, neposúva a vtedy dávam na supervíziu“.
- A participant č. 4 si dokáže uvedomiť „keď pociťuje nezáujem o vyriešenie klientovho problému teda nevenuje mu dostatočnú pozornosť a taktiež prílišné emócie dost komplikujú spoluprácu“. Je veľmi dôležité, aby dokázal aj sociálny poradca objektívne zhodnotiť, že sám pochybil a aby dokázal očami odborníka posúdiť, že v určitom zmysle je prístup klienta spätnou väzbou prístupu poradcu a že aj on môže urobiť chyby, ktoré je nutné korigovať.

V súvislosti s tým, sme sa poradcov opýtali **či sa im už stalo, že sa poruchy vz'ahu vyskytli z ich strany ako poradcu a ako ďalej postupovali.**

- Participant č. 1 uviedol, že „jeden raz, bola to nesympatia ku klientovi. Odovzdala som ho inému kolegovi“.
- Participant č. 2 sa vyjadril rovnako, že „áno. Rozhovorom s klientom, že môj postup voči nemu nebol správny a v rámci pokračovania spolupráce to budeme robiť inak“.
- Taktiež participant č. 3 „áno, stalo, no dôležité je včas si to uvedomiť a spracovať to tak, aby bolo všetko v prospech klienta v rámci efektivity práce“.
- Naopak participant č. 4 sa na skúsenosť s poruchami hraníc s jeho strany vyjadril, že „Nedokážem to posúdiť“. Z odpovedí môžeme skonštatovať, že prítomnosť porúch hraníc na strane poradcu je rovnako možná a bežne sa vyskytujúca, ale podstatné je včas si ich uvedomiť a vyvarovať sa ich opakovaniu pre zachovanie efektívnosti spolupráce.

Na záver interview nás ešte zaujímalo **ako by poradcovia postupovali v prípade, že sa porušenie hraníc zopakuje opäť z ich strany ako poradcu,** kde sa:

- Participant č. 1 vyjadril, že „určite sebareflexia, práca na sebe, taktiež treba formovať schopnosť sa odosobniť a byť objektívny a vnímavý voči jemným náznakom klienta, vzdelávať sa a realizovať supervíziu. Pestovať schopnosť diagnostiky a prijívať bezpodmienečne klienta takého aký je“.
- Taktiež participant č. 2 uviedol, že „supervízia je najvhodnejšie riešenie podľa mňa“.
- Rovnako aj participant č. 3 povedal, že „hneď ísť do supervízie, ktorú považujem pri poradenskej práci v prípade potreby za nutnosť“.
- Participant č. 4 tiež poznamenal, že „Určite je vhodná supervízia“. Poradcovia sa jednotne zhodli na supervíziu, ako riešenie situácie, keď dôjde k opakovaniu sa porúch hraníc z ich strany ako poradcov.

Záver

Na záver z uvedených názorov poradcov konštatujeme, že spoluprácu ako aj prítomnosť porúch je možné ovplyvniť už v úvode práce s klientom, ako sme už spomínali spoločným definovaním pravidiel a následným vedením spolupráce tak, že ako poradca tak aj klient si bude vedomý svojich úloh. V súvislosti s tým poradcovia uvádzajú, že pre elimináciu porúch hraníc je potrebná otvorená komunikácia s klientom od začiatku spolupráce, konzultácie s kolegami a ujasnenie si očakávaní a podmienok spolupráce. V prípade, že sa poruchy už objavili, je nutné ich včas odhaliť a čo najskôr uviesť situáciu na bežný bezproblémový poradenský proces využitím iných metód alebo otvoreným rozhovorom s klientom. Klienti si zvyčajne nie sú vedomí porúch hraníc, kým ich poradca neupozorní a neprekonzultujú to, avšak všetko závisí od typu klienta. Je zrejme, že nie vždy sa dá zamedziť vzniku porúch, avšak túto skutočnosť si uvedomujú aj samotní poradcovia, keď sa poradenský proces neposúva žiadaným smerom, čo je spätnou väzbou vyjadrujúcou neefektívnosť poradenského procesu vyžadujúceho si ako najvhodnejšie riešenie supervíziu. V súvislosti s výskumnými zisteniami si vzhľadom na počet participantov nedovolíme zovšeobecňovať výsledky výskumných zistení na všetkých poradcov. To ako k poruchám vzťahu v poradenstve dochádza závisí od situácie, typu klienta a taktiež od prístupu a profesionality poradcu, teda nemôžeme dané zistenia zovšeobecňovať nakoľko je to veľmi individuálne. Na základe výskumných zistení však môžeme skonštatovať, že poradcovia sa často stretávajú s poruchami hraníc, ktoré následne riešia otvoreným rozhovorom s klientom, kedy spoločne pracujú na zlepšení situácie. Skúsenosti poradcov s poruchami hraníc vo vzťahu sú častým javom, zároveň sú bežnou súčasťou poradenského procesu a v dôsledku toho by poradca mal byť dostatočne pripravený zvládnuť takéto situácie porušovania hraníc a vzťahu s klientom.

Použitá literatúra

- BOBEK, M. – PENIŠKA, P. 2008. *Práce s lidmi : učebnice poradenství, koučování, terapie a socioterapie pro pomáhající profese*. Brno : NC publishing, 2008. 288 s. ISBN 978-80-903858-2-5.
- CZARNECKI, P. 2011. *Ethics for Social Worker*. Lublin : vedecké vydavateľstvo Vysokiej školy ekonomiky a inovácií, 2011. 200 s. ISBN 978-83-62074-32-7.
- ČEREŠNÍK, M. 2012. *Základy poradenskej psychológie*. Nitra : PF UKF, 2012. 122 s. ISBN 978-80-558-0073-8.

- DRYDEN, W. 2008. *Poradenství*. Praha : Portál, 2008. 120 s. ISBN 978-80-7367-371-0.
- GABURA, J. 2010. *Komunikácia pre pomáhajúce profesie*. Bratislava : Univerzita Komenského v Bratislave, 2010. 196 s. ISBN 978-80-223-2752-7.
- GABURA, J. 2013. *Teória a proces sociálneho poradenstva*. Bratislava : Iris, 2013. 309 s. ISBN 978-80-89238-92-7.
- GAVORA, P. 2007. *Spríevodca metodológiou kvalitatívneho výskumu*. 2 vyd. Bratislava : Vydavateľstvo Univerzity Komenského, 2007. 230 s. ISBN 978-80-223-2317-8.
- KOPŘIVA, K. 2006. *Lidskývztahjakosoučástprofese : s předmluvou JiřínyŠíkové*. Praha : Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
- LEVICKÁ, J. 2003. *Metódy sociálnej práce*. Trnava : Trnavská univerzita, 2003. 121 s. ISBN 80-89074-38-3.
- LEVICKÁ, J. 2008. *Na ceste za klientom*. Trnava : Oliva, 2008. 283 s. ISBN 978-80-89332-03-8.
- MATOUŠEK, O. a kol. 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha : Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
- MERRY, T. 2004. *Naučte sa byť poradcom : Poradenstvo zamerané na človeka*. Bratislava : Ikar, 2004. 216 s. ISBN 80-551-0768-8.
- STRAUSS, A. – CORBINOVÁ, J. 1999. *Základy kvalitatívneho výskumu*. Brno : nakladateľství Albert, 1999. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.
- ÚLEHLA, I. 2009. *Uměnípomáhat*. Praha : Slon, 2009. 128 s. ISBN 978-80-86429-36-6.
- ŽILOVÁ, A. – NOVOTNÁ, A. – ŽILOVÁ, V. 2010. *Sociálne spôsobilosti v pomáhajúcich profesiách*. Ružomberok : Verbum, 2010. 121 s. ISBN 978-80-8084-589-6.

Kontaktná adresa

doc. PhDr. Alena Novotná, PhD.
Katedra sociálnej práce
Pedagogická fakulta
Katolícka univerzita
Hrabovská cesta 1
Ružomberok
email: novotna.a@gmail.com

POSKYTOVANIE SOCIÁLNYCH SLUŽIEB ĽUĎOM BEZ DOMOVA NA ÚSEKU PRE OŠETROVATEĽSKÚ STAROSTLIVOSŤ FNSP PREŠOV

Pabišová Marcela

Fakultná nemocnica s poliklinikou J.A. Reimana Prešov

Anotácia

Ľudia bez domova, bezdomovci ako jednoslovné pomenovanie pre fenomén neustáleho boja o prežitie. Nie je to len o strate strechy nad hlavou, ani ako jeden z prejavov chudoby, pre mnohých z nás to zároveň prejav úplného padnutia na samé dno ľudského bytia. Mnohí asociujeme pri slove bezdomovec na stojacu, špinavú, v etile osobu, ktorá nás svojím každodenným žobraním doslova otravuje na uliciach a pri obchodných centrách. V dnešnej uponáhľanej dobe sme si nestihli všimnúť veľmi dôležitú vec, že bezdomovec je ľudská bytosť, ktorá aj keď sa vymyká spod pravidiel spoločnosti, mala niekedy v minulosti svoju ľudskú dôstojnosť, svoju rodinu, prácu ale aj určité postavenie v spoločenskom rebríčku. V súčasnosti už to však nie je problém lokálny, jednoznačne môžeme povedať, že sa jedná o problém celosvetový, ktorý sa bude postupne rozrastať do nekontrolovateľných rozmerov aj z dôvodu toľko spomínanej migračnej krízy. Nielen od spoločnosti, ale hlavne od charakteru spoločenského zaradenia sa odvíja celý priebeh starostlivosti o človeka a jeho zdravie. Kvalita poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti je legislatívne ukotvená v zákone o zdravotnej starostlivosti č. 576/2004 Z.z., no akýkoľvek profesionálny môže byť personál zdravotníckeho zariadenia, zabudlo sa v dnešnej uponáhľanej dobe, že sociálne podmienky prostredia, v ktorých ľudia bez domova žijú sa vo veľkej miere podieľajú na vzniku ochorenia, celého priebehu hospitalizácie, priebehu diagnostiky, liečby a ďalšieho začlenenia späť do intaktnej spoločnosti.

KLúčové slová: Bezdomovec. Sociálna práca. Sociálna služba. FNSP Prešov. Referát sociálnej práce.

Annotation

Homeless, homeless as a single word for the phenomenon of constant struggle for survival. It's not just about losing the roof over your head, or as a manifestation of poverty for many of us to also reflect full of falling to the bottom of human existence. Many homeless associate with the words on the floor, dirty Etile in person to their daily begging us literally poisons the streets and in shopping centers. In our busy house we did not manage to notice a very important thing that a homeless person is a human being even if beyond normal rules of society had ever had their human dignity, their family, work, but also a certain position in the social ladder. By now, it is not a local problem, we can clearly say that this is a global problem, which will gradually grow to uncontrollable proportions and because so much of the said migration crisis. Not only on the company but mainly on the nature of social inclusion it depends the whole course of care for man and his health. Condition of institutional health care legislation is anchored in the law on health care no. 576/2004 Coll, but any professional staff may be medical equipment, forgotten in these hurried times that social environmental conditions in which homeless people live largely involved in disease onset, the entire course

of hospitalization, during the diagnosis, treatment and further integrating back into society intact.

Key words: Homeless. Social work. Social services. Hospital Prešov. Department of Social Work.

Predslov

Sociálna práca ako profesia sa sústreďuje na riešenie problémov a na zmeny v živote znevýhodnených ľudí. Jej poslaním nie je len umožniť rozvinúť svoj potenciál všetkým ľuďom, pomôcť im pri obohacovaní svojho života, ale zabrániť aj jeho dysfunkciám. Zameriava sa rôznymi formami na mnohostranné transakcie medzi ľuďmi a ich okolím. Založená je na hodnotách rešpektovania rovnosti, dôstojnosti, ale hlavne hodnoty ľudského bytia, nakoľko sa rozvinula z humanitných a demokratických ideálov. Už jej vznik pred vyše viac ako 100 rokmi bol zameraný na uspokojovanie ľudských potrieb a rozvoj osobnosti človeka, hlavne jeho potenciálu. Dá sa konštatovať, že jej srdcom je solidarita, ktorou sa táto profesia, alebo skôr povolanie usiluje zmierniť chudobu a oslobodiť utláčaných ľudí tak, aby sa začlenili do spoločnosti. Nie vedecká medicína, ale holistický prístup podľa Sopóciho (2000) zdôrazňuje predchádzanie chorobám a komplexnosť človeka ako osobnosti a jeho začlenenie do sociálneho a prírodného prostredia, a že o zdravie človeka by sa mal starať komplexne tím odborníkov. Je nutné mať na pamäti potreby chorého a chorobu chápať ako jeho poruchu, a preto v ústavnom zdravotníckom zariadení by mali podľa nášho názoru súčinne spolupracovať stúpenci vedeckého zdravotníctva a stúpenci holistického zdravotníctva, nakoľko sa v zdravotníctve zásadným spôsobom uplatňuje sociálny aspekt. Determinanty kvality a úrovni zdravia ľudí a formy starostlivosti, princípy organizácie a legislatívne normy, ako aj sociálne a ekonomické faktory sa podieľali svojím spôsobom na tom, že manažment Fakultnej nemocnice s poliklinikou J. A. Reimana Prešov zriadil výlučne vo svojej pôsobnosti úsek s názvom Referát sociálnej práce.

Sociálna práca a sociálne služby

Už samotný fakt, že sa bez vlastného pričinenia rodíme a nakoľko svoj život skôr zijeme ako si ho uvedomujeme, v sociálnej práci vnímame život, ako „sociálny fakt“, pretože nás v živote sprevádza množstvo komponentov a interakcií s inými ľuďmi. Každého človeka v jeho každodennom svete doprevádza množstvo problémov, preto sa pred vyše polstoročím stalo žiaducim vymedzenie profesionálneho rozboru sociálneho života, ktorého neoddeliteľnou súčasťou sú svojrázne polohy, do ktorých sa v živote dostane., *Sociálna práca ako profesia využíva teórie o ľudskom rozvoji, o správaní a o sociálnych systémoch na analýzu komplexných situácií a na uľahčenie individuálnych, organizačných, sociálnych a kultúrnych zmien.*“ (Valné zhromaždenie MFSP v Montreale v Kanade, júl 2000). Potreba skúmania a riešenia sociálnych problémov ako komplexného celku, ktorý je zameraný na reálny život priniesla z pozície relatívne uceleného prístupu, že „*sociálna práca ako praktická činnosť je teda profesionálna aktivita, ktorá umožňuje jednotlivcovi, skupinám a komunitám identifikovať, eliminovať a riešiť alebo aspoň zmierniť osobné, skupinové, sociálne problémy, ako aj vplyv prostredia negatívne vplyvajúceho na človeka*“ (Tokárová, 2003, s.35). V podstate sa podľa Strieženca (2005) stáva akýmsi urýchľovačom riešenia

sociálnych problémov sprístupňovaním strategických a praktických poznatkov v reakciách klientov na stav konkrétneho a praktického sociálneho života. Svoju činnosť vykonáva cez sociálnu službu, ktorá je legislatívne presne definovaná v §2 odst.1 ods.a.) až e.) zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách. Jej profesionalita sa dá charakteristicky vyjadriť v dvoch rovinách, kedy ju môžeme považovať buď za „umenie“, pretože si vyžaduje veľké rozpätie šikovnosti k porozumeniu potrieb druhých, ako aj schopnosť pomáhať tak, aby klienti odkázaní na pomoc sa nestali závislí a nestratili schopnosť pomáhať si vlastnými silami. V druhej rovine sa dá považovať za vedu, pretože disponuje bezpochyby mnohými teóriami, ktoré sa stále zdokonaľujú pri riešení individuálnych, skupinových a komunitných sociálnych problémov.

Sociálne služby poskytované ľuďom bez domova úsekom ošetrovateľskej starostlivosti FNŠP J. A. Reimana Prešov

Kvalita poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti je legislatívne ukotvená v zákone č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Každé zdravotnícke zariadenie podľa § 8 odseku 1) zákona č. 578/2004 Z. z. musí byť personálne zabezpečené a materiálne-technicky vybavené na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v súlade so svojím odborným zameraním, odhliadnuc od toho, sa však nik nepozastavuje nad tým, že celá kvalita poskytovanej ústavnej zdravotnej starostlivosti úzko súvisí s uspokojovaním potrieb vo všetkých dimenziách ľudského života. Zdravotnú starostlivosť definuje zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v odseku 1), kde zároveň presne vymedzuje jej cieľ, ktorým je predĺženie života fyzickej osoby, zvýšenia kvality jej života a zdravého vývoja budúcich generácií. Akýkoľvek profesionálny môže byť personál zdravotníckeho zariadenia, zabudlo sa v dnešnej uponáhľanej dobe, že sociálne podmienky prostredia, v ktorých chorý pacient žije sa vo veľkej miere podieľajú na vzniku ochorenia, celého priebehu hospitalizácie, priebehu diagnostiky, liečby a ďalšieho začlenenia späť do intaktnej spoločnosti. Manažment Fakultnej nemocnice s poliklinikou J. A. Reimana, Prešov intenzívnym zaoberaním skvalitnenia poskytovanej zdravotnej starostlivosti zriadil vo svojej kompetencii Referát sociálnej práce spadajúci pod Úsek pre ošetrovateľskú starostlivosť, a to aj napriek tomu, že prijatím šiestice reformných zákonov zanikla sociálna služba v zdravotníctve a podľa zo zákona č. 192/2008, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkov, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení niektorých zákonov podľa § 27 odseku 1) sociálny pracovník nie je zaradený medzi zdravotníckych pracovníkov. Týmto krokom Prešovská fakultná nemocnica, ktorej história siaha do obdobia 15. storočia zvýšila skvalitnenie poskytovanej zdravotnej starostlivosti, nakoľko každý pacient má základné právo na kvalitnú ako zdravotnú tak aj sociálnu starostlivosť počas ústavnej zdravotnej starostlivosti. Zdravotná starostlivosť v zdravotníckom zariadení sa poskytuje na základe vopred schválených štandardných pracovných postupov podľa ISR, no nakoľko je každý pacient bytosť individuálna aj prístup nielen zdravotníckych pracovníkov, ale aj sociálnych by mal byť

individuálny. V zdravotníctve preto sociálna práca ako intervenciu najviac využíva prípadovú sociálnu prácu, pretože významným kritériom pri výbere vhodnej sociálnej intervencie v zdravotníctve zo strany sociálneho pracovníka sú relevantné informácie o pacientovi od jeho veku, cez jeho zdravotný stav a s ním súvisiace jeho potreby, ako aj aký typ starostlivosti bude daný pacient po prepustení z ústavnej zdravotnej starostlivosti potrebovať. Pacienti sú hospitalizovaní v zdravotníckych zariadeniach na základe typológie podľa veku, medicínskych a klinických odborov. Týmto delením podľa typológie Referát sociálnej práce v súčinnej spolupráci s klinickými odbormi Fakultnej nemocnice s poliklinikou J. A. Reimana Prešov zastrešuje sociálne služby aj pre ľudí bez domova.

Pre hospitalizovaných bezdomovcov:

- poskytuje pomoc pri vybavovaní osobných dokladov, dávky hmotnej núdzy,
- spolupracuje s MsÚ (odborom sociálnych služieb pre občanov) a Charitou k riešeniu umiestnenia po prepustení z nemocnice
- v rámci projektu bezdomovectva „Aj keď na ulici, ale čistý“, aktívne spolupracuje s Gréckokatolíckou charitou Prešov, pri zabezpečovaní ďalšieho umiestnenia bezdomovcov po prepustení z hospitalizácie Fakultnej nemocnice s poliklinikou Prešov na Charitu, alebo Domova sociálnych služieb,
- spolupracuje s Vyšším územným celkom mesta Prešov a Mestským Úradom mesta Prešov,
- podieľa sa pri riešení posúdenia odkázanosti na sociálne služby hospitalizovaných bezdomovcov, ako aj pri riešení bezodkladného umiestnenia v prípade, ak pacient nemá nikoho.

Referát sociálnej práce Prešovskej fakultnej nemocnice vypracoval v čase svojho vzniku štandardy k svojej činnosti, ktoré boli preverené a schválené manažmentom Prešovskej nemocnice, konkrétne námestníčkou pre ošetrovateľskú starostlivosť. Vypracovaný bol aj štandard v súvislosti s hospitalizovanými ľuďmi bez domova pod názvom Štandard L3, ktorý presne popisuje stanovy poskytovania sociálnych služieb RSP pre túto špecifickú skupinu hospitalizovaných pacientov. V jeho presnom znení je uvedené presné vedenie sociálnej dokumentácie pri riešení sociálneho problému s bezdomovcom – „*lokálny štruktúrny štandard, jeho obsahom sú kritériá štruktúry a procesu, a ktorého cieľom je zabezpečiť chronologický prehľad sociálnej starostlivosti o klienta hospitalizovaného na lôžkovom oddelení prešovskej nemocnice, zabezpečiť sociálne intervencie u pacienta, zabezpečiť kvalitu poskytovanej sociálnej starostlivosti, zabezpečiť primerane k zdravotnému stavu a finančným prostriedkom pacienta – bezdomovca jeho umiestnenie. Výsledné kritériá okrem už známych postupov pri zabezpečovaní sociálnej anamnézy v sebe zahŕňajú aj špecifiká týkajúce sa riešenia sociálneho problému, nakoľko sa jedná o vyššpecifikovanú skupinu pacientov. Okrem posúdenia sociálneho problému ich obsahom sú aj plánované intervencie (obec, obvodný lekár, sociálna poisťovňa, VÚC, charitatívne organizácie, Slovenský červený kríž, zdravotná poisťovňa, polícia), realizáciu riešenia sociálneho problému prostredníctvom obcí, VÚC, charitatívnych organizácií, Slovenského červeného kríža, zdravotnej poisťovne, polície a terapia sa ukončuje umiestnením pacienta - bezdomovca v nocľahárni, zariadení chráneného bývania, v zariadení pre seniorov, v domove sociálnych služieb, v ústave*

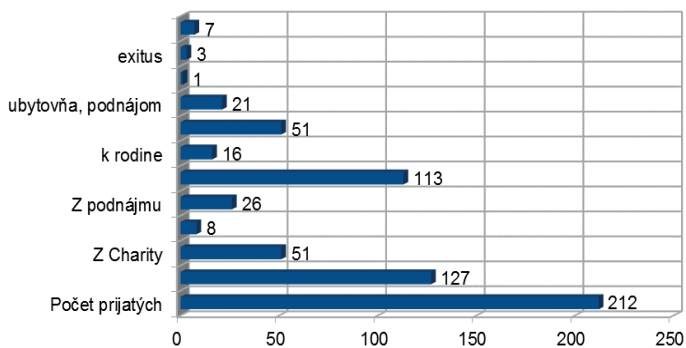
sociálnych služieb, vybavením dokladov (občianskeho preukazu a preukazu poistenca) a zabezpečením ošatenia“ (FAKULTNÁ NEMOCNICA S POLIKLINIKOU V PREŠOVE, 2016). Vznikom Referátu sociálnej práce došlo k zefektívneniu a zlepšeniu sociálnej starostlivosti o pacientov nášho zdravotníckeho zariadenia, nakoľko referát vykonáva svoju činnosť cez sociálnu službu, ktorá zlepšuje základné životné podmienky pacientov, udržiava suverenitu a sociálne bezpečie v rámci vymedzenia činnosti definovanej v zákone č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov. Referát sociálnej práce úzko spolupracuje s orgánmi samosprávy, štátnej správy, súdmi, políciou a zariadeniami sociálnej starostlivosti, ako aj špecializovanými zariadeniami a rodinnými príslušníkmi pacienta.

Človek bez domova ako každý iný pacient

Sociálna práca svojou pôsobnosťou zasahuje do každej oblasti ľudského života. Vznikom Referátu sociálnej práce, ktorého prioritou je kvalitný systém v oblasti poskytovania sociálnych služieb, vrátenie pacienta do bežného života spoločnosti, a ktorý sa nebráni novým poznatkom došlo u pacientov hospitalizovaných vo FNsP J. A. Reimana Prešov požadujúcich sociálnu službu k posilneniu ich dôvery, že aj napriek ich nepriaznivej sociálnej situácii našli pomoc a podporu pri riešení ich sociálneho začlenenia a ochranu pred sociálnym vylúčením z dôvodu ich zmeneného zdravotného stavu. Ide o nový štandard v systéme skvalitňovania poskytovania zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb, nakoľko Referát sociálnej práce vo FNsP Prešov je unikátom na území Slovenskej republiky, jeho zriaďovateľom je štátna príspevková organizácia, ktorou FNsP J. A. Reimana je podľa zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkov, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Ide o účinný a dostupný zdroj pomoci na pretváranie pocitu bezmocnosti, na adaptovanie sa zmeneným životným podmienkam a situáciám ľuďom bez domova. Túto skupinu tvoria prevažne tak ako to popisuje Hradecký, Hradecká, 1996 (in Beňová 2008) osoby trpiace depresiou, osamelosťou, mladí ľudia z detských domovov, dlhodobo nezamestnaní, starí a osamelí ľudia, alkoholicy, narkomani a patologickí hráči. Nie sú to však len osoby mužského pohlavia, stretávame sa aj so ženami, ktoré sú týrané, osamelé či vyhodené z domu, tehotné, ale aj s deťmi. V rámci projektu bezdomovectva „Aj keď na ulici, ale čistý“ FNsP Prešov dňom jeho uskutočneného prvého pracovného stretnutia, ktoré bolo v novembri 2013 spustila aktívnu spoluprácu s GKCH Prešov a jej Centrom sociálno - poradenských služieb Pod Táborom, na ktorom sa súčasne rozvinula súčinná spolupráca s Mestom Prešov, ÚRSVaR a VÚC Prešovského samosprávneho kraja. Celý tento projekt svojim cieľom sledoval dosiahnutie skultúrnenia verejných priestranstiev, no jeho hlavnou prioritou bolo zachovanie ľudskej dôstojnosti ľuďom žijúcim na ulici. Štatistické údaje, ktoré FNsP Prešov vo svojej pôsobnosti vedie zahŕňajú aj osobitnú štatistiku evidencie hospitalizovaných ľudí bez domova a poskytnutia im sociálnej služby úsekom pre ošetrovateľskú starostlivosť. V uvedených tabuľkách je uvedený presný počet hospitalizovaných ľudí bez domova vo FNsP Prešov v období od 1.1.2014 ku dňu 25.10.201

Tabuľka 1 Hospitalizovaný ľudia bez domova v roku 2014 v FNsP Prešov

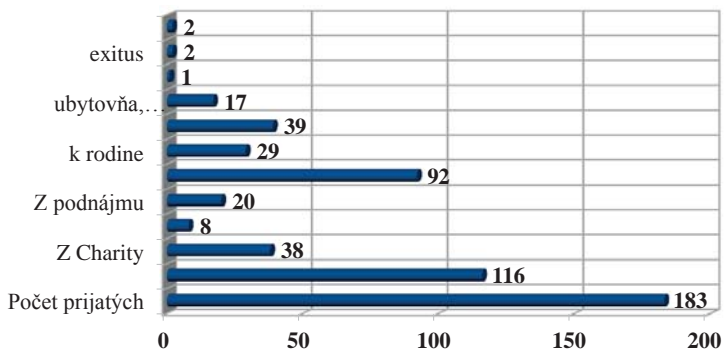
	2014
Počet hospitalizovaných vo FNsP J.A.Reimana Prešov	212
Odkiaľ prijatí :	
z ulice	127
z Charity	51
z Resoc. zariadenia	8
z podnájmu	26
Kam prepustení :	
na Charitu	113
k rodine	16
DSS, ZPS, Resoc.	51
ubytovňa, podnájom	21
výkon trestu odňatia slobody	1
Exitus	3
na ulicu - odmieta pomoc	7



Graf 1 Hospitalizovaný ľudia bez domova v roku 2014 v FNsP Prešov
(Zdroj: Vlastné spracovanie)

Tabuľka 2 Hospitalizovaný ľudia bez domova v roku 2015 v FNŠP Prešov

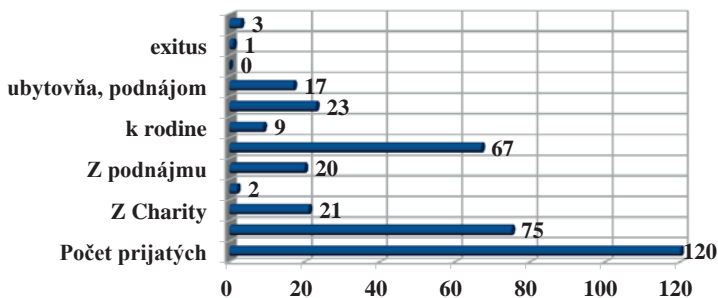
	2015
Počet hospitalizovaných vo FNŠP J.A.Reimana Prešov	183
Odkiaľ prijatí :	
z ulice	116
z Charity	38
z Resoc. zariadenia	8
z podnájmu	20
Kam prepustení :	
na Charitu	92
k rodine	29
DSS, ZPS, Resoc.	39
ubytovňa, podnájom	17
výkon trestu odňatia slobody	1
exitus	2
na ulicu - odmieta pomoc	2



Graf 2 Hospitalizovaný ľudia bez domova v roku 2015 v FNŠP Prešov
(Zdroj: Vlastné spracovanie)

Tabuľka 3 Hospitalizovaný ľudia bez domova v roku 2016 do 25.10.2016 v FNŠP Prešov

	2016
Počet hospitalizovaných vo FNŠP J.A.Reimana Prešov	120
Odkiaľ prijatí :	
z ulice	75
z Charity	21
z Resoc. zariadenia	2
z podnájmu	20
Kam prepustení :	
na Charitu	67
k rodine	9
DSS, ZPS, Resoc.	23
ubytovňa, podnájom	17
výkon trestu odňatia slobody	
Exitus	1
na ulicu - odmieta pomoc	3



Graf 3 Hospitalizovaný ľudia bez domova v roku 2016 do 25.10.2016 v FNŠP Prešov
(Zdroj:Vlastné spracovanie)

Summary

Už v starovekých dokumentoch sa máme možnosť stretnúť so zmienkami starostlivosti o zdravie, kedy sa zo zdrojov prírody človek usiloval chrániť svoje zdravie. Nielen od spoločnosti, ale hlavne od charakteru spoločenského postavenia človeka sa odvíjal celý priebeh starostlivosti o neho a jeho zdravie., Bezdomovec do istej miery prestáva byť pre verejnosť človekom. Pod týmto označením si ľudia predstavia človeka v špinavých páchnucich šatách, ktorá je pod vplyvom alkoholu a obťažuje okoloidúcich „normálnych ľudí.“ (Mátel, Schavel et.al. 2011, s.385). Pováčšine vždy a všade má všetko spoločný súvis a bezdomovec je svojou podstatou, tak ako to popisujú Mátel, Schavel (2011) poruchou

sociálneho fungovania, a poruchou rovnováhy medzi kapacitou zvládania a požiadavkami spoločnosti na strane jedinca, tak aj poskytovanie zdravotnej starostlivosti týmto ľuďom má svoje v súvislosti s ich spôsobom života, či životnej filozofie špecifiká. Keďže aj choroba, nakoľko sa nejedná o izolovaný fenomén má vždy aj svoje sociálne súvislosti, preto ich nie je možné ignorovať a vyňať pri poskytovaní komplexnej zdravotnej starostlivosti. Súčinnou spoluprácou všetkých klinických pracovných Prešovskej nemocnice dochádza k zvyšovaniu úrovne poskytovanej zdravotnej starostlivosti a vznikom Referátu sociálnej práce došlo k zefektívneniu a zlepšeniu sociálnej starostlivosti o ľudí bez domova hospitalizovaných na klinických pracoviskách Fakultnej nemocnice s poliklinikou J. A. Reimana Prešov.

Použitá literatúra

BEŇOVÁ, N. 2008. *Bezdomovci, ľudia ako my*. Košice: o.z. Proti prúdu, 2008. 75s. ISBN 978-80-969924-1-6

FAKULTNÁ NEMOCNICA S POLIKLINIKOU J.A.REIMANA PREŠOV. 2016. [online], 2016. [citované 2016-10-27]. Dostupné na internete: <<http://www.fnsppresov.sk>>.

HRADECKÝ, V., HRADECKÁ, I. 1996. *Bezdomovectví – extrémní vyloučení*. Praha: Náděj, 1996. 17s. ISBN 8090229212.

MÁTEL, A. SCHAVEL, M. et al. 2011. *Aplikovaná sociálna patológia v sociálnej práci*. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2011. 442s. ISBN 978-80-8132-009-5.

OLÁH, M., ROHÁČ, J. 2010. *Atribúty sociálnych služieb (Čo treba vedieť o sociálnych službách)* Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2010. 132s. ISBN 978-80-8927-188-7.

SOPÓCI, J. 2000. *Sociálne inštitúcie a sociálna zmena*. Bratislava : Univerzita Komenského Bratislava, 2000. 212 s. ISBN 80-223-1473-0.

STRIEŽENEC, Š. 2005. *Teória a metodológia sociálnej práce*. Ostrava: OÚ. 295s. ISBN 80 969390-4-1

TOKÁROVÁ, A. a kol. 2003. *Sociálna práca*. Prešov : Filozofická fakulta Prešovskej univerzity. Akcent Print, 2003. 572 s. ISBN 80-968367-5-7.

Zákon č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

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

Zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia.

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

Zákon č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 417/2013 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 219/2014 Z. z. o sociálnej práci a podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

STAROSTLIVOSŤ O SENIOROV SO ZÁVISLOSŤAMI ŽIJÚCICH V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Pavlová Martina

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Detašované pracovisko Michalovce
– externý doktorand

Abstrakt

Predmetný príspevok je zameraný na seniorov závislých od psychoaktívnych látok, žijúcich v zariadeniach sociálnych služieb. V teoretickej rovine sa zameriavame na závislosť seniorov, pričom sme neobišli ani zmeny správania sa seniorov v súvislosti so závislosťou. Charakterizujeme sociálnu prácu zameranú na závislých seniorov. V praktickej rovine analyzujeme zozbierané údaje o špecifických potrebách závislých seniorov z pohľadu na sociálnu integráciu a zlepšenie kvality života. Hlavným cieľom je zistiť špecifické potreby seniorov so závislosťami, žijúcich v zariadeniach sociálnych služieb, ktoré by slúžili ako podklad pre hľadanie aplikačných metód sociálnej práce s danou skupinou.

KLúčové slová: Alkoholizmus. Senior. Sociálna práca. Staroba. Starnutie. Závislosť.

Abstrakt

The present contribution is aimed at senior citizens who live in social service and are addicted to psychoactive substances. In theoretical part, we focus on the elderly dependency, and we did not leave out change of the behavior of elderly people in the context of addiction. We characterize social work to dependent seniors. At a practical level, we analyze the data collected on the specific needs of dependent elderly in terms of social integration and improved quality of live. The main objective is to identify the specific needs of the elderly dependency living in social service facilities to serve as a guide for application of methods of social work with that group.

Key words: Alcoholism. Senior. Social work. Age. Aging. Dependence.

Úvod

Nakoľko sa znižuje natalita a vzrastá percento seniorov nielen na Slovensku, starnutie patrí medzi hlavné globálne problémy dnešnej doby. V súčasnosti sú najmä mladí a dynamickí ľudia v centre pozornosti. Staroba akoby ani nebola zaujímavá. Avšak počet seniorov, ktorých telesný, duševný aj sociálny potenciál ostáva aj na dôchodku, je vysoký. Často vybočia zo správnej cesty a prepadnú rozličným formám závislosti. Je potrebné zvýšiť kvalitu ich života, priniesť im pocit užitočnosti, docenenia, radosti zo života a neodsúvať seniorov na okraj spoločnosti. Závislosť vnímame ako stav, v ktorom človek nie je schopný zaobísť sa bez určitej látky alebo činnosti. Má zvyčajne stránku fyzickú, psychickú a sociálnu. (Matoušek, 2010). Fenomén závislosti predstavuje v súčasnej dobe stále páľčivý problém, ktorý zasahuje ľudskú spoločnosť vo väčšej miere. Dotýka sa chudobných, ale aj najbohatších, úspešných i celkom priemerných ľudí, dotýka sa všetkých spoločenských vrstiev. Je všeobecne známe, že v posledných desaťročiach dochádza k veľkému nárastu abúzu alkoholu u seniorov. Vzrastá počet pijúcich seniorov tak v mestách, ako i na dedine.

Vplyv závislosti na seniorov

„V pokročilom veku vzrastá riziko somatických poškodení a možnosť interakcie alkoholu a iných psychoaktívnych látok s liekmi na chronické ochorenia. Taktiež klesá tolerancia voči alkoholu a iným návykovým látkam a ich užívanie prináša vyššie riziká. Poruchy kognitívnych funkcií dôsledkom škodlivého užívania alkoholu a upokojujúcich liekov sa nezriedka kombinujú s poruchami pamäte inej etiológie.“ (Nešpor, 2014, s. 22). Benkovič (2007), primár II. oddelenia úseku liečebno-preventívnej a psychoterapeutickej starostlivosti, pri liečbe závislosti na Prednej Hore uvádza, že z celkového počtu vyšetrených pacientov tvorí 12% pacientov so závislosťou, z čoho alkoholová závislosť (Dg. F10) je zastúpená v miere 9,8%. Uznávaný odborník ďalej tvrdí, že v psychickej oblasti sú začínajúce alebo progredujúce kognitívne deficity vo forme organických psychosyndrómov alebo až demencií. Aj tento fakt prispieva k tomu, že starší ľudia nemávajú k svojim závislostiam kritický postoj a neracionalizujú ich. Motivácia k abstinencii býva neistá a recidíva príliš častá. Sprievodným príznakom sú poruchy správania rôzneho druhu a žiarlivosť. Autor Nešpor (2013) uvádza dve možnosti, ako došlo k závislostiam pri užívaní psychoaktívnych látok u seniorov:

- K zneužívaniu psychoaktívnych látok došlo v priebehu staroby. Títo seniori bývajú relatívne v lepšom stave a môže byť prítomná súvislosť so záťažovou životnou udalosťou.
- Zneužívanie nastalo ešte v mladom veku a pretrváva do staroby. U týchto seniorov sa prejavujú telesné i duševné problémy, poruchy pamäti, ochorenia pečene, anémia a množstvo ďalších následkov.

Vo vyššom veku je veľmi prospešná psychoterapia, podporná psychoterapia, dochádzanie do socioterapeutického klubu či stretnutia Anonymných alkoholikov. Takéto stretnutia nielenže napomáhajú triezvosti, ale pomáhajú prekonať pocit osamelosti a súčasne nahrádzajú a dopĺňajú sieť sociálnych vzťahov. Je potrebné pozornosť venovať životnému štýlu a plánovaniu času. Treba zachovať vyváženosť medzi nedostatkom aktivít a nadmerným zaťažením. Seniori patria do kategórie skupín zraniteľnejších vo vzťahu k psychoaktívnym látkam, preto by sa im mala venovať veľká pozornosť pri prevencii. Pokiaľ sa závislosť už vyvinula, je potrebné začať s liečbou čo najskôr. Predíde sa telesným aj duševným poškodeniam a zlepši sa prognóza (Nešpor, 2011). Najviac pacientov na Slovensku sa lieči na závislosť od alkoholu. Okrem množstva iných zdravotných ochorení spôsobuje nadmerné užívanie alkoholu vznik alkoholických duševných porúch. Podľa Ondruša (1990) je najznámejšou alkoholickou psychózou delírium tremens, ktorá vzniká po dlhodobom ťažkom abúze alkoholu. Zrakové halucinácie prijíma klient ako reálnu skutočnosť. Často sú sprevádzané aj sluchovými halucináciami, zväčša neprijemného obsahu, ktoré vedú k úzkosti, strachu a motorickému nepokoju. Chápavosť a pružnosť myslenia ako aj celková intelektová schopnosť sa dlhodobým pitím znižuje. Alkoholici bývajú dezorientovaní v čase a priestore, následkom čoho dochádza ku klamstvám, pričom si vymýšľajú rôzne fabulácie na zakrývanie výpadkov pamäti. Nezriedka dochádza k alkoholovej žiarlivosti, pridružené sú neodôvodnené upodozrievania, ustavičné kontroly a agresivita. Celková osobnosť sa stáva povrchnou, degraduje seba samu. Individualita sa stráca, rozklad osobnosti môže vyústiť až do celkovej alkoholickéj demencie. Pri alkoholovej závislosti sa abstinenčný syndróm podľa Chovanca

a Billej (2013) prejavuje zimnicou, nevoľnosťou, zvýšenou srdcovou frekvenciou, potením, zvýšeným krvným tlakom, záchvatmi epilepsie, zvýšenou telesnou teplotou až alkoholickým delíriom. Popri štúdiu odbornej literatúry sme zistili, že v demografii staršej populácie fenomén alkoholizmu prerástol do nadmerných rozmerov. Klasické symboly staroby ako jesene života sa zamieňajú za symboly opitosti, depresie, inkontinencie a v neposlednom rade za stratu záujmu o každodenné aktivity. Veľká časť seniorov vedie izolovaný život pri nie príliš ideálnych podmienkach. Izolácia často prerastá do depresie. Únava, strata chuti do jedla a výrazné zabúdanie sú charakteristické znaky starších alkoholikov. Pre pocit malátnosti strácajú záujem o každodenné činnosti, najmä o osobnú hygienu. Tým, že človek starne, tolerancia hladiny alkoholu klesá. Stav opitosti tiež ovplyvňujú lieky, ktoré seniori užívajú spravidla denne. Môže nastať taká medikamentózna kombinácia, ktorej následkom sú vážne zdravotné komplikácie a v niektorých prípadoch aj smrť. Mistoler (2014) vo svojej štúdií uvádza, že počet hospitalizovaných pacientov nad 65 rokov v pražskom protialkoholickom centre pre problémy s alkoholom bol rovnaký ako počet pacientov s infarktom. Z toho 2/3 seniorov bolo závislých už v strednom veku. U 1/3 seniorov prebiehala liečba priaznivejšie, s menším výskytom pridružených psychických porúch. Počet závislých mužov je väčší v pomere k ženám, a to 6:1. Väčšina seniorov konzumuje alkohol pre jeho chuťové vlastnosti, len 10-15% mužov a 6-8% žien oceňuje jeho upokojujúce alebo povzbudzujúce účinky. Výskyt rizikového pitia vekom klesá, zlom nastáva po 55 roku života žien a 65 roku života muža. Seniori preferujú mierne popíjanie v malých dávkach, nie sú prítomné excesy typické pre mladosť. Závislosť od alkoholu má pozvoľný kontinuálny priebeh, pričom pokusy o abstinenciu sú menej časté ako u mladších vekových kategórií. Ťažko závislí od alkoholu umierajú podstatne skôr a nedožijú sa seniorského veku, ich život je kratší v priemere o 16 rokov. S názorom Mistolera na starších alkoholikov sa stotožňuje Bartošovič (2006), ktorý tvrdí, že u starších ľudí je spôsob konzumácie alkoholu rozdielny ako u mladších konzumentov. Požívanie alkoholu má viac-menej pomalý, ale plynulý, permanentný priebeh, pričom absentujú excesy so stratou kontroly. Muži požívajú alkohol častejšie ako ženy, ktorých konzumácia je často latentná a dochádza k neskoršej diagnostike. Seniori častejšie uprednostňujú „ľahší alkohol“ ako napríklad víno a pivo, z čoho vyplýva, že konzumácia alkoholu úzko súvisí aj so sociálnym statusom. Alkoholizmus má okrem psychických následkov aj následky somatické. S vekom klesá hmotnosť, množstvo telesných tekutín, stúpa množstvo tuku v krvi. Alkohol je pri tom rozpustný vo vode a nie v tuku, čo spôsobuje jeho vyššiu koncentráciu v krvi. Platí všeobecné pravidlo, že pri konzumácii rovnakého množstva alkoholu majú 60-roční o 20% a 90-roční až o 50% vyššiu hladinu alkoholu v krvi ako 20-roční. S vekom sa zvyšuje citlivosť CNS na alkohol, pričom aj nižšie dávky spôsobujú intoxikáciu. Dlhodobá konzumácia alkoholu urýchľuje proces starnutia, najmä CNS. Taktiež dochádza k rôznym úrazom a pádom, prípadne omrzlinám. Úmrtnosť na abstinencné delírium tremens je 5-15% pri mladších vekových kategóriách a u seniorov nad 65 rokov stúpa na 35%. Zomierajú pritom najčastejšie na respiračné zlyhanie a arytmiu. Samovraždou končí svoj život 7-30% závislých seniorov. (Mistoler, 2014). Z vyššie uvedených skutočností vyplýva, že muži užívajú alkohol viac ako ženy, pričom seniori preferujú skôr ľahší alkohol, pričom požívanie má plynulý charakter. Nakoľko u seniorov dochádza k somatickým zmenám v organizme, alkohol sa štiepi a rozkladá omnoho pomalšie ako v mladom organizme, preto

musí byť prevencia a liečba špecifická. Nie je predsa možné, aby metódy prevencie a samotnej liečby boli rovnaké u dospievajúcej mládeže ako u seniorov. Je množstvo publikácií určených liečbe závislosti dospievajúcim a dospelým, no tieto metódy sú neaplikovateľné vekovej skupine seniorov, absentujú odborné publikácie orientované práve na túto vekovú kategóriu. Pozornosť na fakt, že abúzus a závislosť od alkoholu u seniorov je menej častá ako u mladšej generácie upriamuje Bartošovič (2006). Zároveň zdôrazňuje, že táto problematika býva často podhodnocovaná a maskovaná multimorbidity a ani príbuzní si neradi pripúšťajú tento sociálne stigmatizujúci problém. V rebríčku látkových závislostí na druhom mieste vedie tabakizmus alebo nikotinizmus, ktorý patrí do kategórie najrozšírenejšej toxikománie. Môžeme konštatovať, že je to jav, ktorý si každoročne vyžiada nespočetné množstvo ľudských obetí, pričom fajčiarov ustavične pribúda a vek závislých od tabaku je stále nižší. Fajčenie je nielen nežiaducim sociálnym javom, ale aj vážnou hrozbou v zdravotníctve. Za vznik závislosti je zodpovedný nikotín. Ten je účinkom tepla z cigarety vyplavený do mozgu v priebehu 10 sekúnd, pričom sa vyplavuje dopamín, ktorý úzko súvisí s náladou. Čím viac je obsiahnutý v mozgu, tým lepšie sa fajčiar cíti. Postupne sa z mozgu dopamín vyplaví a fajčiar opäť pociťuje nutkavú túžbu zapáliť si cigaretu. V podstate je to začarovaný kruh. Ak telo nikotín nedostane, človek sa začne cítiť zle, je nervózny, nesústredený, má abstinenčné príznaky (Chovanec, Billá, 2013). Ochaba (2007) vo svojej štúdií opisuje súvis medzi fajčením a socioekonomickými nerovnosťami. Uvádza, že ľudia pochádzajúci zo slabšieho socioekonomického prostredia, bývajú dva - až trikrát častejšie postihnutí chorobami súvisiacimi s fajčením, na ktoré predčasne zomierajú. Taktiež ľudia s nižšou úrovňou vzdelania majú vyššiu tendenciu experimentovať s tabakom a neskôr sa stať závislými. Nízke socioekonomické podmienky ovplyvňujú ľudí odolávať pokušeniu prestať fajčiť najmä z dôvodu zvýšeného psychosociálneho stresu. Bartošovič (2006) poukazuje na fakt, že medzi začiatkom fajčenia a prepuknutím niektorej z rizikových chorôb môže byť interval aj 20 - 30 rokov. Z toho vyplýva, že u každého jedinca je orgánová vnímavosť rozdielna, a preto sa môže negatívny výsledok fajčenia objaviť až v seniorskom veku. V USA bolo v roku 2000 výskumom potvrdené, že okolo 10 % obyvateľov fajčí vo veku 65 rokov a viac, pričom fajčenie zapríčinilo 287 000 úmrtí u ľudí nad 65 rokov. Viac prestávajú fajčiť muži vo vekovej skupine nad 65 rokov ako veková kategória 18-65 rokov, kde je výskyt fajčenia na nižšej úrovni (Ochaba, Bartošovič, 2010). Hegyi (2012) uvádza, že vznik a rozvoj ochorenia úzko súvisí s užívaním tabaku. Najviac zraniteľnú skupinu z hľadiska veku tvoria práve seniori. Závislosť zohráva veľkú bariéru pri kvalite života, nakoľko zhoršuje zdravotný stav. Najdôležitejšou intervenciou ktorá predlžuje vek dožitia u seniorov, je práve liečba závislosti. Množstvo zdravotných problémov a komplikácií spôsobuje práve fajčenie a 7 z celkového počtu 14 hlavných dôvodov zapríčiňuje smrť ľudí starších ako 60 rokov v súvislosti s fajčením. Pravdepodobnosť na ochorenie rakoviny pľúc je u fajčiarov vyššia ako u nefajčiarov o 10%. Riziko úmrtia fajčiarov prichádza v priemer o 15 rokov skôr ako u nefajčiarov. Aj napriek tomu, že najväčší prínos má zanechanie fajčenia v mladšom období, aj v neskoršom období sa eliminuje vznik ochorenia súvisiacich s fajčením. U starších ľudí závislých od tabaku sa osvedčil ako najúčinnjší nástroj najmä edukácia. S podobným názorom na intervenciu, samotnú liečbu, ako má vyššie spomínaný autor Hegyi (2012), sa stotožňuje Ochaba a Bartošovič (2010), ktorí zdôrazňujú, že lekár by

mal pri návšteve klienta motivovať seniorov k zanechaniu fajčenia. Výskumy dokázali, že práve takáto intervencia dopomohla 30% fajčiarov abstinovať. Fajčiari vo veku 60-64 rokov, ktorí fajčili 20 cigariet denne a prestanú fajčiť, si znížia riziko úmrtia v nasledujúcich 15 rokoch o 10%, čo nie je zanedbateľné. Z uvedeného vyplýva, že zanechanie fajčenia v akomkoľvek veku znižuje riziko ochorenia, ale aj smrti. Môžeme smutne skonštatovať, že tabakový priemysel má silný marketing, ktorý vie zasiahnuť a ovládnuť psychiku človeka. Na základe vyššie uvedeného vieme, že cigarety spôsobujú rakovinu pľúc a množstvo iných závažných ochorení. Ktorá z vyfajčených cigariet to zapríčinila, sa však nevie. Preto majme na pamäti, že 20. november je Medzinárodným dňom bez fajčenia. Konzumácia liekov v dnešnej dobe je vysoká a dá sa predpokladať, že neustále narastá. Spotreba liekov pri tom mnohonásobne prevyšuje skutočnú potrebu. Najväčšiu skupinu konzumentov tvoria ľudia vo veku nad 60 rokov, a to najmä preto, že tento vek sa spája s chronickými chorobami. Pre dospelých ľudí sú utišujúce prostriedky legálne a ľahko dostupné drogy. Bolesť sa v seniorskom veku vyskytuje 3-krát častejšie ako u ostatnej populácie. Trpí ňou 20-50% seniorov v domácom prostredí a 45-80% seniorov v pobytových zariadeniach. Zneužívanie sa vyskytuje skôr u žien okolo 50. roku života, ktoré trpia neurotickými stavmi sprevádzanými najrôznejšími bolesťami, najčastejšie bolesťami hlavy. Ženy užívajú viac liekov a častejšie ako muži. Medzi najčastejšie zneužívané lieky patria relatívne lacné a ľahko dostupné lieky. (Mistoler, 2014). Mühlpachr (2008) uvádza, že vzhľadom na viacnásobné ochorenia seniorov je typická polymorbidita a potreba súčasne užívať viacero liekov. Involučné a degeneračné procesy môžu pozmeniť reakciu liečivej látky v tele seniora. Funkcia podieľajúca sa na interakcii liečivej látky a organizmu môže byť ovplyvnená, z čoho vyplýva, že požadovaný výsledok môže byť pozmenený ako kvalitatívne, tak aj kvantitatívne. Lekári a farmaceutické koncerny neradi hovoria na tému zneužívania voľnopredajných liekov, ako aj o liekoch s neregulovateľnou preskripciou, nakoľko je ich predpisovanie len minimálne kontrolované a obmedzované. Aký je rozdiel medzi pacientom, ktorý denne užíva lieky zo skupiny benzodiazepamov alebo barbiturátov bez toho, aby bolo u neho ich užívanie indikované a užívateľom heroínu? Pacient si svoju „drogu“ kupuje v lekární, alebo mu ju ochotne a vo vysokých dávkach predpisuje lekár. Ten druhý si ju kupuje nelegálne na čiernom trhu. Kým v prvom prípade máme pre pacienta pochopenie, možno nás aj chyť za srdce a podáme mu pohár vody pri potrebe užiť liek. No pri pohľade na užívateľa heroínu sa v lepšom prípade pohoršíme a navrhujeme ho potrestať alebo izolovať od spoločnosti. Obaja však potrebujú odbornú pomoc zodpovedajúcu ich stavu (Miovský, 2008). Závislosť od liekov a vyživovacích doplnkov je často latentná závislosť. Je ťažšie ju odhaliť, ale je liečiteľná. Jej prevencia aj samotná liečba stojí menej finančných prostriedkov ako d'alekosiahle dôsledky.

Sociálna práca so zameraním na seniorov so závislosťami

Jednou zo základných úloh pri starostlivosti o seniorov je snaha, aby mohli čo najdlhšie bývať vo svojom domácom, rodinnom prostredí. Práve toto prostredie je pre nich to najoptimálnejšie. Nie vždy je to však možné, a to z rôznych dôvodov, ako napr. bezdetnosť seniora, strata partnera, nevládnosť a množstvo iných faktorov, ktoré podmieňujú odchod seniora do rezidenčnej starostlivosti. Autorky Lachytová a Karkošková (2012) uvádzajú ako

najčastejšie *determinanty ovplyvňujúce odchod seniorov do inštitucionálnych zariadení nasledovné:*

- zdravotné dôvody – neschopnosť vykonávať základné životné úkony a potreby v domácnosti, odkázanosť na pomoc druhej osoby, upútanie sa na posteľ, zlý zdravotný stav,
- rodinné pomery – neprítomnosť detí, prípadne sú veľmi vzdialené a zamestnané, zlé kontakty s okolím, nesebestačný partner, osamelosť, nevyhovujúce bytové podmienky svojich detí,
- psychologické činitele – záleží na type osobnosti, dobré referencie na pobytové zariadenia, zachovaná aspoň čiastočná adaptabilita, zmierenie sa so stratou súkromia, uvedomelosť, že senior nechce obťažovať svoje deti,
- bytové podmienky – nespokojnosť s bytom, jeho zlá vybavenosť, nemožnosť signalizácie akútnej potreby,
- ďalšie sociálne činitele – nezabezpečenie pomoci inou osobou, nefungujúca opatrovateľská služba,
- iné faktory – umiestnenie môžu urýchliť i náhle udalosti, ako je náhla strata partnera, ktorý zaisťoval starostlivosť a iné.
- V poslednom období sa menia faktory, ktoré ovplyvňujú odchod seniorov do inštitucionálnej starostlivosti. Zväčša prevládajú faktory sociálne, no v poslednom období ide o seniorov, ktorí odchádzajú z dôvodu, že sa o nich nemá kto postarať. Ide o novodobý fenomén, tzv. senior – bezdomovec. Do budúca sa dá predpokladať, že klesajúca natalita spôsobuje zníženie počtu narodených, a to znamená, že o terajších ľuď v produktívnom veku sa v čase ich staroby nebude mať kto starať. Inštitucionálna starostlivosť má tendenciu rozmáhať sa, ale v súčasnosti má aj svoje nedostatky. Tie opisuje Hegyi a Krajčík (2010):
- nízky počet opatrovateliek, ktoré vykonávajú len činnosti nenáročné na čas,
- chýbajúce štandardy,
- nepostačujúci počet postelí a dlhé čakacie doby,
- v prípade ochorenia opatrovateliek je starostlivosť málo flexibilná,
- málo izieb je jednoposteľových, chýba súkromie,
- nie sú miesta pre dementných obyvateľov,
- domovy nezodpovedajú bezbariérovým podmienkam aj pre ťažko mobilných obyvateľov.

Pobytovú službu by bolo vhodné využiť vtedy, keď sú všetky možnosti vyčerpané, seniori sú už natoľko nesebestační, že už nedokážu žiť vo svojom domácom prirodzenom prostredí a starostlivosť rodinných príslušníkov je nepostačujúca alebo úplne absentuje. Pri senioroch sa stretávame s problémami, keď sa často kumulujú problémy zdravotné so sociálnymi. Preto zdieľame názor, že nie je možné oddeliť zdravotnú starostlivosť od sociálnej starostlivosti. Participácia týchto dvoch starostlivostí je nespochybniteľná. Sociálna starostlivosť seniorom sa na Slovensku poskytuje podľa zákona č. 448/2008 Z. z., ktorý upravuje právne vzťahy pri poskytovaní, financovaní, sociálnych služieb a upravuje dohľad nad poskytovaním sociálnych služieb (bol novelizovaný a je účinný od 1.1.2014). Taktiež zákonom 447/2008 Z. z.

o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a zákonom 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení (tiež novelizovaný, účinný od 1. 4. 2015) (Hrozenská, Dvořáčková, 2013). Zákon č. 448/2008 Z. z., § 34-40 upravuje možnosť využívania zariadení seniormi v prípade, ak spĺňajú podmienku citovaného zákona, sú odkázaní na pomoc inej fyzickej osoby a dovŕšili dôchodkový vek. **Takýmito zariadeniami sú:**

- zariadenie podporovaného bývania,
- zariadenie pre seniorov,
- zariadenie opatrovateľskej služby,
- rehabilitačné stredisko,
- domov sociálnych služieb,
- špecializované zariadenie,
- denný stacionár.

Matoušeket. al. (2010) uvádza, že prijatie nového obyvateľa do zariadenia sociálnych služieb je náročný a rizikový proces. Pre klienta by táto zmena mala byť plánovaná, ale najmä dobrovoľná. Je vhodné informovať ho o konkrétnom zariadení, oboznámiť ho s prostredím, prípadne mu dať možnosť voľby zariadenia. Treba prihliadať na to, aby boli zachované sociálne väzby, záujmy, aby sa spôsob života výrazne nediferencoval od pôvodného. Nasleduje proces adaptácie, ktorému je potrebné venovať maximálnu pozornosť. Je to práca pre celý tím pracovníkov, ktorí prichádzajú do styku s klientom. Klient už na začiatku procesu adaptácie by mal byť zverený svojmu kľúčovému pracovníkovi, ktorý bude jeho dôverník, kontaktná osoba a bude mu venovať maximálnu pozornosť. Súčasťou adaptácie je adaptačný plán starostlivosti, ktorý vychádza zo zhodnotenia zdravotného a duševného stavu klienta, posúdenia jeho potrieb pri prihladaní na jeho sebestačnosť. Plán je možné pravidelne vyhodnocovať a meniť podľa potrieb klienta, podľa druhu ochorenia (Matoušeket. al., 2010). Starostlivosť o klienta a jeho pohoda je v každom zariadení prvoradá. Ako sme už spomínali, sociálna starostlivosť so zdravotnou starostlivosťou je vo vzájomnej interakcii a nemožno ju oddeliť. No starostlivosť sa stáva obtiažnou, ak je diagnostikovaná akákoľvek forma závislosti. Je potrebná včasná diagnostika a odborná pomoc. Motivácia zohráva v liečbe významnú úlohu. Aj tie najmodernejšie medicínske postupy sú zbytočné, ak klient nespôsobuje, alebo spolupracuje len predstiera. Lúčna (2008) uvádza, že pre klientov so zložitým priebehom ochorenia a s pretrvávajúcimi problémami sú adekvátne pobyty v resocializačných zariadeniach. Kladie dôraz na rehabilitačné a psychoterapeutické aktivity, ktoré majú klientovi pomôcť prispôbiť sa na zmenu životných podmienok a súčasne sa začleniť do normálneho spoločenského života. Medikamentózna liečba sa najviac indikuje na začiatku liečby, pri detoxikácii, čím dochádza ku zmierneniu telesných a duševných ťažkostí súvisiacich s odňatím drogy, tzv. abstinenčný syndróm. Skupinová psychoterapia sa využíva najčastejšie, keď pod vedením psychoterapeuta pracuje menšia skupina klientov. Vytvárajú si dôveru a terapeutické vzťahy, koncentrujú sa na prijatie zodpovednosti za seba, učia sa vytvárať si nový hodnotový systém, podporujú rozvoj asertívneho správania a pod. Terapeutická komunita funguje na princípe, že klienti s podobným problémom si navzájom pomáhajú a poskytujú vzájomnú podporu, vzájomne sa ohodnocujú, či už kladne, alebo záporne. Každá kritika ich obohacuje o skúsenosť a posúva ďalej. Režimová terapia je

založená na princípe dodržiavania a rešpektovania zákazov a príkazov. Jej cieľom je navrátiť klienta do normálneho života. Muzikoterapia a artterapia využíva liečivé účinky hudby a umenia na psychiku. Ergoterapia je pracovná terapia, ktorá lieči prácou v záhrade, prácu s drevom, keramikou, textilom, papierom a pod. Podporuje pracovné návyky a rozvoj motoriky. Ide o činnosti pracovné, herné a rekreačné. Rodinná terapia a rodinné vzťahy motivujú klienta na liečbu a pozitívnu zmenu. Dôležitá je spolupráca s partnermi a rodinnými príslušníkmi. Sociálna práca v pobytových zariadeniach je prepojená so spoluprácou rodiny a ako uvádza Matoušek et al. (2010), začína v deň prijatia jej člena do zariadenia. Nemožno pripustiť, aby návštevy príbuzných boli nezaujímavé, bez náplne a mali iba formálny charakter. Zariadenie sociálnych služieb nezavahuje rodinu zodpovednosti za starostlivosť o svojho príbuzného. Sociologické výskumy dokazujú, že ideálnym riešením pre majoritnú časť populácie sa zdá byť „intimita na diaľku“, čo znamená v blízkej vzdialenosti, ale oddelenom bývaní mať svojich rodičov po blízku. Vyhovuje to obojstraným, je zachovaná autonómia, ale pritom sa poskytuje pomoc a opatera (Hanobik In: Vansač a kol, 2014).

Súbor a metodiky

Ako výskumnú techniku zaisťovania empirických dát sme si zvolili štruktúrovaný rozhovor s otvorenými otázkami, ktoré boli obsiahnuté v dotazníku. Ten pozostáva zo starostlivo sformulovaných otázok, na ktoré majú participanti odpovedať. Pravdepodobnosť, že získané informácie sa budú výrazne štruktúrovo líšiť, sa tým minimalizuje. Odpovede boli na základe získaných informácií zaznamenané a vyhodnotené. **Hlavným cieľom výskumu** bolo zistiť špecifické potreby seniorov so závislosťami, žijúcich v zariadeniach sociálnych služieb, ktoré by slúžili ako podklad pre hľadanie aplikačných metód sociálnej práce s danou skupinou.

Čiastkové ciele:

- Upozorniť na zhoršovanie kvality života seniorov so závislosťami, problém v sociálnej starostlivosti.
- Nájsť potenciál u starších ľudí so závislosťou, ktorý by im umožnil nové impulzy pre aktívnu účasť na spoločenskom živote.

Výskumné otázky:

- Má závislosť seniora vplyv na subjektívne hodnotenie jeho zdravia?
- Majú dôsledky závislosti seniora významný podiel na zhoršení jeho zdravotného stavu?
- Majú dôsledky závislosti seniora významný podiel na zhoršení jeho sociálneho statusu?
- Sú respondenti dostatočne informovaní o možnostiach opatrovateľských služieb?
- Aké sú špecifické potreby závislých seniorov z pohľadu sociálnej integrácie a zlepšenia
- kvality života?

Kvalitatívny výskum je postavený na rozbere a výklade dát, medzi ktorými sa hľadá vzťah a vytvárajú sa druhy, ktoré sa skladajú do logických celkov. Je to metóda usudzovania alebo indukcie a je založená na zásade opakovania. Motívom pre výber tejto metódy bolo

najmä hlbšie porozumieť danej problematike, získať potrebné informácie pre kvalitné spracovanie, aby údaje mali čo najvyššiu výpovednú hodnotu. Výskum sa vykonával v štyroch zariadeniach sociálnych služieb na Slovensku. Skúmaní participanti boli vybraní na základe odporúčania odborného personálu, ktorí mali vedomosť o závislostiach svojich klientov, v opačnom prípade by výsledky výskumu boli nerelevantné. Z uvedeného vyplýva, že výber participantov bol na základe diagnostiky klienta zámerný. Výskumu sa zúčastnilo 20 participantov, z toho bolo 14 mužov a 6 žien vo veku od 58 – 70 rokov. Môžeme potvrdiť, že rozhovoru sa zúčastnili participanti dobrovoľne a z nášho pohľadu veľmi radi spolupracovali. Nakoľko bola zachovaná anonymita, participanti sa otvorili a odpovedali ochotne. Pri rozhovore bola rešpektovaná ich spontánnosť. Preto bol rozhovor obohatený o ich vyjadrenia individuálnych potrieb. Rozhovor priniesol množstvo získaných dát, z ktorých sme mohli čerpať a následne vyhodnocovať výsledky. Počas celého výskumu boli dodržané etické zásady a dôvernosť získaných informácií. Každý, kto sa podieľal na realizácii výskumu, bol o dôvode realizácie informovaný. Rovnako aj o spôsobe zverejnenia informácií a dodržiavania zásad mlčanlivosti.

Výsledky výskumu

Vyhodnotenie 1. výskumnej otázky: Má závislosť seniora vplyv na subjektívne hodnotenie jeho zdravia?

Na základe odpovedí zo štruktúrovaného dotazníka vyplýva, že závislosť má vplyv na subjektívne hodnotenie zdravia seniora.

Participanti si často neuvedomujú závažnosť situácie, v ktorej sa nachádzajú. Aj napriek vážnym zdravotným diagnózam ako je cirhóza pečene v dôsledku alkoholovej závislosti alebo amputácia predkolenia pri zhoršujúcej sa cukrovke, uvádzajú svoj zdravotný stav ako dobrý. Z celkového počtu 20 opýtaných participantov 12 uviedlo, že sa cítia dobre a 8 participantov uviedli, že ich zdravotný stav nie je dobrý. Participant, ktorý len pred krátkym časom bol 7 dní v kóme, v dôsledku kombinácie liekov a alkoholu uviedol, že sa cíti dobre. Nesporným faktom je, že pri alkoholovej závislosti dochádza k odumieraniu mozgových buniek, k nezvratným zmenám na mozgu a k poruchám psychiky. Aj v tejto súvislosti participanti niekedy nevedia posúdiť, či v ich prípade ide o ošetrovateľský, opatrovateľský alebo poradenský proces. Participanti v nemalej miere nadľahčujú problémy. Len 11 z celkového počtu 20 opýtaných participantov uviedlo, že sa cítia aktuálne na svoj vek. Aj napriek zdravotným problémom sa mladšie cítia 6 participantov a uvedomujúc si svoje zdravotné problémy, priznali len 3 participanti, že sa cítia staršie.

Vyhodnotenie 2. výskumnej otázky: Majú dôsledky závislosti seniora významný podiel na zhoršení jeho zdravotného stavu?

Na základe teoretických poznatkov a odpovedí zo štruktúrovaného dotazníka vyplýva, že dôsledky závislosti seniora majú významný podiel na zhoršení zdravotného stavu seniorov.

Z teoretických skutočností jasne vyplýva, že v dôsledku závislosti dochádza ku vzniku rôznych ochorení či poškodeniu orgánov, ktoré v značnej zmiere zhoršujú zdravotný stav. V nemalej miere môže dôjsť k dlhodobu nepriaznivému zdravotnému stavu – invalidite. Tá sa vyznačuje práve dlhodobu nepriaznivým zdravotným stavom a poklesom schopností vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 40% v porovnaní so zdravou osobou. Z celkového

skúmaného súboru 20 participantov len 4 participanti poberali starobný dôchodok, 15 participantov poberalo invalidný dôchodok, 1 participant poberal polovičný invalidný dôchodok. Aj tento fakt potvrdzuje vyhodnotenie vyššie položenej výskumnej otázky.

Vyhodnotenie 3. výskumnej otázky Majú dôsledky závislosti seniora významný podiel na zhoršení jeho sociálneho statusu?

Na základe odpovedí zo štruktúrovaného dotazníka vyplýva, že dôsledky závislosti majú významný podiel na zhoršení sociálneho statusu seniora.

Participanti uvádzajú, že v dôsledku svojich zdravotných ochorení, ktoré často súviseli so závislosťou, nemohli naďalej vykonávať svoje pôvodné povolania. Pre ich dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav boli uznaní za invalidných. Zhoršila sa im finančná situácia a aj keď sa chceli zamestnať, buď im to zdravotný stav nedovoľoval, alebo sa v ich regióne vhodná práca nenašla. Dá sa predpokladať, že ak by k závislosti u týchto participantov nedošlo, nepridružili by sa zdravotné problémy. Participanti mohli mať doposiaľ platené zamestnanie, pracovať v kolektíve a cítiť sa užitoční. Len 1 z celkového počtu 20 opýtaných uvádza, že má vlastný účet s nasparenou menšou finančnou sumou. 1 participant uvádza, že vlastní rodinný dom, 1 participant vlastní malý vinohrad a 1 participant vlastní starý rodičovský dom. 17 participantov nevlastní žiadny hnuťelný či nehnuteľný majetok. Participanti uvádzajú, že ak by mali viac finančných prostriedkov, mohli by si dovoliť či už kúpeľnú liečbu, wellness pobyt, alebo iný fakultatívny výlet. U mnohých participantov došlo kvôli závislosti k rozpadu manželstva a ten v nemalej miere prispieva k zhoršeniu sociálneho statusu, v dôsledku čoho sa participanti často nevedeli o seba postarať. Odchádzali bývať či už na ubytovňu, čím sa im znížil komfort, alebo k známym či kamarátom. Aj tento fakt prispieva k vyhodnoteniu 3. výskumnej otázky.

Vyhodnotenie 4. výskumnej otázky: Sú seniori dostatočne informovaní o možnostiach poskytovaných služieb?

Na základe odpovedí zo štruktúrovaného dotazníka vyplýva, že seniori nie sú dostatočne informovaní o možnostiach poskytovaných služieb.

Z celkového skúmaného súboru všetkých 20 participantov odpovedalo, že nevedia o vekovo špecifických ponukách. Z uvedeného počtu si 3 participanti myslia, že ich nepotrebujú. Túto výskumnú otázku môžeme potvrdiť aj na základe vlastnej skúsenosti, keď pri viacerých otázkach z dotazníka bola participantom na požiadanie vysvetlená, aká je to napr. opatrovateľská služba, aká je ošetrovateľská či poradenská služba. Už pri vysvetlenej otázke dost často nevedeli jasne odpovedať a radšej konštatovali, že im je dobre a sú spokojní.

Vyhodnotenie 5. výskumnej otázky: Aké sú špecifické potreby závislých seniorov z pohľadu sociálnej integrácie a zlepšenia kvality života?

Na základe odpovedí zo štruktúrovaného dotazníka vyplýva, že respondenti sú v podstate spokojní, ale majú svoje špecifické požiadavky pre naplnenie kvality svojho života.

Z celkového počtu 20 opýtaných participantov je 19 participantov so svojim súčasným či už ošetrovateľským, poradenským, opatrovateľským procesom spokojných, 1 participant je nespokojný a svoju nespokojnosť odôvodňuje tým, že lieky sú mu indikované, až keď sa sťažuje na bolesti, pričom on im chce predchádzať. Z 20 opýtaných si 6 participantov želá socializáciu alebo sociálnu integráciu, rôznou formou. Participanti uvádzajú, že potrebujú sociálny kontakt s ľuďmi, potrebujú nadväzovať nové známosti, stretávať sa mimo zariadenia.

Uvádzajú, že vhodnou formou socializácie pre nich by bolo opäť sa zamestnať, ale vzhľadom na vek a zdravotné problémy, je ťažké nájsť si zamestnanie. V oblasti zlepšenia finančnej situácie a zároveň socializácie by pomoc uvítalo 5 participantov. Samotne finančnú situáciu si želajú zlepšiť 2 participantí, 2 participantí si želajú zlepšiť svoj zdravotný stav. Viac súkromia si praje 1 participant (70 rokov) a 4 participantí uvádzajú, že nepotrebujú pomoc v žiadnej oblasti. Participantí ako najčastejší dôvod zlepšenia finančnej situácie uvádzajú dlhy, exekúcie, chcú zlepšiť kvalitu svojho života, prípadne finančne pomôcť vnúčatám. Pre nízke príjmy sa nemôžu zúčastňovať spoločenských a kultúrnych podujatí.

Odporúčania pre prax

Pre sociálnych pracovníkov odporúčame: prepojiť terénnu sociálnu prácu s vybranou skupinou klientov so sociálnou službou v pobytových zariadeniach a nájsť metódy sociálnej práce, ktoré pomôžu znížiť dopady závislostí zabezpečením zdravotnej či sociálnej starostlivosti. Pretože klienti, ktorí sa dostali do zariadenia sociálnych služieb napríklad až po amputácii nôh, lebo spávali pod vplyvom alkoholu vonku aj v zime, alebo vďaka drogám či liekom si spôsobili poruchy správania, už nezískajú späť kvalitu života, ale naopak, majú často depresijné stavy až suicidálne sklony.

Pre poskytovateľov sociálnych služieb odporúčame, aby ich zariadenia sociálnych služieb alebo terénni sociálni pracovníci spolupracovali so psychoterapeutmi, a/alebo sa využívali niektoré psychoterapeutické metódy práce s klientom.

Pre sociálnych pracovníkov odporúčame vytvárať podmienky pre tvorbu nových sociálnych väzieb u seniorov, aby nepodľahli látkovým závislostiam, alebo aby sa vďaka novým sociálnym väzbám znížila závislosť. Toto odporúčanie platí nielen v rámci sociálnej práce v pobytových zariadeniach sociálnych služieb, ale aj v terénnej sociálnej práci, kde zohráva veľmi významnú úlohu komunita a samotný terénny sociálny pracovník. Sociálny pracovník by mal byť spôsobilý pripravovať pre týchto klientov rôzne formy budovania sociálnych väzieb. Formy musia byť nastavené na ich zdravotný stav.

Potreba multidisciplinárnosti sa nám potvrdila pri výskume, v ktorom nám samotní participantí vymenovali ochorenia, ktoré im znižujú kvalitu života. Nahliadnutím do spisov a z rozhovorov so sociálnymi pracovníkmi sme však zistili, že participantí trpia aj ďalšími ochoreniami, ktoré nevymenovali. Polymorbidita u seniorov preto ovplyvňuje nielen samotnú závislosť, ale aj priebeh liečby či denného prežívania. Z tejto diskusie preto odporúčame vytvoriť v pobytových zariadeniach sociálnych služieb multidisciplinárne tímy, ktoré by sa venovali komplexnej starostlivosti o klientov seniorov so závislosťami, aby vypracovávali prípadové štúdie a navrhovali nové odborné postupy. V nadväznosti na to odporúčame, aby sa k týmto multidisciplinárnym tímom pridali aj **akademickí pracovníci**, ktorí budú danú problematiku spracovávať pre akademickú a ďalšiu vedeckú prácu. Nezanedbateľné sú prístupy k cieľovej skupine vyučovaných starších závislých. Ich špecifické potreby z pohľadu staroby a závislosti nesmú byť ponímané a prevzaté zvonku, mimo nich, ale z pohľadu samotných postihnutých, a to z výskumov v rámci rozhovorov s nimi. Vďaka bezprostrednému a osobnému kontaktu medzi vyučujúcim a vyučovaným sa očakáva, že vyučovaný sa v dôvernom rámci/kontexte skôr otvorí a vyjde zo svojich starých štruktúr

myslenia. Vhodnejší je rozhovor koncentrovaný na klienta, ako aj priamy rozhovor, ktorý posilní vlastnú motiváciu k osobnej reflexii a zmene.

Záver

Závislosť spôsobuje viditeľné zmeny u človeka, ktoré sa každý kalendárny rok zvyšujú a keď klient nie je liečený, alebo sa mu nedostáva dobrej sociálnej starostlivosti, stáva sa z neho žijúca troska. V rámci osobných návštev v štyroch zariadeniach sociálnych služieb sme si uvedomili už na prvý pohľad skutočne viditeľný rozdiel medzi bezdomovcom seniorom a seniorom v zariadení. Ak sa podarí komunitě prostredníctvom terénneho sociálneho pracovníka dostať seniora so závislosťou do zariadenia sociálnych služieb, je veľmi vysoká pravdepodobnosť nielen zlepšenia sociálnej starostlivosti, ale aj samotnej úrovne kvality života seniora, ako aj postupného znižovania závislosti alebo aspoň kontroly nad závislosťou.

Použitá literatúra

- BARTOŠOVIČ, I. 2006. *Seniari v domove dôchodcov*. Bratislava: Charis. 156 s. ISBN 80-88743-63-X.
- BENKOVIČ, J. 2007. Pacient – alkoholik, zdravotné riziká, možnosti liečby v ambulantnej starostlivosti praktického lekára. *ViapRACTICA*. Bratislava: SOLEN, s.r.o., roč. IV, č. 4. s. 197-201. ISSN 1336-4790.
- HANOBIK, F. 2014. Senior v rodine. In: Vansač a kol. *Rodina ako spoločenstvo v službách človeka*. Prešov: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, ISBN 978-80-8132-106-1. s. 111-137.
- HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. 2010. *Geriatría*. Bratislava: Herba. 608 s. ISBN 978-80-89171-73-6.
- HEGYI, L. 2012. *Sociálna gerontológia*. Bratislava: Vydavateľstvo zdravotníckej literatúry Herba spol. s r.o. 176 s. ISBN 978-80-89171-99-6.
- HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. 2013. *Sociálnipéče o seniory*. Praha: GradaPublishing, a.s. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
- CHOVANEK, J., BILLÁ, T. 2013. *Drogy, závislosti a úloha sociálnej práce*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety. 98 s. ISBN 978-80-8132-073-6.
- LACHYTOVÁ, L., KARKOŠKOVÁ, S. 2012. *Sociálne poradenstvo supervízia ako jedna z metód zisťovania progresu v kvalite sociálnych služieb*. Vysoká škola medzinárodného podnikania ISM Slovakia. Prešov. 107 s. ISBN 978-80-89372-42-3.
- LÚČNA, S. 2008. Liečba závislosti od psychoaktívnych látok. *Sociálna prevencia: Informačno-vzdelávací bulletin rezortu kultúry*. Bratislava: Národné osvetové centrum. roč. III., č. 2. s. 19-20. ISSN 1336-9679.
- MATOUŠEK, O. a kol. 2010. *Sociální práce v praxi*. 2. vydanie. Praha: Portál, 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.
- MIOVSKÝ, M. 2008. Závislosť ako falošný strašiak, alebo stačí viac zdravého rozumu? *Bedeker zdravia*. Bratislava: RE-PUBLIC s.r.o., roč. IV., č. 5, s. 72-73, ISSN 1337-2734.
- MISTOLER, P. 2014.[online]. *Závislost na alkoholu vestáři*. [online]. [citované 20-11-2014]. Dostupné na internete: <http://www.psychiatr.org/files/zavislost-ve-stari.pdf>.

- MÜHLPACHR, P. 2008. *Základy gerontológie*. Brno: MSD s.r.o. 203 s. ISBN 978-80-7392-072-2.
- NEŠPOR, K. 2011. *Návykové chováni a závislost*. 4. vydanie. Praha: Portál. 176 s. ISBN 978-80-7367-908-8.
- NEŠPOR, K. 2013. Špecifická zneužívania psychoaktívnych látok a vznik závislosti u detí, žien a ľudí vyššieho veku. *Sociálna prevencia.*, 2013, roč. VIII, č.2, s. 12-14. ISSN 1336-9679.
- NEŠPOR, K. drnespor@gmail.com, 2014. seniori [e-mail]. Správa pre M. Pavlovú (martinapavlova12@gmail.com). Odoslané 23.11.2014, 08:26.[citované 2012-29-11]. Dostupné na internete: <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/149db8b5a1e7f27f>.
- OCHABA, R. 2007. Tabak – história jeho užívania, fajčenie a socio-ekonomické nerovnosti. *Sociálna prevencia: Informačno-vzdelávací bulletin rezortu kultúry*. Bratislava: Národné osvetové centrum. Roč. II., č.3. s. 20-21. ISSN 1336-9679.
- ONDRUŠ, D. 1990. *Toxikománia strašiak, či hrozba?* 2. vydanie. Martin: Osveta. 88 s. ISBN 80-217-0141-2.
- Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

Kontaktná adresa

PhDr. Martina Pavlová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Detašované pracovisko Michalovce
- bl. M. D. Trčku, Partizánska 23, 071 01 Michalovce

email: martinapavlova12@gmail.com

O OSOBNOSTI V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍCH

Pavlu Jiří

Vysoká škola manažerská Varšava
Fakulta J. A. Komenského Karviná

Abstrakt

Autor příspěvku pod titulem „*O osobnosti v pomáhajících profesích*“, jako andragog a pedagog, provádí v rámci své přednáškové činnosti mezi studenty pomáhajících profesí (jako jsou učitelé, vychovatelé, sociální pracovníci, zdravotní sestry) dílčí názorové sondy, obsahově se vztahující k vlastní představě respondentů o osobnostních předpokladech a schopnostech pro svá povolání. V odpovědích pak nacházíme pro následující kolokvium otázky pro diskusi nad osobnostními předpoklady a schopnostmi jedince.

Součástí příspěvku je přiblížení činnosti a poslání jednoho ostravského komunitního střediska, které patří Charitě.

Klíčová slova: Pomáhající profese. Osobností předpoklady a schopnosti. Komunita. Komunitní pracovník. Komenský.

Abstract

Author of the article under the title "The personality in the helping professions," such andragogs and educator, carried out within lecturing students helping professions (such as teachers, educators, social workers, nurses) sub opinion probes content relevant to your own imagination respondents' personal talents and abilities to their profession. In the answers, then we find the next colloquium to discuss issues of personal conditions and abilities of the individual. The article also approach the activities and mission of a community center in Ostrava, which belongs to charity.

Key words: Helping profession. Personal skills and abilities. Community. Community worker. Comenius.

Úvod

Pomáhající profese přispívají k vytváření příznivých životních a sociálních podmínek jedinců, o které pečují; vysvětlují, vedou a zmírňují dopad nepříznivé aktuální nebo déletrvajících situace, problémů negativně ovlivňující průběh jednotlivých etap života atd. Ve středu zájmu je vždy člověk jakožto lidská bytost. Navzájem se od sebe lišíme jedinečnými povahovými vlastnostmi, nadáním, kreativitou ale i nejrůznějšími potřebami, vztahy, určitou mírou závislosti na jiných, empatií k druhým, vzdělanostní úrovni, potřebou setkávání se a další...

Komenský ve svém díle jako pedagog, filosof a teolog spojoval dokonalost člověka s jeho edukací, tedy rozvojem všech jeho schopností dělajících člověka člověkem. V první kapitole Pampaedie sděluje: „*První, čeho si přejeme, jest, aby tak plně a k plnému lidství mohl být vzděláván ne nějaký jeden člověk nebo několik jich nebo mnoho, nýbrž všichni lidé vespolek i každý zvlášť, mladí i starí, bohatí i chudí, urození i neurození, mužové i ženy, zkrátka každý, komu se dostalo údělu narodit se člověkem; aby konečně jednou bylo celé lidské pokolení učiněno vzdělaným po všech věkových stupních, stavech, pohlavích a národech*“ (Komenský, 1992).

Lidským snažením by tedy měla být touha po poznání, vzdělávání se v celé šíři života a tak přispívat ke svému (sebe)zdokonalování.

Malý exkurz do užívaného názvosloví

Vzhledem k tomu, že tématem konference je „komunitná starostlivosť v pomáhajúcich profesiách“, dovoľte mi úvodom v krátkosti alespoň malý exkurz do názvosloví užívaných pojmov. **Pracovník v pomáhající profesi** je jedinec, který si jako své povolání zvolil bezprostřední práci s lidmi, u kterých se snaží různými metodami a formami činnosti o zlepšení kvality života lidí/jednotlivců se specifickými potřebami anebo napomáhá ke zmírnění negativních dopadů (často dlouhodobě) nepříznivě ovlivňující život. Vždy jeho činnost a pomoc je cílena k jinému, potřebnému člověku nebo skupinám lidí. Matoušek definuje **pomáhající profesie** jako „profese vznikající v souvislosti se slábnoucí úlohou rodiny a jiných tradičních systémů sociální podpory. Cílem pomáhajících profesí je institucionalizované poskytování této podpory. V širokém pojetí k nim patří medicína, psychologie, pedagogika, sociální práce“ (Matoušek, 2008). Definice pojmu **komunita** je nejednoznačná, což lze demonstrovat na citacích různých autorů odborné literatury. Matoušek charakterizuje takto: „Společenství lidí žijících, či kooperujících v jedné instituci nebo jedné lokalitě“ (Matoušek, 2003). U jiných nacházíme dělení na dva významy - teritoriální (osoby žijící na společném území – sídliště, obec) a zájmový (osoby, které poji společné zájmy nebo znaky – etnikum, handicap). Další autoři jsou názoru, že se komunity mohou vytvářet bez nutnosti ukotvení k místu, ale pouze na základě společných zájmů nebo profesí. Hovoříme-li o komunitě – pojem z latinského *communitas = společenství* – máme na mysli skupinu osob, které navzájem něco spojuje: zájmy, problémy/problematika, sídlo/prostor... V komunitě přetrvává u jejich účastníků pocit sounáležitosti a vědomí příslušnosti k tomuto uskupení. Vůdčí osobností v komunitním uskupení je **komunitní pracovník**, plnící roli iniciátora a koordinátora procesu změn, jejich sledování, usměrňování a podporování. Měl by mít odborné vzdělání, výcvik a zkušenosti (ideálně vždy by měl být profesionálním sociálním pracovníkem). Očekává se jeho podpora aktivit a potřeb, které iniciují a vznikají uvnitř seskupení lidí. Jejich angažovanost, zapojení do řešení problémů a do rozhodování o životě komunity je přínosné zpravidla přispívá k dosažení příznivých změn. Případných neúspěchů se nemůže zaleknout, neboť i z praktického života víme, že k dosažení úspěchu vede cesta přes řadu nezdarů. Metoda **komunitní práce** je jedna ze tří základních metod sociální práce (a/práce s jednotlivcem, b/rodinou a c/komunitou). „Komunitní práce spočívá v organizaci akcí místního společenství, jejichž cílem je naplnění určité místní potřeby nebo řešení místního problému. Sociální pracovník může potřebu či problém analyzovat, plánovat postup, iniciovat akci, koordinovat činnost účastníků (a už jde o jednotlivce, nebo instituce), propagovat akci, hodnotit její účinky“ (Matoušek, 2008). Jak uvádí Matoušek, v našich podmínkách je komunitní práce „... poměrně novou formou sociální práce, ve světě má přibližně stoletou tradici“ (Matoušek, 2003). V České republice se komunitní sociální práce rozvíjí teprve asi 15 let, je to tedy délkou aktivní činnosti ještě mladice. Ale i přes toto mládí lze říci, že si našla mezi uživateli služeb komunitních středisek a center své místo. Dokladem obliby a potřeby takovýchto míst k setkávání, je rok od roku vzrůstající počet zájemců.

Osobnostní vlastnosti pomáhající profese očima studentů

Říčan v předmluvě knihy W. Schmidbauera „Psychická úskalí pomáhajících profesí“ výstižně sděluje: „Základním nástrojem pomáhajících profesí... je osobnost pomáhajících“ (Schmidbauer, 2000). Jako vysokoškolský pedagog a andragog, realizuji mezi studenty naší školy před kolokviem anonymní dotazníkové šetření názorů studentů k požadavku na *osobnost pomáhající profese*, její osobnostní předpoklady a schopnosti. K tomuto účelu mám vytvořen vlastní dotazník, sestávající vždy po 15 výrocích ke každé ze dvou složek: *osobnostní předpoklady* x *osobnostní schopnosti*. Úkolem respondenta je označit v každém sloupci číslicemi 1-3 (dle svého mínění, podle pořadí důležitosti) výroky, přičemž 1= nejvýznamnější.

Dotazník – **POMÁHAJÍCÍ PROFESE** Identifikace: **M Ž** věk.....

Vaším úkolem je označit v každém sloupci číslicemi 1-3 podle pořadí důležitosti podle Vašeho mínění, následující výroky, vztahující se k osobnostním předpokladům a schopnostem jedince v pomáhajících profesích.

Osobnostní předpoklady

Cílevědomost
Empatie
Odpovědnost
Spravedlnost
Objektivnost
Důslednost
Sebeovládání
Flexibilita
Sebedůvěra
Adaptabilita
Vyrovnanost
Iniciativnost
Sebekritičnost
Vytrvalost
Průbojnost

Osobnostní schopnosti

Komunikativní
Vyjadřovací
Jednání s lidmi
Organizační
Týmové práce
Sociální interakce
Motivování
Řídící
Tvůrčího přístupu
Rozhodovací
Řešit konflikt
Seberealizace
Vedení kolektivu
Navazování kontaktů
Umět se prosadit

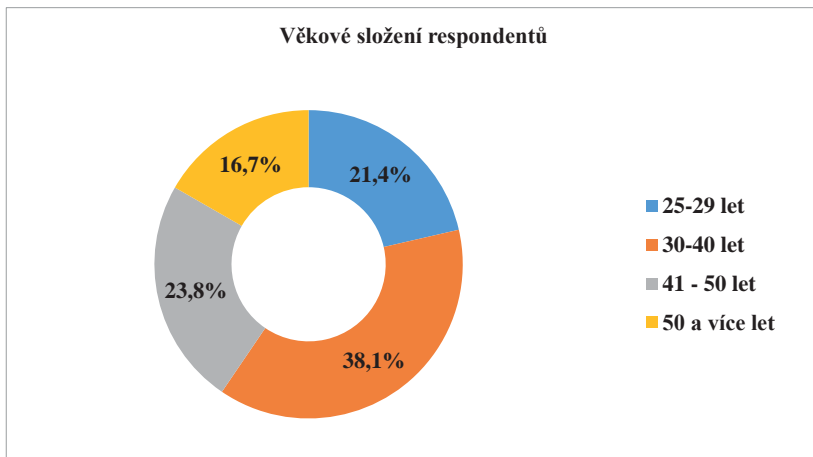
Kterou další vlastnost, která nebyla uvedena, byste doplnili:

(Vzor dotazníku pro pomáhající profese)

Pro tuto prezentaci proběhlo šetření ve dnech 8. – 9. 10. 2016 v Karviné a odpovídalo 42 respondentů, pouze ženy. (Jednalo se o studijní skupiny magisterského stupně, obor předškolní pedagogika, sociální práce a resocializace. Mezi odpovídajícími byli i dva muži, avšak jejich dotazníky pro chybné vyplnění, musely být z vyhodnocování vyřazeny).

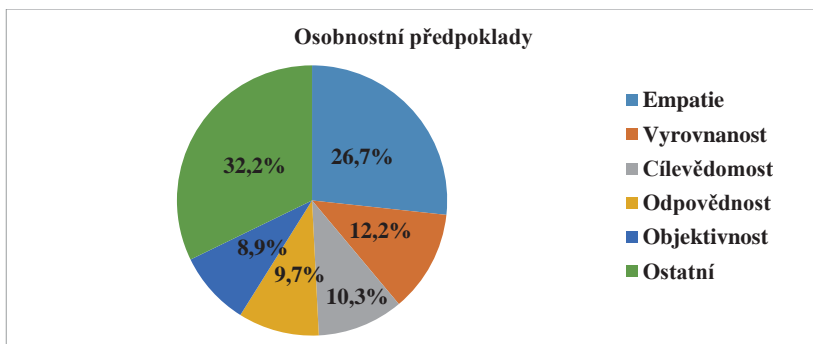
Co nám dotazníky poskytly za informace?

Z pohledu věkového složení respondentů, nejvíce byla zastoupena kategorie 30-40 let a to 38,1 %. Průměrný věk žen byl 39 roků, přičemž nejmladší respondente bylo 25 a nejstarší 57 let.

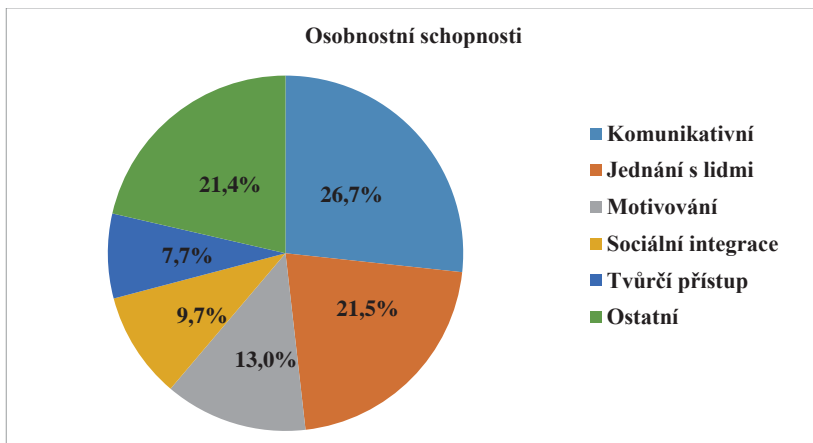


Graf 1 Věkové složení respondentů

Mezi *osobnostní předpoklady* na prvních třech místech uvedly *empatie, vyrovnanost a cílevědomost*. Na dalších dvou pak odpovědnost a objektivitu, což vše celkem tvoří 67,8 %. První tři příčky v oblasti *osobnostních schopností* patřily *umění komunikovat, jednat s lidmi a umět je motivovat*. Příjemné bylo zjištění, když na následujících dvou pozicích se objevila schopnost sociální integrace a tvůrčí kreativní přístup. Výše uvedených pět schopností představuje v absolutním čísle 78,6 %. Autora šetření překvapilo, že *ani jednou nebyla zmíněna schopnost týmové práce a pouze jedenkrát schopnost umět vést kolektiv*.



Graf 2 Osobnostní předpoklady



Graf 3 Osobnostní schopnosti

Na otevřenou otázku: *Kterou další vlastnost, která nebyla uvedena, byste doplnili?* Reagovalo pouze šest žen (tedy pouze každá sedmá) a uvedly následující: kreativita, nadšení, nezdolnost, trpělivost, charisma, ohleduplnost. Všechny lze akceptovat a nutno podotknout, že v nabídce nebyla ani možnost označení (sebe) vzdělávání, přičemž lze s jistotou tvrdit, že pro osobnost komunitního pracovníka je cennou devizou, pokud má předchozí zkušenosti z vedení a „ovlivňování“ skupiny osob a sám své zkušenosti dále rozvíjí autoedukací, absolvováním kurzů, seminářů, výcviků nebo školeními a pod.

Příklad činnosti komunitního centra

Charita Ostrava, jako účelové zařízení římskokatolické církve, byla ustanovena v roce 1991 arcibiskupem olomouckým a poté v roce 1996, po vzniku ostravsko - opavské diecéze, byla převedena práva a povinnosti zřizovatele na Biskupství ostravsko - opavské a stala se složkou Diecézní charity ostravsko-opavské se samostatnou právní subjektivitou. Prostřednictvím poskytovaných sociálních a sociálně zdravotních služeb na základě křesťanských hodnot je lidem v nouzi bez ohledu na jejich rasu, národnost, postavení či vyznání poskytována kvalifikovaná a komplexní pomoc. A to jak po stránce fyzické, psychické, sociální i duchovní, pokud možno s důrazem na aktivizaci osob, které pomoc vyhledají nebo potřebují. Kdo mezi ně patří? Senioři, lidé se zdravotním postižením, lidé bez domova, matky s dětmi v tísní, ohrožené děti a mládež, lidé s duševním onemocněním, lidé nevyléčitelně nemocní v terminálním stádiu života a lidé v nepříznivé životní situaci. Ti všichni zde v Charitě Ostrava nachází profesionální osobní lidský přístup, akceptaci důstojnosti jedince potřebujícího pomoc bez ohledu na jeho momentální stav či sociální situaci.

Ve své činnosti provozuje Charita Ostrava tři komplexní programy:

- Komplexní program pomoci částečně či úplně imobilním seniorům (služby sociální péče).
- Komplexní program pomoci lidem v krizových situacích (služby sociální prevence).

- Komplexní program pomoci lidem v terminálním stádiu života a dlouhodobě nemocným lidem (služby zdravotní péče).

Aktivitou, která prostupuje činností všech charitních středisek je dobrovolnické centrum a dobrovolnické hospicové centrum. Jediným komunitním centrem v ostravské Charitě je pro seniory Charitní středisko Gabriel, nacházející se v Ostravě - Zábřehu. V únoru v roce 2017 oslaví „Gabriel“ ještě docela chlapecký věk svého „života“ - 10 let. Přesto se může pochlubit pestrou paletou nabízených aktivit a oblíbeností, kterou mezi seniory požívá. I před poměrně krátkou dobu existence se komunitní centrum stává vyhledávaným příjemným místem pro trávení času seniorů. Své si zde najde a vybere si z pestré nabídky aktivit z oblasti kulturního, společenského a duchovního života každý návštěvník anebo si sem zajde jen tak popovídat o životě co dal anebo vzal... Jak nás informovala vedoucí střediska Bc. Jana Paseková, DiS., „snaží se u svých klientů snížit pocit osamělosti, přispívat k utváření pocitu užitečnosti, bezpečnosti, k navazování nových sociálních vazeb a k udržování soběstačnosti a samostatnosti. Služby rovněž vedou k podpoře setrvání seniorů v domácím prostředí a zároveň odstraňují izolaci od společenského prostředí. Cílem komunitního centra je prostřednictvím zájmových, vzdělávacích, společenských a volnočasových aktivit udržet a rozvíjet osobní a sociální schopnosti a dovednosti, které podporují sociální začleňování uživatelů. Cílovou skupinou jsou seniory a osoby se zdravotním postižením ohrožené sociálním vyloučením způsobené osamělostí, zhoršováním zdravotního stavu a podobně.“

V komunitním centru jsou jasně definovány čtyři zásady poskytované služby:

Samostatnost – spočívající v tom, že co je uživatel během poskytování sociální služby schopen zvládnout z vlastní iniciativy a svým vlastním přičiněním (svépomocně), to se mu nemůže brát z rukou a přenášet na pracovníky střediska. *Uživatel je k samostatnosti a co největší soběstačnosti pracovníky neustále povzbuzován a motivován.*

Partnerství- *uživatel služby je brán jako partner, který má nárok na rovnocenný vztah a uplatňování svých práv a pracovníci musí respektovat jeho svobodnou volbu.*

Individuální přístup - *poskytovaná sociální služba musí vycházet z individuálně určených potřeb uživatele služby a musí vytvářet takové podmínky, aby mohl uplatnit svou vůli podle svého lidského potenciálu.*

Princip křesťanských zásad - *na základě křesťanských zásad vnést víru v dobro života a člověka do situací charakterizovaných nepříznivou sociální situací např. ztrátou smyslu života, utrpením nebo životními tragédiemi; vnést naději i do beznadějných situací, tedy nabízet životní perspektivu, která má širší rozpětí než čistě lidská naděje; v tíživé situaci přijímat trpícího s laskavostí, i když on sám se už nedokáže přjmout a všichni ostatní jej už „odepsali“. Komunitní centrum pro seniory bezúplatně nabízí ve svých prostorách kurz práce na PC a jazykové kurzy, přednášky, besedy, možnost zahrát si společenské hry, sejit se v dámském klubu „Živá voda“, kreativně se projevit v keramické dílně či výtvarném kroužku. V oblíbené jsou společné výlety a pravidelné výstavy a besedy s umělci v charitní galerii „G“, která je návštěvníkům přístupna denně od pondělí do pátku v době 8.00-16.00 hodin.*

O značném zájmu o komunitní život a osobní účast v nejrůznějších aktivitách svědčí skutečnost, že jen za poslední dva roky (2014 a 2015) zaznamenalo komunitní centrum 11.792 kontaktů se svými uživateli.

Závěr

Co říci závěrem? Slovník sociální práce označuje osobnost jako „osobitě spojení duševních a tělesných vlastností člověka, které se utváří v průběhu individuálního vývoje a projevuje se ve společenských vztazích“ (Matoušek, 2008). Osobnost pomáhající profese se snoubí s jeho lidským, empatickým postojem a vztahem k druhému člověku s touhou mu pomoci. K účinné pomoci náleží hledání cesty z tíživé situace, odkrývání a nalézání řešení problémů ale i sociální integrace a další. Při práci s klientem má jako hlavní „výrobní“ nástroj pomáhající svou osobnost. Z praxe víme (sám jsem působil 16 let ve Vazební věznici Ostrava jako vychovatel a speciální pedagog), jak je práce s lidmi náročná – zejména po psychické a často i fyzické stránce a na druhé straně tolik potřebná. Snažme se v sobě objevovat potůčky prýstící ze zřídla dobra, jak krásně vyjádřil Komenský: *„Bůh ráčil mi dát srdce dychtícího po obecném dobru, vložil na mne úlohu veřejnou a přivést mne v rozličná postavení... touha po dobru, ať jakkoli nebo kdykoli vznikne v srdci člověka, je vždy potůčkem prýstícím ze zřídla dobra, Boha; a v sobě vždy je dobrý a cíl má dobrý, jen kdybychom ho dovedli užít“* (Komenský, 1987).

Použitá literatura

- KOMENSKÝ, J. A. (1992). Obecná porada o nápravě věci lidských, III. svazek. Praha, 1992, s. 15. ISBN 80-205-0228-9
- MATOUŠEK, O. Slovník sociální práce. Praha : Portál, 2008. s. 140. ISBN 978-80-7367-368-0
- MATOUŠEK, O.: Slovník sociální práce. Praha, 2003b, s. 92. Portál. ISBN 80-7178-49-0
- MATOUŠEK, O. a kol. Sociální práce v praxi. Praha : Portál, 2008. s. 14-15. ISBN 80-7367-002-X
- MATOUŠEK, O.: Metody a řízení sociální práce. Praha, 2003a, s. 253. Portál. ISBN 80-7178-548-2
- SCHMIDBAUER, W.: Psychická úskalí pomáhajících profesí. Portál, Praha 2000, s.11. ISBN 80-7178-312-9
- MATOUŠEK, O. Slovník sociální práce. Praha : Portál, 2008. s. 129. ISBN 978-80-7367-368-0
- KOMENSKÝ, J. A. (1987). O sobě, s. 290. Praha, 1987.

Kontaktná adresa

Jiří Pavlů
Vysoká škola manažerská Varšava
Fakulta J. A. Komenského Karviná
Karola Šliwky 58/5a, 733 01 Karviná-Fryštát
studium@pedagogikakarvina.cz

POHĽAD NA CHORÉHO A ZOMIERAJÚCEHO ČLOVEKA V KONTEXTE PRAVOSLÁVNEJ SPIRITUALITY

¹Pilko Ján, ²Barkasi Rastislav

¹ Pravoslávna bohoslovecká fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, Katedra praktickej a systematickej teológie

² Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava – externý doktorand

Abstrakt

Príspevok je venovaný pohľadu na chorého, zomierajúceho – usínajúceho človeka z pohľadu viery v dobrotivého a najláskavejšieho Boha. Cieľom príspevku je poukázať na dôležitosť nepretržitého života človeka v zmysle duchovného odkazu a samotných podobenstiev, ktoré nájdeme v svätom písme. Poukazujeme na skutočnosť, že práve smrť nás môže nájsť nepripravených na odchod do kráľovstva Božieho, a tým žiť v zjednotení s Bohom naveky.

KLúčové slová: Cirkev. Viera v Boha. Podobenstvo. Smrť.

Abstract

The paper is dedicated to looking at the sick, the dying - sleeping man from the perspective of faith in a benevolent and loving God. The aim of this paper is to highlight the importance of continued living person in the sense of spiritual heritage and parables themselves to find the world of Scripture. Points to the fact that it is the death of us can find not prepared to leave the kingdom of God, and thus to live in union with God forever.

Key words: Church. Faith in God. Parable. Death.

Úvod

Otázka smrti človeka je vždy citlivá, zvlášť, keď sa dotýka niektorého z našich blízkych, alebo aj nás samotných. V dnešnom uponáhľanom a pretechnizovanom svete človek nerozmýšľa nad smrťou, pretože má pocit, že má ešte veľa času a pripravovať sa na smrť bude až keď bude starý, na dôchodku a bude mať dostatok času. Zo skúsenosti vieme, že to nie je pravda a človek nebude mať čas nikdy. Dokonca ani v starobe, kde bude hľadať rôzne výhovorky, prečo nemá čas a takto bude fungovať až kým ho „neprevkápí“ smrť. Hoci počas života mal človek množstvo možností obrátiť sa k Bohu, často zostali nepovšimnuté.

Prax a duchovné smerovanie človeka

Základnou tézou svätých Otcov je, že Cirkev je nemocnica, ktorá lieči poraneného človeka, čo je obraz ktorý nachádzame na mnohých miestach Svätého Písma. Jedným z konkrétnych miest je podobenstvo o „milosrdnom Samaritánovi“ V tomto podobenstve predstavuje Samaritán Christa, ktorý ošetril zraneného človeka, zaviedol ho do hostinca - nemocnice, ktorú v tomto podobenstve predstavuje Cirkev. Svätý Ján Zlatoústý pri rozbere tohto podobenstva upozorňuje na skutočnosti, že človek zostúpil „z nebeského spoločenstva do spoločenstva klamstva diabla a padol medzi zlodějov, teda k diabľovi“. Z výkladu svätého Jána Zlatoústeho je zrejmé, že Cirkev je nemocnica, kde sa liečia poranenia hriechom a biskupi a kňazi sú tí, ktorí liečia Boží ľud. To je úlohou pravoslávnej teológie - spirituality. Teológovia sú podľa svätého Gregora Palamutí, ktorí dosiahli videnie Boha (Vlachos, 2006).

Viera je pravou vierou natoľko, nakoľko prináša terapeutické výsledky. Pokiaľ prináša uzdravenie, je pravou vierou. Pokiaľ neuздравuje, nie je pravou vierou. To isté platí v prípade vedy. Skutočným lekárom je ten, kto vie ako liečiť a môže preukázať výsledky svojej liečby. Naopak šarlatánom je ten, ktorý neuздравuje (Vlachos, 2006). Hriech Adama v Raji spočíva v zatemnení mysle a v strate spoločenstva s Bohom. Ľudská myseľ sa zatemnila, a človek tak stratil osvetlenie mysle. To znamená, že myseľ sa stala nečistou, vášnivou a telo bolo oblečené do zániku a smrteľnosti. Od svojho narodenia tak v sebe nesieme zánik a smrť, to znamená, že sa rodíme s tým, že máme zomrieť. Človek po páde potreboval vyliečiť, k tomu došlo cez vtelenie Christa a od tej doby je to je to úloha Cirkvi. Tá lieči človeka, predovšetkým jeho chorú osobnosť, jeho myseľ a srdce (Vlachos, 2006).

Choroba

Ani vo Svätom Písme, ani v dielach otcov Cirkvi nenájdeme konkrétnu definíciu choroby, ale aj napriek tomu je jej súvislosť s hriechom očividná. Kresťanská antropológia, z ktorej vychádza pravoslávno – pastiersky prístup, učí o počiatocnom rajskom stave človeka a objasňuje prečo sa po páde prarodičov ukázalo, že ich potomkovia sú slabí a bezbranní pred pôsobením vonkajších a vnútorných ničivých síl. Môžeme s istotou tvrdiť, že na zemi nie je človek, ktorého by sa choroba nedotkla. Hriech prarodičov, Adama a Evy zmenil toto postavenie, ktoré Boh daroval ľuďom. Keď človek zhrešil a stratil raj, získal porušenosť a smrť. Samotné choroby, zármutok, bolesť a utrpenie sú pre človeka bremenom, ale aj poučením a odmenou. Pokiaľ sa cez nich človek prenáša bez reptania, očisťuje sa od hriechov, duchovne rastie a napreduje a takýmto spôsobom sa pripravuje do večnosti. Samotná choroba je čas, kedysi môže človek uvedomiť svoj duchovný stav, stav svojej duše. Veriaci človek má pamätať na to, že všetko riadi Boh. Preto prichádza aj choroba do života človeka, nie však preto, aby mu ublížila, ale preto, že ho chce Boh potrestať, lebo nežije v kresťanskom duchu. Boh je absolútna láska, preto nie je pomstychtivý ani nespravodlivý. Všetko čo nám Boh dáva je pre naše dobro. Naopak reptanie, protesty, nahnevanosť na všetkých a na všetko, i na celý svet ničia vnútorný pokoj, znásobujú utrpenia a čo je hlavné, zmenšujú, alebo úplne ničia duchovné ovocie, kvôli ktorému sú nám posielané. Ovocím sa myslí naša spása, ktorú aj cez choroby a bolesť dosahujeme. Pochopiť a uvedomiť si toto všetko vo svoj čas nám bráni malovernosť, bezstarostný vzťah k sebe a iné javy im podobné. K tomu aby sme pochopili tento zložitý problém, akým je príčina a zmysel choroby, je potrebné vojsť za hranice jej samej. Je dôležité odpovedať na niekoľko závažných otázok: kto je človek? Aké je jeho poslanie vo svete? Do akej miery súčasný človek zodpovedá tomuto poslaniu? Aký je zmysel ľudského života (Kormaník, 2010)?

Smrť

Ľudský život tu na zemi končí smrťou – odlúčením duše od tela. A čo ďalej? Večný požehnaný, blažený život s Bohom alebo pekelné muky? Či budú mnohí dôstojní vojsť do kráľovstva Nebeského a získať, ako je napísané vo Svätom Písme, neporušené dedičstvo? Svätí Otcovia Cirkvi, ktorí so skúsenosťou prešli cestu spásy v Christovi, ukazujú preto na niektoré skutočné prostriedky. Jeden z nich je jednoduchý, no mocný, je to pamätanie na smrť. Pomyslenie na to, že všetci sme smrteľní, že aj ty zomrieš a zomrieš možno skoro,

keďže nikto nevie čas svojej smrti - toto zmysľovanie akoby ohraničovalo obzor kresťana putujúceho do Božieho kráľovstva, pomáha mu sústrediť sa na dôležité. Pamätanie na smrť nesie so sebou na jednej strane strach z večných múk a na druhej strane nádej na budúci život s Bohom v Raji. Pokiaľ to prvé spôsobí pokánie a mravnú nápravu hriešnika, to druhé povzbudzuje k napĺňaniu Christových prikázanií a trepezlivému neseniu svojho kríža. Neustále pamätanie na smrť je zvláštna blahodať, údel Božích svätých, píše svätý IgnatijBrjančaninov, no aj nám, chorým a vášnivým, je nevyhnutné prinucovať sa k pamätaniu na smrť, osvojovať si v srdci návyk myslenia na ňu, hoci takéto rozmyšľanie je absolútne protivné srdcu hriech ľúbiaceho a svetského človeka (Kormaník, 2010). Naše pozemské zmysľovanie nedokáže prekonať medze stvoreného sveta. Preto bude vidieť rodenie a umieranie ako prírodný zákon, ktorý je nezávislý na mravných, alebo náboženských hodnotách. Kvôli hriechu prišiel človek práve o ten život, ktorý je od Boha a nepodlieha zmenám. Ani smrť na ňom nič nezmení, pretože je prírodným zákonom, ktorému podliehajú všetky stvorenia. Avšak večná smrť môže postihnúť len človeka.

Záver

Celá teológia Pravoslávnej Cirkvi je niptická, pretože jej cieľ spočíva v uzdravení človeka. Uzdravuje človeka a oslobodzuje jeho myseľ od útľaku rozumu, okolitého sveta a vášni. Pre skutočne veriaceho kresťana smrťou nič nekončí, práve naopak. Úlohou Cirkvi a duchovných je pripraviť človeka na čo najdostojnejší odchod z tohto pozemského sveta do večnosti. Ani choroba nemôže byť prekážkou k jeho duchovnému rastu, aj napriek tomu, že choroba, ktorou trpí, je nevyliciteľná a končí smrťou.

Použitá literatúra

VLACHOS, H.: Pravoslávna spiritualita. Prešov 2006.

KORMANÍK, P.: *Pastierska starostlivosť o chorých*. Prešov 2010.

ŠÚD za hrobom alebo mýtniceprepodobnejTeodory. Sabinov 2010.

PRUŽINSKÝ, Š.: O všeobecnom rozšírení hriechu vo vzťahu k človeku a spoločnosti. In:

Pravoslávny biblický zborník II/2016 [elektronický zdroj]. Gorlice :

DiecezjalnyosrodekKulturyPrawoslawnej ELPIS w Gorlicach, 2016, online, s. 14-19. ISBN

978-83-63055-27-1. <http://www.okp>

elpis.pl/book,open,2447,0,PRAVOSL%20C3%81VNY_BIBLICK%20C3%9D_ZBORN%20C3%84DK_II_2016.html

ŠÁK, Š.: *O poznaní duchovníka podľa svätého Nikodéma Svätohorca*. In: ActaPatristica : vedeckýrecenzovaný akademický časopis zameraný hlavne na oblasti patológie, teológie, religionistiky, bibliistiky, hermeneutiky, filozofie, pedagogiky, psychológie, sociológie a svetových a cirkevných dejín. č. 3 (2011), s. 97-105. ISSN 1338-3299.

Kontaktná adresa

Mgr. Ján Pilko, PhD.,

Email: jmpilko@gmail.com

THE MOBILITY AND MIGRATION PROCESSES OF THE YOUNG PEOPLE ON THE BORDERLAND AREAS (ON THE EXAMPLE OF UKRAINE, POLAND AND HUNGARY)

Riul'Victoria
Uzghorod National Universitet
Department of Sociology and Social Work

Abstract

The mobility of young people, living on the borderland areas is analyzed in the given paper. The phenomenon of the transborder areas in modern science, its interpretation, different approaches and classification of the frontier is investigated in this paper. In the context of this investigation we regard three transborder zones, each one with its specificity (Transcarpathian region - Hungary, Lviv region - Poland and frontier of Kharkiv region). In the result of this investigation were have revealed common and different features of various transborder zones, each with its own structure, under which it is functioning. It was concluded that a significant impact on the young people make the transborder areas where the young people live, and ties with the neighboring country are very close in many cultural and social spheres and promote youth mobility of the boderline areas.

Key words: Border. Borderland. Frontier. Youth mobility. Neighboring country.

Introduction

The term "border" and concepts, expressed by this term are significant, they are used in different social contexts and have different statuses (Беспамятных, 2008). They occupy a special position in a mental-geographical mapping: they are periphery of the country on one hand, but on the other hand, they become the centres of the particular region, in which the processes are determined by the factor of the border (Бреский,2008). The way of people's life in the border area, the form of its display demonstrate and implement a special measure interactions between the countries which have a common border. As a rule, this process is usually caused by different levels of development of the countries, which have the common border. In border areas, the social structures (spaces measuring) on the geographic (physical) space community is taking place (Кривицька,2015). Thus, border areas, are specific socio-cultural and ethno-social spaces, located on the border of cultures, ethnic groups, certain political formations, which allow to treat it not only in territorial, local, but also in symbolic limits. The common border is a special space, which does not belong entirely to any of the cooperating countries. But only this space provides the possibility of different kinds of communication, on the level of everyday life, as well as on the level of long-term planning of international relations. Border areas always are characterized by a high degree of various kinds of movement (migration), usually in both directions of the border (Гуль, 2012). The population of border areas, namely young people, are also involved in various kinds of transborder movements, that's why it is actual to study the impact of frontier on the migration of young people. The regulations about the specific of the border areas were developed and implemented by the Polish researchers Babinsky G. (G. Babiński), A. Sadowski (A. Sadowski), J. Voyakovskym (D. Wojakowski), A. Kloskovskoyu (A. Kłosowska). Problems

of Ukraine's borders and the development of border areas were considered in the work of A. Dolgov, V. Boechko, A. Ganja, B. Zakharchuk, J. Dashkevich, A. Kovaleva, A. Malinowski, B. Serhiychuk, Boldetska A., I. Kononov, K. Shestakov, A. Kruglashov T. Rudnitskaya, I. Burkut V. Dzhaman, I. Kostaschuk M. Makar, A. Dulichenko, I. Myhovych were involved in investigation of ethnic processes in the Ukrainian borderland. The aim of the research is to identify the influence of borderland on the mobility and migration processes of the young people who live there. We define social mobility as a process of movements of individuals between hierarchically organized elements of the social structure. P. Sorokin defines social mobility as any transition of individuals or social objects, that is, everything created or modified by human activity, from one social position to another (Сорокин, 1992). In the context of our research, social mobility of young people, is the intensity of border movement in border areas, their plans to study and live in the neighboring country, and also socio-cultural cooperation of the young people in the borderland between two countries. Borderland as a territory of residence, activates mobility, both vertical and horizontal. Borderland can be defined as a socio-cultural phenomenon, which is in a certain localized region with social, cultural, economic and political specific characteristics. Therefore, frontier should be considered not as a physical space, but as a populated space. It is socially assimilated, intelligently interpreted by the people, inhabiting it and has become a part of their "life-world". Borderland as a spatial-social and spatial-cultural phenomenon, appears only in a particular interpretation. This idea has already happened and concepts on key issues: what is what and who is who. Analysis of the frontier as a socio-cultural phenomenon should begin with the consideration of borderland in the line of transformation, that has been taking place in the political culture in the late twentieth (Hastings, 1998). This has found its expression in changing opinions, ideas about the role of state (government) in cultural policy, organization and management of the areas. One of the displays of this transformation is a transborder cooperation, the main participants of which are not central authorities, but border administrative-territorial units and civilian communities (Бреский, 2008). By itself, the term "border", that became the Russian-speaking translation loan word of the English term "Borderland" is multimeaningful. Its use in the European and American scientific tradition at the beginning of the XXI century is actual for archeology, history, sociology, political science, humanitarian geography, religious studies, philosophy. Within the theory "borderland"; different kinds of limits – "frontier studies", "border studies" and "boundary studies" are arising (Rosler, 1999). Each category is translated as a "limit", but has different semantic nuance. For this reason, in the English humanitarian space, there are several "Border" theories, that are constantly interacting with each other, gradually wiping off the border, changing into one complicately organized area of scientific research (Martinez, 1994). Applied theory, connected with study of the border, originated in the 50's of the XX century in the USA, as the sphere of research frontier problems. Since 1976, the Association of Borderland Studies (ABS) was founded in America, and became a leading Academic Association of the North American researchers (Бреский, 2008). They are involved in regular research of the frontier zones. The theory of borderland emphasizes, that along with that, border can itself act as a subject of study (political, administrative, military divisions), it causes a variety of other types of borders. It often seems to a researchers that the line (limit) is

something secondary relating to the space itself. However, it is the boundary (border-border) in theory of borderland, determines all other kinds of boundaries and the type of social space(Кочан, 2008).

So, Parker identifies five types of boundaries:

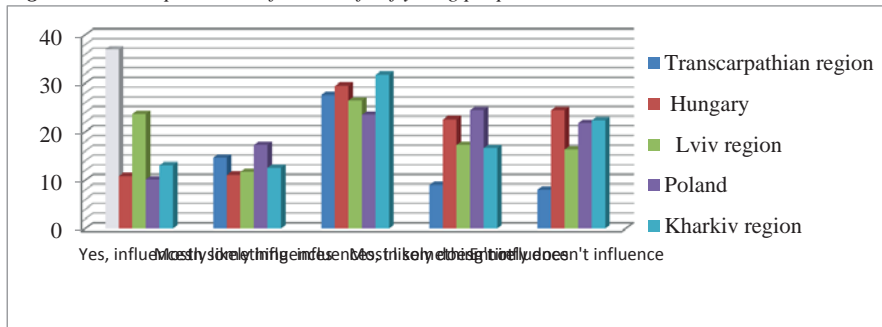
- geographical (climate, nature features, ecology, environment, natural borders - rivers, mountains);
- political (administrative division, military power, political dynamics, political domination, colonization of borderlands, "close frontier" / open frontier, moving frontier);
- demographic in a broad sense (interaction of ethnic groups, population, health, gender classification of the population, demographic shifts, hidden migration, character of settlements, the nature of ethnogenesis, merging or fragmentation);
- cultural (linguistic, religious, artefact, cultural practices);
- economic (production, ecosystem, engagement of migrants, transport, border trade)(Parker,2006).

R. Alba grounds three types of border changes: their "boundary breaching", at which the assimilation of the individuals into dominant culture is taking place; "Boundary shifting", when identifying designation of "who is who" becoming problematic. "Erasing borders" is a process, where cultural boundaries are losing their "rigidity" and constraint character, and individuals are provided with ample opportunity of cultural and identification selection (Alba, 2005).Applying the concept of borderland (in its three-measuring sense: territorial, socio-cultural and personal) makes possible to explain the specifics of ethnic identificational processes in borderland regions, and understand the peculiarities of formation ethnic identity in the Ukrainian socio-cultural space (Сухомлинов, 2008).

Pattern and Methods

Analyzing the mobility of youth in borderland areas we have investigated the young people in borderland of Transcarpathian, Lviv and Kharkiv regions, as well as the young people of Hungary and Poland. The analysis of the mobility of young people in borderland areas was conducted by the relevant questionnaire.For interpretation the results of the study we have focused our attention on these three border areas, namely on the borderland of Hungary and Transcarpathian region, the borderland of Poland and Lviv region and the frontier of Kharkiv region. It would be appropriate to analyze the Kharkiv region frontier together with the frontier of Russia, where the study was not carried out, that's why the frontier of Kharkiv region will be analyze in one-sided context.Positively answered about the impact of the border on the life of youth (37.0%) in Transcarpathia and (23.7%) in Lviv region. But the majority of young people, living on the border have said that something causes, something not. The youth of Hungary and Poland, and to some extent in Kharkiv region are convinced that living on the border does not affect their lives. In total 60.0% of young people are convinced that living on the border affects their lives to some extent, especially the young people of Transcarpathia, as far as Transcarpathia is the most multinational and multilingual region, which borders with four European countries. (Figure 1)

Figure 1 "The impact on the frontier life of young people"



As for socio-cultural interaction between the residents of borderland, it is characterized by very active interaction of two neighboring countries. In the context of our study, three bordering areas (Transcarpathian region - Hungary, Lviv region - Poland, Kharkov region - country, with which it borders, namely Russia). The youth of the Ukrainian frontier (Transcarpathian region, Lviv region and Kharkiv region have noted that they are making purchases in the neighboring country more actively, than the youth of the foreign frontier (Hungary and Poland). That's why the youth of Lviv region do shopping in the neighboring Poland, the youth people of Kharkiv region in Russia, with which it borders. It should be noted that the young people of Transcarpathia do shopping not only in neighboring Hungary, but in Slovakia and Romania, depending on the place of residence in the Transcarpathian region, where the border crossings exist. Parents of the respondents in Transcarpathian and Lviv regions are working in the neighboring countries, which are typical for these areas (labor migration caused by a high level of unemployment).

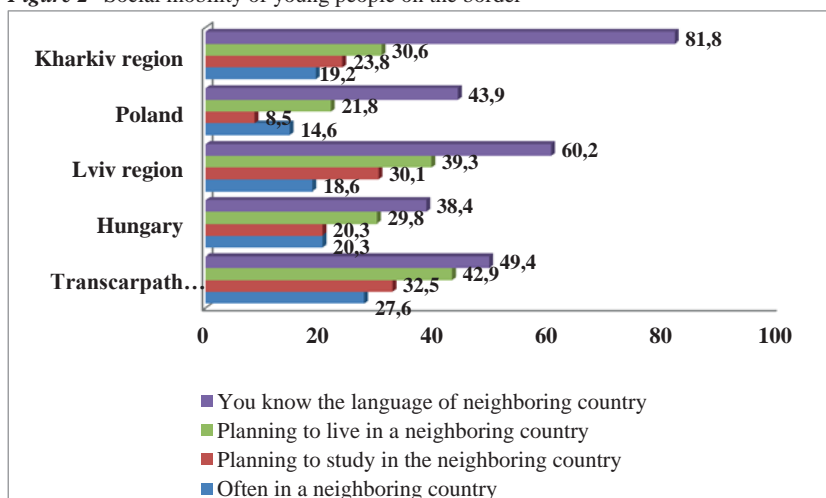
Table 1 "Social Youth Neighbourhood"

	Transcarpathian region	Hungary	Lviv region	Poland	Kharkiv region
Do shopping in neighboring country	46,2	21,2	42,3	19,7	30,4
Your parents work there	26,3	7,2	24,5	8,8	13,1
Your relatives live there	55,8	37,3	56,1	47,3	62,4
Your friends live there	45,5	50,1	46,4	31,6	51,6
Celebrate holidays of the neighboring country	29,3	16,7	18,6	11,6	33,6

As result of the survey has shown, we can state, that majority of the respondents indicate that their relatives and friends live on both: the Ukrainian border (Transcarpathian, Lviv and

Kharkiv regions) and on the foreign border (Hungary and Poland). Holidays of the neighboring countries are celebrated in the families of Kharkiv region (33.6%) and in Transcarpathian region (29.3%), which is a result of common historical past with the neighboring country. (Table 2) The most frequent trips are between residents of Transcarpathian region (27.6%) and residents of Hungary (20.3%), as far as for each of parts it is profitable. For example, the population of Transcarpathian region not only does shopping in the supermarkets and shopping centres at low prices in the neighboring Hungary, but they are taking a course of examination and treatment in the hospitals of Hungary. There residents of Hungary very often visit Transcarpathia buying goods, which are cheaper than in Hungary (fuel, cigarettes, alcohol, food, and cheap clothes). Lower indexes as for the frequency of trips to neighboring countries is in the Lviv region (18.6%) and accordingly, its neighbor Poland (14.6%). Young people of Transcarpathian (32.5%) and Lviv regions (30.1%) of the borderland have shown more desire to study in the neighboring country, that is in Hungary and Poland, because it is the only perspective in getting good jobs with a diploma of the European standard. According to the results of investigation, the young people of Transcarpathian region (42.9%), Lviv region (39.3%) are planning to live in the neighboring country, that is emigrate from Ukraine, and (30.6%) young people of Kharkiv region are also planning to emigrate, not only to Russia, but to some other country. According to the results of research, young people of Transcarpathian region (42.9%) and Lviv region (39.3%) are planning to live in a neighboring country, that is emigrate from Ukraine, and (30.6%) young people of Kharkiv region are planning to live in Russia. The young people of Europe (Hungary - 29.8% and Poland - 21.8%) are planning to take up a permanent residence in more promising than theirs, European countries. The young people in Lviv region (60.2%) and Transcarpathian region (49.4%) know the language of the neighboring country, i.e. Polish and Hungarian. The young people in Kharkiv region (81.9%) know Russian.

Figure 2 "Social mobility of young people on the border"



The main purpose of travelling the residents of borderland to the neighboring country, has become tourism, visiting relatives, friends and business trips which are peculiar for the residents of Transcarpathian region, and are connected with buying foodstuffs and manufactured goods, and then selling them at the markets of the region. (Table 2)

Table 2. "The purpose of youth trips to frontier countries - neighbor"

	Transcarpathian region	Hungary	Lviv region	Poland	Kharkiv region
Tourism	35,2	66,4	41,3	48	35
Business trip (sale and / or purchase of goods)	21,4	8,9	8,4	2,4	6,1
Visitingrelatives, friends	31,4	23,4	17,8	9,5	25,5
Medicaltreatment	5,5	1,7	1,9	1,7	3,7
Studying, probation	2,4	8,3	4,6	5,8	3,3
Other	7,5	10,9	11,2	6,8	3,7

Quite high for young Hungarian and a little lower for the young people of Poland, is tourism, as a purpose of their trips to Transcarpathia. It is due to the development of the tourism industry in Transcarpathia in the last decade and moderate prices, which suit the ordinary young people from European countries.

Summary

So, borderland is a special social space, where the intersection of cultures, filled with a special meaning, is taking place. The significance of the frontier (borderland) in modern world is determined by socio-cultural transformation, processes of regionalization, changes in the nature of state border and changes in people's outlook, way of living, which is taking place in this area (Хлестракова, 2006). Borderland is multilateral and diverse socio-cultural phenomenon, and give it a precise definition is difficult (Шевчук, 2010). To determine the borderland, is possible only in general way. Its conceptualization can be made only on the basis of different grounds. Borderland differs from usual social-cultural formations by its another attitude to stranger, foreigner. A stranger (foreigner) takes a concrete and detailed image. Borderland, as a socio-cultural phenomenon has its own sociodynamics, which is implemented in the external and internal measurements. Changes of borderland are connected with general socio-cultural dynamics of the mankind and with a nature of intercultural interaction, within the region of borderland (Кравченко, 2010). We have considered the example of functioning life in borderlands in the light of youth vision and have determined the influence of borderland on the mobility of young people. In the context of our research, these are three borderline zones, each with its specificity (Transcarpathian region - Hungary, Lviv region - Poland and frontier of Kharkiv region). As a result of our research, we have found differences and similarities of different border zones, each with its own socio-economic structure, under which it is functioning. A significant impact on the young people, living in

these areas, has borderland, and ties with the neighboring country are very close in many culture-social spheres. Each side of the frontier has its benefits, which they make use of (material goods and certain services) and they also are well-oriented in the social space of the frontier, know the characteristic peculiarities of the mentality of neighboring nationality and freely communicate with each other. Further researches on the given subject are very perspective, as far as the young people of the frontier (borderland), are more mobile and disposed to migration in search of better, that they can get in their own country. Research in this area will never lose its urgency, because these processes are integral part of the existence of border areas. In future our research should be focused on the young people, who wish to leave our country, because these are serious losses of the progressive young people for our country. Research of the intensity of youth migration flows, can be used as an indicator for improvement or deterioration of the situation in Ukraine.

References

- ALBA, R. 2005. Brightvs. Blurred Boundaries: Second-generation Assimilation and Exclusion in France, Germany and the United States. *Ethnic and Racial Studies*, 28 (1), 20-49.
- MARTINEZ, O. 1994. *Border People: Life and Society in the U.S.- Mexico Borderlands*. University of Arizona Press.
- ROSLER, M. 1999. *Frontiers and Borderlands: Anthropological Perspectives*. T. Wendl (red.). Frankfurt am Main; Berlin; Bern; Bruxelles; New York; Wien: Lang.
- HASTINGS, D. WILSON, T. 1998. *Border Identities: Nation and State at International Frontiers*. Cambridge University Press.
- PARKER, V. 2006. *Toward an Understanding of Borderland Processes*. *American Antiquity*, 71(1), 41-45.
- БЕСПАМЯТНЫХ, Н. 2008. Границы и пограничья в социальной теории: понятия и направления исследований. *Социология*, 3, 44–50.
- БРЕСКИЙ, О. БРЕСКА, Ш. 2008. От транзитологии к теории Пограничья. Очерки деконструкции концепта “восточная Европа”. Вильнюс: ЕГУ
- КРАВЧЕНКО, В. 2010. Харьков: столица Пограничья. Вильнюс: ЕГУ
- КРИВИЦЬКА, О. 2015. Дискурс пограничья в соціокультурних дослідженнях: теоретико-методологічні аспекти. *Наукові записки ІІТІЕНДіМ. Курса НАН України*, 4(78), 173-197
- ГУЛЬ, М. 2012. Феномен пограничья: соціокультурний аспект. *Pozyskano z: http://eprints.oa.edu.ua/1354/1/Gul_210512.pdf* (pobrano 24.07.2016)
- КОЧАН, В. 2008. Типология пограничья. *Культура народов Причерноморья*, 165-168.
- СОРОКИН, П. 1992. *Человек. Цивилизация. Общество*. Москва: Политиздат.
- Сухомлинов, О. 2008. *Культурні пограничья: Новий погляд на стару проблему*. Донецьк: ТОВ «Юго-Восток, Лтд».

ХЛЕСТАКОВА, Л. 2006. Полиэтничность культурного пространства города
Харькова: в контексте идей Пограничья. «Воображая Пограничье»: итоги (2003–2005).
Минск

ШЕВЧУК, О. 2010. Пограниччя як соціокультурне явище. Наукові записки
Національного університету «Острозька академія», 6, 87–94.

About the author

Viktoria Riul' Associate Professor of the Department of sociology and social work, Ukraine,
Uzhhorod National University, The Faculty of Social Sciences, Department of Sociology and
Social Work
email: vikarul@gmail.com

SOCIÁLNE PORADENSTVO AKO SÚČASŤ SOCIÁLNEJ PRÁCE S KOMUNITOU NEZAMESTNANÝCH

Šovčíková Monika

Katolícka univerzita v Ružomberku - Ústav sociálnych vied, Pedagogická fakulta

Abstrakt

Príspevok sa zameriava na problematiku sociálneho poradenstva v zmysle súčasti sociálneho poradenstva asociálnej práce s komunitou nezamestnaných. Autorka upriamuje pozornosť na fenomén pretrvávajúcej nezamestnanosti a potreby komunitnej práce v oblastiach s vysokou mierou nezamestnanosti. V úvodnej časti uvádza prierez kľúčovej problematiky a odbornej terminológie bezprostredne súvisiacej s problematikou komunitnej práce s nezamestnanými. Približuje sociálnu prácu ako pomáhajúcu profesiu, komunitnú sociálnu prácu, úlohy sociálneho pracovníka v komunite a potreby nezamestnaných členov komunity. Ilustruje a približuje sociálnu prácu s komunitou nezamestnaných pričom do popredia dáva význam sociálneho poradenstva pri práci s vybranou cieľovou skupinou v komunite.

Kľúčové slová: Sociálna práca. Pomáhajúca profesia. Komunita. Nezamestnaný klient.

Sociálne poradenstvo.

Abstract

Article focuses on the issue of social counseling under one of the social work with the community unemployed. The author draws attention to the phenomenon of persistent unemployment and the need for community work in areas with high unemployment. In the introductory section provides a cross section of key issues and technical terminology directly related to the issue of community work with the unemployed. Approaching social work as helping professions, community social work, the role of social workers in the community and the needs of the unemployed members of the community. Illustrates and brings social work with the community to the forefront of the unemployed while giving advice on the importance of social work with selected target groups in the community.

Key words: Social work. Helping professions. Communities. Unemployed client. Social counseling.

Úvod

„Kto dobre pozná sám seba, vie, čo je pre neho výhodné a rozozná, čo zvládne a čo nie. Robí to, čomu rozumie a tým si zabezpečuje čo potrebuje, a má sa dobre. Tým, že sa vyhýba veciam, ktorým nerozumie, sa vyhne chybám a unikne tomu, aby sa mal zle“ (Sokrates). Z uvedeného citátu možno predpokladať, že človek dokáže v rámci spoločnosti samostatne fungovať bez pomoci inej osoby. Vychádzajúc z dejín však možno konštatovať, že pomoc siaha v živote ľudí až k úplným začiatkom ľudského bytia. Pomoc ako terminologický pojem možno zdefinovať ako aktívnu angažovanosť, poskytnutie podpory či asistencie pri sledovaní nejakého cieľa. Zvýšenú pozornosť pomoci však prirodzene venujeme v období, kedy spoločnosť operuje s problémami rôznych oblastí. Význam potom nadobúda aj „potreba sociálnej starostlivosti založená na pomoci a solidarite iných“ pričom Levická (2008, s.40) tvrdí, že „starostlivosť je prirodzenou súčasťou pomoci“, pretože predstavuje „plánovitú

podporu blahobytu v určitých skupinách obyvateľstva vo vzťahu k takým potrebám, ktoré nemôžu samostatne uspokojiť, a o ktoré sa nemôže postarať rodina alebo štát“ (Levická, 2008, s. 41). V súčasnosti evidujeme, ako stále aktuálny problém, fenomén pomerne vysokej miery nezamestnanosti na Slovenskom trhu práce. Uvedomujeme si, že samotné riešenie spadá predovšetkým do kompetencií štátnych či neštátnych inštitúcií, ale rovnako tiež spadá do kompetencií každého jedného občana a spoločností ktoré vytvára, pričom pod významným spoločnosťou rozumieme práve komunitu. Nemožno vylučovať taktiež samotnú sociálnu prácu a sociálne poradenstvo, ktoré v tomto prípade rovnako predstavuje významný nástroj riešenia. V príspevku pozornosť venujeme predovšetkým komunite so sociálne nežiaducou situáciou, ktorou je vysoká miera nezamestnanosti, so zvýšenou potrebou spoločenskej intervencie s možnosťou využitia sociálneho poradenstva ako súčasť sociálnej práce s komunitou.

Prierez kľúčových pojmov a odbornej terminológie

Z hľadiska prieniku do problematiky považujeme za nevyhnutné definovať sociálnu prácu ako pomáhajúcu profesiu. Škulecová, Jankovský (2004) tvrdia, že cieľom a náplňou primárnej činnosti pomáhajúcej profesie je prístup a jednanie vo vzťahu k druhému človeku, ktorému sa poskytuje pomoc v určitej nepriaznivej situácii. Dôležité je taktiež rozpoznať rozdiel medzi zamestnaním a povoláním, pričom v sociálnej práci možno hovoriť predovšetkým o službe ľuďom. Sociálnu prácu tak možno vnímať „ako činnosť, ktorá podporuje sociálnu zmenu, riešenie problémov v medziľudských vzťahoch a posilnenie a oslobodenie ľudí za účelom naplnenia ich osobného blaha. Jej úlohou je umožniť všetkým ľuďom plne rozvinúť ich možnosti, obohatiť ich životy a predchádzať zlyháním“ (Pavelová a kol., 2013, s. 9). Z uvedeného možno konštatovať, že sociálna práca svojimi činnosťami navádza k zmene prostredníctvom zvládania ťažkostí tam, kde prichádza k nezhodám v interakcii ľudí a ich okolia. Zmiernenie nepriaznivej interakcie tak spravidla nemožno dosiahnuť iba jednostranne, teda pôsobením iba na klienta. Komunitu Clarke definuje „ako základ ľudskej spoločnosti, vrchol vzájomnej závislosti, najrýchlejšiu cestu k jednote“ pričom „znamená viac, než potešenie byť spolu. Znamená a vždy znamenalo prežitie druhu“ (Vanier, 1998, s. 13). Predstavuje „spoločenstvo, pospolitosť, obec, ale taktiež spoločné nažívanie ľudí“ (Maříková a kol., 1996, s. 512) charakteristické blízkosťou jednotlivých členov, vzájomnými vzťahmi a väzbami. Spoločne uskutočňujú sociálne interakcie a činnosti smerujúce k riešeniu problémov komunity. Matoušek (2003, s. 253) vníma komunitu ako „akékoľvek vnímanie spoločného dobra, ktoré môže byť medzi občanmi vytvorené. Komunita je podľa tejto definície niečo, čo sa dá dosiahnuť úsilím občanov. Komunita nie je statická, mení sa výsledkom skúsenosti alebo cieľným úsilím. Môže sa dokonca meniť na základe problémov, ktorými sú občania oslovení“. V súvislosti s problémami vyskytujúcimi sa v komunite, definujeme komunitnú prácu ako „prípravu členov komunity na prekonávanie a riešenie problémov vyskytujúcich sa v komunite, a to najmä prostredníctvom iniciácie alebo priamej práce so skupinami a organizáciami v komunite“ (Žilová, 2003, s. 14) s cieľom zvýšiť kompetencie a pocit solidarity a zároveň určiť ich sociálne potreby, zvážiť najúčinnšie spôsoby ich naplnenia a začať na nich pracovať do tej miery, ako to umožňujú zdroje, ktoré sú k dispozícii (Hartl, 1997). Komunitná práca je špecifická ovplyvňovaním sociálnych zmien

utváraním žiaducich vzťahov medzi skupinami, ktoré existujú v komunite a to najlepšie tak, aby si zmeny žiadali a uskutočňovali sami. Výrazne negatívna sociálna situácia, akou je vysoká miera nezamestnanosti, však prispieva k potrebe intenzívnej spoločenskej intervencie. „Takto ponímaná komunita sa tak stáva spoločenstvom osôb, ktoré nie je schopné vlastnými silami, prostriedkami riešiť svoju nepriaznivú situáciu“, pričom „vyžaduje nielen intervenciu sociálnej práce ako takej, ale aj sociálnej politiky nášho štátu“ (Pavelová a kol, 2013, s. 18-19). Nezamestnanosť je špecifická sociálna udalosť, stav, ktorý v súčasnej spoločnosti predstavuje závažný sociálny problém, pri ktorom sa časť pracovných síl nezúčastňuje pracovného procesu, následkom nerovnováhy medzi dopytom a ponukou na trhu práce. Tých, ktorí sa chcú zamestnať, je pritom viac ako tých, ktorí pracovnú silu hľadajú. Matoušek (2003) vníma nezamestnanosť ako stav v spoločnosti postihujúci určité skupiny ľudí, pričom „ku cieľovým skupinám patria aj tí, ktorí vnímajú prácu ako prostriedok na začlenenie do spoločnosti, resp. do určitej sociálnej skupiny a potrebujú svoj voľný čas naplniť zmysluplnou činnosťou“ (Orosová a kol., 2009, s. 9). Z hľadiska komunitnej práce, považujeme za nevyhnutné venovať pozornosť komunitám, ktorých členovia sú dlhodobo nezamestnaní.

Sociálna práca s komunitou nezamestnaných

Sociálni pracovníci väčšinou pracujú s komunitou dlhodobo nezamestnaných, avšak tieto komunity sa môžu deliť ešte na nezamestnaných, ktorí sú členmi rizikových skupín ohrozených nezamestnanosťou. Úlohou komunitného sociálneho pracovníka je „uchopiť komunitu, čiže navrátiť jej pôvodnú funkčnosť“ a prostredníctvom „spolupráce obyvateľov komunity“ prispieť k „obnove jej prirodzených zdrojov“ (Levícká, 2008, s. 197). Jeho umiestnenie je strategicky priamo v komunite z dôvodu „dobré spoznať a poznať komunitu, aby vedel, čo na ňu vplyva“, „oboznámiť sa s činnosťou rozmanitých organizácií, inštitúcií (zapojiť ich následne do činnosti pri riešení problémov)“, „poznať charakteristiky komunity“ a taktiež „zamerať sa na dosahovanie viditeľných výsledkov“ (Navrátil, 2003, s. 51). V komunite s nezamestnanými poskytuje sociálny pracovník prostredníctvom komunitnej sociálnej práce najmä:

- sociálne poradenstvo,
- pomoc a poradenstvo pri vytvorení samostatnej živnosti,
- vyhľadávanie nových pracovných miest,
- konzultácia a príprava dlhodobo nezamestnaných na získanie nového zamestnania, rôzne aktivity, ktoré podporujú pracovné zručnosti,
- vzdelávacie a školiace aktivity,
- pomoc pri zaradení na rekvalifikačné kurzy, ktoré podporujú zvýšenie kvalifikácie,
- besedy na vybrané témy súvisiace s prácou, získavaním práce,
- organizovanie tzv. burzy práce,
- organizovanie aktivačných prác (Mačáková – Pollák a kol., 2008).

Cieľom komunitnej práce so skupinou nezamestnaných je podľa Žilovej (2003, s. 63): „zmena postojov jednotlivcov k vnímaniu vlastnej nezamestnanosti, nezamestnanosti iných a celej komunity“, pod čím možno rozumieť vlastné uplatnenie jednotlivca a ostatných členov komunity na trhu práce so zreteľom na prevzatie zodpovednosti za seba samého ale taktiež

problému nezamestnanosti ako komplexného problému vyskytujúcom sa v danej komunite. Pasivita, rezignácia či apatia členov komunity môže viesť k postupnému sociálnemu vylúčeniu. Pavelová a kol. (2003, s. 175) dodáva, že v súvislosti s nezamestnanými a znevýhodnenými na pracovnom trhu v komunite možno použiť **mechanizmus opätovného sociálneho začleňovania**, akým je:

- „aktivácia, vzdelávacie kurzy, zvýšenie a obnova kvalifikácie“,
- „motivácia k hľadaniu zamestnania, motivačné kurzy“,
- „individuálny prístup, poradenstvo“,
- „sociálne dávky, hmotná pomoc“,
- „represia, tlak na hľadanie zamestnania, kontrola práce na čierno“,
- „príspevky na zriadenie pracovného miesta“,
- „podpora regionálnej ekonomiky, prilákanie investícií s cieľom zvýšiť dopyt po práci“,
- „sprevádzanie pri hľadaní zamestnania, podpora pre udržanie zamestnania po nástupe do práce po dlhodobej nezamestnanosti“.

Komunitný sociálny pracovník je realizátorom svojej činnosti na „princípe pomoci“ (Žilová, 2003, s. 63). Vychádzame z pomoci orientovanej na oblasť seberealizácie jednotlivca na trhu práce prostredníctvom získania vhodného zamestnania. Vo všeobecnosti je nevyhnutné uvedomiť si, že podstatou komunitnej práce je obohatiť život každého člena komunity prostredníctvom nastolenia rovnováhy medzi komunitnými zdrojmi a potrebami členov komunity. Nezastupiteľné miesto pri službách poskytovaných nezamestnaným majú taktiež „služby sociálnej starostlivosti“. Kodymová, Koláčková (In Matoušek, 2005) zhrnuli **ciele sociálnej práce s nezamestnanými** do týchto oblastí:

- sociálna práca v lokalitách – využitie komunitnej sociálnej práce pričom sa aktívne vyhľadávajú sociálne vylúčené osoby na pracovnom trhu, súčasťou je motivovanie k návratu na pracovný trh, podpora aktivít a projektov v tejto oblasti,
- základné a doplnujúce poradenstvo v rámci verejných služieb zamestnanosti – nie len úrady práce, ale aj centrá, kluby práce,
- príprava na zamestnanie (výcvik schopnosti získať orientáciu na pracovnom trhu, rozvoj komunikačných a sociálnych zručností človeka).

Ak hovoríme o práci s nezamestnanými, nemôžeme okrem sociálnej práce opomenúť ani aktívne a pasívne opatrenia smerujúce k pomoci nezamestnaným, ako súčasť politiky trhu práce. Hanzelová (2007) aktívne opatrenia politiky práce vníma ako ciele intervencie, ktorých zámerom je optimálny súlad potreby pracovného trhu a dostupnej ponuky práce, pričom si kladú za cieľ zvýšenie a udržanie zamestnanosti. Zvyšujú motiváciu, zjednodušujú možnosti prístupu na pracovný trh a predovšetkým u ľudí zlepšujú šance k ich uplatneniu sa na pracovnom trhu. Primárnym cieľom je povzbudenie zamestnávateľov k tvorbe nových pracovných miest. „Nástrojmi aktívnej politiky trhu práce sú: rekvalifikácia, podpora vytvárania nových pracovných miest, podpora zamestnávania osobitných skupín občanov, podpora a udržiavanie pracovných miest, podpora prevádzky pracovných miest, podpora vypracovania projektov na oživenie zamestnanosti, podpora zamestnávania občanov so zmenenou pracovnou schopnosťou, opatrenia a programy celoštátneho charakteru v oblasti

poskytovania poradenstva na voľbu povolania a výber zamestnania“ (Žilová, 2003, s. 45 – 46). Pri pasívnych opatreniach ide o podporu v nezamestnanosti a dávky hmotnej núdze a ďalšie príspevky, ktoré slúžia aspoň k čiastočnej kompenzácii straty príjmu. Vždy by však mali smerovať k vytvoreniu priestoru na nájdenie si nového zamestnania, pretože ich cieľom je, aby človek neostal pasívny a nespoliehal sa len na vonkajšiu pomoc.

Dôležitosť sociálneho poradenstva vo vzťahu ku komunite nezamestnaných

Domnievame sa, že sociálne poradenstvo predstavuje významnú súčasť práce s komunitou nezamestnaných. Vychádzame z predpokladu, že sociálne poradenstvo ako súčasť sociálnej práce predstavuje efektívny nástroj sociálnej pomoci, spájajúci sa výsostne s prácou s ľuďmi, o ľuďoch a pre ľudí, pričom zásadným prvkom je práve ľudský vzťah ktorý definuje pomáhajúcu profesiu. Nelson (In Pavlůvčíková, 2008, s.7) uvádza, že termín poradenstvo „sa používa vo viacerých významoch a možno ho chápať ako špeciálny druh pomáhajúceho vzťahu, rovnako ako súbor intervencií i ako psychologický proces“ Žilová (2003, s. 54) v tejto súvislosti dodáva, že z individuálneho hľadiska je **poradenská činnosť pre nezamestnaných významná** najmä z dôvodov:

- „sociálnej a psychickej pohody nezamestnaného“,
- „nepriameho ekonomického zisku nezamestnaného z dôvodu bezplatnosti poskytovanej služby,
- „rozvoja osobného a sociálneho potenciálu nezamestnaného formou získania nových poznatkov, vedomostí a zručností v oblasti trhu práce, sebapoznávania, sebaapresadzovania, komunikácie so zamestnávateľom a bezprostredným sociálnym prostredím“.

Pričom z pohľadu celospoločenského je poradenstvo pre nezamestnaných:

- „perspektívnu investíciu do kvality pracovnej sily“,
- „bariérou znehodnotenia pracovného a ľudského potenciálu a hodnoty jednotlivca“,
- „predpokladom potrebnej pracovnej mobility populácie“,
- „prevenciou sociálneho napätia v spoločnosti“ a teda „efektívnu ekonomickú investíciu“ (Žilová, 2003, s. 55).

Přihodová (In Oláh, Schavel, 2006, s. 24) dodáva, že v rámci sociálneho poradenstva „vymedzuje slovo sociálne ako spoločenské, ako snahu o zlepšenie alebo zmenu spoločenských pomerov alebo ako starostlivosť spoločnosti o sociálne zabezpečenie svojich občanov“.Vo všeobecnom zmysle možno poradenstvo vnímať ako profesionálnu službu poskytovania odbornej rady, informácií, poučení, návodov na základne vytvoreného vzťahu a spolupráce medzi poradcov a klientom“ taktiež je to „interpretácia poskytovaných informácií a rád s cieľom pomôcť, t.j. ukázať možnosti riešenia na základnej na jednej strane získaných a na druhej strane poskytnutých informácií“ (Žilová, 2003, s. 51). V zmysle uvedeného sociálne poradenstvo „potom môžeme chápať ako profesionálnu odbornú činnosť, vykonávanú odborníkom a založenú na vzťahu, podpore, pomoci, rozvoji, optimálnom uplatnení klienta a jeho reálnej orientácii v živote“, zároveň „slúži na odstránenie, zmiernenie negatívnych javov na jeho začlenenie do spoločenského rámca, rodiny, skupiny alebo komunity“ (Strieženeč, 1999 In Schavel, Oláh, 2010, s. 28). Sociálne poradenstvo vzniká ako ťažisková činnosť na úradoch práce. Predstavuje pomoc jednotlivcom v zmysle

pomoci k svojpomoci. Nabáda k prijatiu zodpovednosti za riešenie svojej situácie so zreteľom na rozhodovanie o pracovnom uplatnení a disponibilné pracovné predpoklady ale aj na situáciu na trhu práce. „Na základnej miestnej znalosti regiónu úradu práce majú možnosť vstupovať internou činnosťou informačno-poradenskými službami, službami odborného poradenstva (výber povolania, pracovné uplatnenie), službami špecializovaného poradenstva (psychologické)“ a taktiež „externou činnosťou (napr. prostredníctvom vzdelávacích organizácií) úzko špecializovanými programami vzhľadom na potreby trhu práce a dispozície nezamestnaných, ktoré by aktivizovali a zdržali schopnosť úspešne zamestnať aj dlhodobo nezamestnaného jedinca“ (Kozoň, 1997, s. 8). Pri riešení dlhodobej nezamestnanosti je dôležité efektívne využívať všetky dostupné formy poradenskej práce. Zásadnú funkciu poradenstva pre nezamestnaných vidíme prevažne v prevencii dlhodobej nezamestnanosti. Tá nepriamo eliminuje napätie v spoločnosti. Samotné poradenstvo však v komunite nestačí, je výrazným prvkom, avšak pri vysokej miere dlhodobo nezamestnaných v určitom regióne je vhodné využívať všetky formy a spôsobysociálnej práce t. j. komunitnú prácu. Samozrejmosťou ostáva, že vychádzame z predpokladu, že najlepšou metódou predchádzania ťažkosti je prevencia pričom sa opierame o názor, že s vysokou frekvenciou nezamestnanosti pribúda množstvo bariér brániacich zamestnanosti, je potrebné a nevyhnutné preto podchytiť klientov ihneď po strate zamestnania. V súčasnosti evidujeme kolektívnu pomoc prostredníctvom klubov práce, ktoré flexibilne vznikajú a zanikajú v závislosti od regionálnych podmienok. Ich cieľom je pomáhať nezamestnaným nájsť si v čo najkratšom čase zamestnanie a učiť ich konštruktívne tráviť voľný čas (Oláh, Schavel, 2006). V závere uvádzame i tzv. laické poskytovanie poradenstva a podpory prostredníctvom internetových stránok poskytujúcich rady pre nezamestnaných kde sa sprostredkujú príspevky z úradu práce a užitočné weby prepájajúce voľné pracovné miesta.

Záver

Nezamestnanosť predstavuje v súčasnej spoločnosti naďalej veľký problém. Negatívne dopady presahujú úroveň jednotlivca smerujúce k problému komunity až celej spoločnosti. Príčin, ktoré spôsobujú dlhodobú nezamestnanosť môže byť niekoľko. Hovoríme o stave dopytu na trhu práce, efektívnosti opatrení politiky zamestnanosti štátu, postoji zamestnávateľov k dlhodobo nezamestnaným a s tým súvisiace rizikové správanie nezamestnaných. Sociálna práca v súčinnosti rôznych efektívnych metód práce prispieva k zníženiu rizika sociálneho vylúčenia nezamestnaných jednotlivcov i členov komunity. Sociálne poradenstvo vnímame ako účinný nástroj riešenia a taktiež ako nástroj prevencie pred vznikom dlhodobej nezamestnanosti pričom predpokladáme, že prostredníctvom výmeny informácií a skúseností dôjde k zlepšeniu preventívnych opatrení a podmienok na trhu práce. „V podmienkach našej spoločnosti je komunitná práca pomerne málo profesionálne a inštitucionálne rozvinutá a málo teoreticky spracovaná. Zjavne a výrazne je u nás využívaná pri živelných“, poprípade iných „pohromách, popri ktorých je riešený aj problém zamestnanosti (nezamestnanosti) členov danej komunity, aj keď často nie komplexne a s tendenciou stabilnosti, ale len dočasnými opatreniami“ (Žilová, 2003, s. 104). Predpokladáme, že upriamením pozornosti dôjde k rozšíreniu potreby využívania trvalej sociálnej práce s komunitou nezamestnaných.

Použitá literatúra

- HANZELOVÁ, E. et. al. 2007. *Dlhodobá nezamestnanosť v kontexte zmien sociálneho systému a trhu práce*. Bratislava, 2007. 86 s. Dostupné na internete: <http://www.ceit.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2007/Hanzelova/Hanzelova.pdf>
- HARTL, P. 1997. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha : Slon, 1997. 221 s. ISBN 80-85850-45-1.
- KOZOŇ, A. 1997. Psychologické fenomény na trhu práce. In *Práca a sociálna politika: odbornometodický mesačník pre otázky zamestnanosti, trhu práce, sociálnych vecí*. s 7-8.
- LEVICKÁ, J. 2008. *Na ceste za klientom : metódy, formy a prístupy v sociálnej práci*. Trnava : ProSio – Oľga Váryová, 2008. 334 s. ISBN 80-9694554-0-8.
- MACÁKOVÁ, S. – POLLÁK, M. a kol. 2008. *Komunitné centrá – OÁZA*. Pre ľudí zo znevýhodnených komunit. Košice : ETP Slovensko, 2008. 46 s. ISBN 978-80- 968196-3-8.
- MAŘÍKOVÁ, H - LINHART, J. – PETRUSEK, M a kol., 1996. *Veľký sociologický slovník*. Praha : Karolinum, 1996, 747 s. ISBN 80-7184-310-5.
- MATOUŠEK, O. 2003. *Slovník sociální práce*. Praha : Portál, 2003. 288 s. ISBN 80 – 7178 594 – 0.
- MATOUŠEK, O. et al. 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha : Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
- NAVRÁTIL, P. 2003. *Romové v české společnosti*. Praha. 2003. 223 s. ISBN 80-7178-741-8.
- OLÁH, M. – SCHAVEL, M. 2006. *Sociálne poradenstvo a komunikácia*. Prešov : Prešovská univerzita. Prevoslávnna bohoslovecká fakulta, 2006. 218 s. ISBN 80-8068-487-1.
- OROSOVÁ, O. a kol. 2009. *Reziliencia, kvalita dospievajúcich a nezamestnanosť ich rodičov*. In *Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou Migrácia – chudoba – nezamestnanosť*. Košice : Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ, 2009. ISBN 978-80-970306-0-5, s. 9-17.
- PAVELOVÁ, E. a kol. 2013. *Komunitná sociálna práca: sociálna práca v komunite*. Bratislava : Iris, 2013. 248 s. ISBN 978-80-89238-79-8.
- PAVLUVČÍKOVÁ, E. 2008. *Psychologické poradenstvo pre partnerov a rodiny*. Prešov : Akcent Print, 2008. 265 s. ISBN 978-80-892-954-87.
- ŠKULECOVÁ, A. - JANKOVSKÝ, J. 2004. *Význam etických aspektů v pomáhajících profesích*. In *Sociální práce/Sociálna práca*. Dostupné na internete: <http://www.socialniprace.cz/index.php?sekce=2&ukol=detail&id=22&clanekid=621>
- VANIER, J. 1998. *Komunita: miesto odpúšťania a sviatkov*. Bratislava : Serafin, 1998. 182 s. ISBN 80-85310-86-4.
- ŽILOVÁ, A. 2003. *Komunitná práca s komunitou s vysokou mierou nezamestnanosti*. Banská Bystrica : Pedagogická fakulta, 2003. 114 s. ISBN 80-8055-721-7.

Kontaktná adresa autora

Mgr. Monika Šovčíková
Ústav sociálnych vied
Pedagogická fakulta
Katolícka univerzita v Ružomberku

KVALITA POSKYTOVANIA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB V KONTEXTE KOMUNITNEJ SOCIÁLNEJ PRÁCE

¹Vansáč Peter, ²Humeníková Mária

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava- Detašované pracovisko
Michalovce, Ústav Bl. Metoda Trčku

²Odbor sociálnych služieb mesta Prešov

Abstrakt

Úvod: Sociálne služby do roku 1989 boli silne inštitucionalizované. To sa prejavovalo tak, že zverenci boli obyvatelia ústavov, o ktorých bolo potrebné starať sa celoživotne bez toho, aby sa dbalo na ich osobný rozvoj a individualitu. Moderné sociálne služby sa snažia o sociálne začlenenie a individuálny rozvoj každého jednotlivca.

Jadro: Vláda Slovenskej republiky vydala dokument *Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015 – 2020*, v ktorom si určila tieto priority: vytvorenie podmienok pre nezávislý život osôb so zdravotným postihnutím, rozvoj, dostupnosť služieb a odstraňovanie bariér, zvyšovanie kvality sociálnych služieb. V prílohe č. 2 k zákonu 448/2008 Z. z. v znení zákona č. 485/2013 sú uvedené podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby v týchto oblastiach: dodržiavania ľudských práv, procedurálnych podmienok, personálnych podmienok, prevádzkových podmienok. Kvalita sociálnych služieb nie je samoučelná, ale smeruje k prijímateľovi sociálnej služby a ten má zaujať postoj spokojnosti. Preto spokojnosť a kvalita sociálnych služieb sú závislé a prijímateľ spokojnosťou vyjadruje, či sa splnili alebo nespĺnili jeho očakávania.

Záver: Do kontextu kvality a spokojnosti prijímateľa sociálnej služby zapadá aj vytváranie komunity z prijímateľov sociálnych služieb, kde by sa každý člen komunity cítil prijatý ostatnými členmi, kde by cítil podporu komunity a kde by sa komunita stala jeho druhou rodinou.

Kľúčové slová: Hodnotenie kvality. Komunita. Kvalita sociálnych služieb. Prijímateľ sociálnych služieb. Spokojnosť.

Abstract

Introduction: Social services were strongly institutionalised till 1989. It manifested in such way that were people of institutes and it was necessary to take care of them their whole life, without taking to consideration their personal improvement and individuality. Modern social services try to create social integration and improvement of each individual.

Core of the work: Government office of Slovak Republic published document *National priorities of improvement in social services for years 2015 – 2020*, in which are defined its priorities: Creating conditions for independent life of people with health handicap: Improvement, affordability of services, and removing barriers, Increasing the quality of social services. In appendix No.2 to law 448/2008 Z.z in form of the law No.485/2013 are listed terms for quality in provision of social services in these spheres: Respect for Human Rights, Procedural terms, Personal terms, Industrial terms. Quality of social services is not purposeless but it leads to recipient of social service and he has to

capture the position of ease. However ease and quality of social services are dependent and recipient expresses by his ease if his expectations were or were not done.

Conclusion: To the context of quality and satisfaction of recipient of social service belongs also creating community from recipients of social services, where each of every member of community would feel accepted by the rest of the members, where he would feel care from community and where community would become his second family.

Key words: Quality assessment. Community. Quality of social services. Recipient of social Services. Satisfaction.

Úvod

Systém sociálnych služieb do roku 1989 vytváral z klientov sociálnych služieb akési neurčité kategórie zverencov, obyvateľov, ktorých život bol v rozpore so záujmami socialistického zriadenia. Takto sa úplne posilňovala inštitucionálna starostlivosť ústavného modelu, ktorý staval obyvateľov ústavu do úlohy zverencov o ktorých je potrebné sa starať a celoživotne pôsobiť prostredníctvom výchovných, vzdelávacích, pracovných alebo iných programov. V moderne chápaných sociálnych službách prevláda model sociálneho začlenenia. Prijímateľ sociálnej služby nemá byť pasívnym príjemcom, ale partnerom v procese plánovania a poskytovania služby.

Stratégia deinštitucionalizácie sociálnych služieb

Vláda Slovenskej republiky schválila Stratégiu deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a národnej starostlivosti a jej zámerom je „*zabezpečenie podmienok pre nezávislý a slobodný život všetkých občanov odkázaných na pomoc spoločnosti.*“ Národné priority sú:

- vytvorenie podmienok pre nezávislý život mladých a dospelých osôb so zdravotným postihnutím, a to formou prechodu z inštitucionálnej starostlivosti na komunitnú starostlivosť,
- rozvoj a dostupnosť služieb, ktoré prispievajú k odstraňovaniu sociálnych bariér a sociálneho vylúčenia so zameraním na priestorovo segregované lokality,
- zvyšovať kvalitu poskytovaných sociálnych služieb.

Kvalita je sociálno - vzťahová kategória a predstavuje sociálnu reprezentáciu hodnoty výrobku či služby vo vedomí konkrétneho človeka, neznamená, že neexistuje aj mimo jeho vedomej kontroly. Kvalita ako vnútorná vlastnosť tovaru alebo služby existuje bez toho, aby odberateľ/ka - používateľ/ka označili tovar alebo službu za kvalitnú (málo kvalitnú, dostatočne kvalitnú či veľmi kvalitnú), nakoľko tovary a služby sa vždy nejakým spôsobom vzťahujú k uspokojovaniu potrieb ľudí (Brichtová, 2014).

Kvalita v sociálnych službách je definovaný na štyroch úrovniach:

Systémová úroveň – znamená, že v každej krajine existuje zodpovedajúca legislatíva, kde v rozličných zákonoch je zaručená základná sociálna starostlivosť a garantované poskytovanie sociálnych služieb v prípade rôznych nepriaznivých sociálnych situácií, pričom poskytovanie služieb je garantované na zodpovedajúcej úrovni. Všeobecne platí, že povolenie poskytnuté verejnými orgánmi získa len ten poskytovateľ sociálnych služieb, ktorý spĺňa zákonom stanovené normy. Príkladom systémovej úrovne kvality sú minimálne štandardy kvality.

Organizačná úroveň - predstavuje tie metódy a koncepcie pre meranie a hodnotenie kvality v službách dlhodobej starostlivosti a v sociálnych službách, ktoré sú nielen riadené na celoštátnej a regionálnej úrovni, ale aj na úrovni jednotlivých organizácií.

Profesionálna úroveň - predstavuje odborníkov, ktorí sú v prvej línii v oblasti riadenia kvality starostlivosti o užívateľov služieb. Profesionálna schopnosť vykonávať tieto úlohy závisí na zručnosti, komunikácii a využívaní vhodných systémov hodnotenia a tiež správnych pokynoch. Táto úroveň predstavuje poskytovateľov sociálnych služieb, ktorí ako zastrešovatelia manažérov v sociálnych službách musia prejsť procesom akreditácie a registrácie.

Užívateľská úroveň – je úroveň, v ktorej sa spája poskytovanie sociálnych služieb s prijímateľmi sociálnych služieb. Postupný posun roly klienta ako prijímateľa sociálnej služby k zákazníkovi spôsobil, že poskytovatelia viac reagujú na tento dopyt a vytvárajú konkurenčné prostredie v sociálnych službách. Avšak aj v prípade zákazníckeho – užívateľského prístupu, musí byť dodržiavaných niekoľko základných pravidiel a podmienok (informovaný súhlas, možnosť rozhodovania pri výbere a typu sociálnej služby, poskytovanie informácií, spokojnosť klientov) (Hromková, 2014). Brichtová a Repková uvádzajú, že riešiteľský tím štúdie *Contracting for Quality* realizovanej v rámci Európskej sociálnej siete (European Social Network) zdôrazňuje, že vo verejných službách, osobitne v službách dlhodobej starostlivosti, nemožno vnímať kvalitu len ako otázku vnútorného riadenia kvality u daného poskytovateľa služby alebo len ako vzťah medzi prijímateľom a poskytovateľom sociálnej služby, ale ako systémovú otázku. V rámci systému sa skúmajú vzťahy medzi aktérmi zastávajúcimi rozličné roly: (legislatívne a regulačné authority; poskytovatelia; tí, ktorí hodnotia potreby služieb a plánujú ich poskytovanie; financovatelia; a prípadoví manažéri) a to, ako ich vzťahy vedú k zabezpečeniu kvality a jej zlepšeniu smerom k zvýšeniu kvality života prijímateľov a prijímateľiek služieb (Brichtová, 2014). V prílohe č. 2 k zákonu 448/2008 Z. z. v znení zákona č. 485/2013 sú uvedené podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby, a tie sú súborom kritérií, prostredníctvom ktorých je definovaný štandard kvality sociálnych služieb v týchto oblastiach:

- dodržiavania ľudských práv;
- procedurálnych podmienok;
- personálnych podmienok;
- prevádzkových podmienok.

Hodnotenie kvality sociálnych služieb

Brichtová a Repková uvádzajú, že inštitútom kvality v oblasti sociálnych služieb sa stal dopracovaný systém hodnotenia podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby. Od roku 2014 ide o prepracovaný a vnútorne veľmi diverzifikovaný systém. Ak by sme sa podrobnejšie zamerali na systém hodnotenia podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby, identifikovali by sme tieto jeho charakteristiky:

- *hodnotenie kvality „zvonku“*
- (hodnotenie vykonávajú poverení zamestnanci a zamestnankyne MPSVR SR, príp. iní prizvaní odborníci a odborničky),
- *hodnotenie zamerané na podmienky, teda vstupy*

- (hodnotia sa podmienky pre poskytovanie kvalitnej služby, teda vstupy, nie efekty podmienok na užívateľov a užívateľky služieb či ostatných aktérov ako výstupy),
- *komplexné hodnotenie podmienok kvality*
- (hodnotenie je zamerané na viacero oblastí podmienok nevyhnutných pre kvalitu – základné ľudské práva a slobody; procedurálne podmienky; personálne podmienky; prevádzkové podmienky),
- *viacúrovňový systém hodnotenia podmienok kvality*
- (každá oblasť podmienok je vymedzená viacerými kritériami, následne štandardmi a indikátormi),
- *zohľadňovanie rozličných perspektív (prijímateľa i poskytovateľa) a váha jednotlivých kritérií*
- (každé kritérium má vlastnú váhu a to podľa miery jeho významnosti pre prijímateľov a prijímateľky a poskytovateľa sociálnej služby),
- *na dokumentácii založené hodnotenie podmienok kvality*
- (hodnotenie posudzujúce splnenie podmienky na základe existujúceho dokumentu, nie na základe hodnotenia procesu napĺňania obsahu tohto dokumentu; napr. existencia individuálneho
- rozvojového plánu klienta či klientky v písomnej podobe, nie hodnotenie dopadu tohto plánu na klienta či klientku),
- *na dôsledkoch založené hodnotenie podmienok kvality*
- (výsledkom hodnotenia je konštatovanie o úrovni plnenia podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby konkrétnym poskytovateľom; od hodnotenia, že podmienky kvality spĺňa poskytovateľ výborne, až k hodnoteniu, že ich nespĺňa a musí prijať opatrenia k ich splneniu aspoň na úrovni „dostatočne“; inak môže MPSVR SR podať podnet na príslušný VÚC na výmaz poskytovateľa z registra) (Brichtová, 2014).

Spokojnosť prijímateľa sociálnych služieb

Podľa slovníka Azet, slovo spokojnosť znamená stav toho, kto je s niečím, s niekým alebo v niečom spokojný. Krupa uvádza, že kvalita je súlad ponuky služieb s potrebami a požiadavkami prijímateľa, ktorý sa nachádza v nepriaznivej životnej situácii. Kvalitné sociálne služby vo vzťahu k ich odberateľovi sú tie, ktoré riešia sociálnu situáciu občana a zároveň odberateľ k nim zaujíma postoj spokojnosti“. Preto všeobecné vysvetlenie významu pojmu spokojnosť akceptujeme aj vo sfére sociálnych služieb, keď je definovaná ako spokojnosť zákazníka (v sociálnych službách klienta, prijímateľa služby a pod.), ktorú on vyjadruje ako určitú vnímanú úroveň, do akej sa splnili jeho predstavy či požiadavky (Božíková, 2006). Podľa Bauera (2000, s.15) zákazníkova spokojnosť patrí k rozhodujúcim faktorom úspechu každej organizácie, pričom pojem spokojnosť vyjadruje ako stav označovaný pre blaho, zadosťučinenie, radosť alebo šťastie (Bauer, 2000). So spokojnosťou zákazníka úzko súvisí aj kvalita poskytovaných služieb. Na základe uvedeného môžeme konštatovať, že spokojnosť je výsledkom komplexného, ale individuálneho psychicko-

skúsenostného a porovnávacieho procesu medzi vnímanou realitou a očakávaním, ktoré je spojené s konkrétnou službou a úzko súvisí s kvalitou. V oblasti poskytovania sociálnych služieb osobitne platí, že vnímaná kvalita a spokojnosť klientov v zariadeniach sociálnych služieb sú významne determinované viacerými špecifickými faktormi. Patrí sem najmä miera telesnej a psychickej úrovne zdravia, vek, predchádzajúce domáce prostredie a kvalita života do príchodu do zariadenia, komunikatívnosť, schopnosť empatie v novej životnej situácii a prostredí, kontakt s rodinou a ostatným okolím a pod. Sú to významné mimoekonomické faktory, ktoré ale zásadne ovplyvňujú a rozhodujú o ekonomických faktoroch či aspektoch hodnotenia kvality poskytovanej sociálnej služby. Spokojnosť patrí k tzv. „mäkkým“ indikátorom. Ide o vnímanie zákazníkov (občanov), do akej miery sú, či nie sú plnené ich očakávania. Čiže ide o pocity a city. Na rozdiel od toho „tvrdé“ indikátory vyjadrujú objektívne skutočnosti. Berry a Parasuraman (1991) rozlišujú dve úrovne očakávania zákazníkov: žiaducu úroveň a akceptovateľnú úroveň. Žiaduca úroveň vyjadruje na akej úrovni by služba mala byť - v sociálnych službách sú to napr. zákonom stanovené štandardy kvality, vrátane merateľných indikátorov. Akceptovateľná úroveň predstavuje kvalitu, ktorú je zákazník ochotný akceptovať. Hranice týchto dvoch úrovní tvoria zónu tolerancie, ktorá je u zákazníkov individuálna (Božiková, 2006).

Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť

Deinštitucionalizácia má byť teda proces prechodu z tradičných zariadení sociálnych služieb (kde sú klienti údajne fyzicky a mentálne izolovaní od bežného života) do komunitných centier, ktoré spolu vytvárajú podmienky pre život zodpovedajúci väčšinovej spoločnosti a tiež vytvárajú podmienky rovnoprávneho občianstva. ***Prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť podľa schváleného Akčného plánu vychádza z nasledovných odporúčaní:***

- rešpektovanie práv prijímateľov a ich zapojenie do procesov rozhodovania,
- prevencia inštitucionalizácie,
- vytváranie komunitných služieb,
- uzatváranie inštitúcií,
- obmedzenie investícií do pôvodných inštitúcií,
- rozvoj ľudských zdrojov,
- efektívne využívanie zdrojov,
- kontrola kvality,
- holistický (komplexný) prístup,
- neustále zvyšovanie informovanosti.

Charakter komunitnej sociálnej práce

Komunitná práca v zmysle zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov, je sociálnou prácou v oblasti poskytovania sociálnych služieb a tým rozumieme podporu aktivít členov miestnej komunity k svojpomocnému riešeniu sociálnych problémov v rámci miestneho spoločenstva, najmä rozvojom sociálnych služieb. Cieľom poskytovaných služieb komunitným spôsobom nie je vykonávať niečo za klienta,

ale pomáhať mu a podporovať ho v tom, aby mohol aspoň niektoré činnosti uskutočňovať sám a v rámci svojich možností realizovať sa v komunite (Vansáč). Podľa Kellera s pojmom komunita je spájané presvedčenie, že aktivity komunitného typu sú realizované v zvláštnej atmosfére, ktorá nie je prítomná v mimokomunitných väzbách. Komunita tvorí akýsi zvláštny svet viac menej oddelený od veľkého, cudzieho sociálneho sveta, ktorý komunitu obklopuje. V tomto zmysle sa zhodujú všetci prívrženci komunity, že komunita vždy existovala, bude existovať a existuje, pretože občania obvykle žijú svoj život spolu s inými občanmi v určitom vyhranenom priestore a spoločná starosť a uspokojovanie ich potrieb ich vedie k tomu, aby navzájom vstupovali do blízkych kontaktov (Keller, 2012). Podľa Matouška (2013) komunitná práca zdôrazňuje participáciu ľudí, rozdelenie a redistribúciu moci, vzájomnú solidaritu a pomoc, mobilizovanie pocitu spolupatričnosti a budovanie udržateľnej komunity. Ďalej Matoušek (2013) uvádza, že úlohou komunitnej sociálnej práce je posilniť schopnosť ľudí zvládnuť znevýhodňujúce a problematické situácie tým, že získajú väčšiu mieru kontroly nad tými okolnosťami života, ktorým je komunita spoločne vystavená (Matoušek, 2013). Šebestová a Mareková uvádzajú, že charakter komunit sa postupom času mení a to v porovnaní trvania komunity ako mikrosвета v protiklade k celej spoločnosti. ***Obraz klasickej komunity je potrebné chápať ako ideálny typ s nasledovnými znakmi:***

- priestorové vymedzenie,
- uznávanie podobných potrieb a hodnôt,
- identifikácia identity,
- neformálnosť vzťahov,
- relatívna veľkosť,
- relatívna nezávislosť na mimo komunitnej realite,
- relatívna autonómia vo financovaní vlastných potrieb.

Pre sociálnu prácu je podstatné, aby odborní pracovníci mali na zreteli skutočnosť, že musia akceptovať biologické, etnické, sociálne, ekonomické, kultúrne, a iné osobitosti obyvateľov „komunity“. Pri práci s členmi komunity by sme nemali na tento dôležitý fakt zabúdať. Ak má byť prioritou sociálnych služieb v rokoch 2015-2020 vytváranie komunit, tak je potrebné, aby si tvorcovia tejto stratégie uvedomili, že jedným zo základných znakov komunity je úplná decentralizácia autority. Komunity nepotrebujú vodcov, ktorí by ich viedli, pretože všetci v nej získavajú podiel na vedení: plachí sú povzbudení, aby sa prejavili, silní naopak necítia potrebu presadzovať svoju silu. Sloboda, ku ktorej komunita požíva a povzbudzuje, umožňuje vznik najefektívnejšieho spôsobu rozhodovania, kolektívneho rozhodovania. Ak aj v komunite je stále formálny „vodca“, jeho úloha sa mení skôr na úlohu facilitátora, teda toho, kto len jemne uľahčuje tento proces rozhodovania v komunite (Šebestová, 2015).

Záver

Kvalita poskytovania sociálnych služieb je silne ovplyvnená poskytovateľom sociálnych služieb, či už ide o verejného alebo súkromného a taktiež aj pracovníkmi, ktorí pracujú v sociálnych službách. Sme presvedčení, že ľudský prvok nesporne prispieva ku kvalite sociálnych služieb a z tohto vyplýva, že sociálni pracovníci a ostatní pracovníci by mali byť osobnostne zrelí a odborne zdaní na pre výkon svojho povolania. Spokojnosť prijímateľov

sociálnych služieb je silne ovplyvnená práve obsluhujúcim personálom, ktorí im tieto služby poskytujú.

Použitá literatúra

BAUER, M. 2000. *Kundenzufriedenheit in industriellen Geschäftsbeziehungen – Kritische Ereignisse, nichtlineare Zufriedenheitsbildung und Zufriedenheitsdynamik*. Wiesbaden: Gabler Edition Wissenschaft. s. 15. ISBN 3-8244-7128-0

BOŽÍKOVÁ, A., KORIMOVÁ, G. 2006. Kvalita sociálnych služieb, In: L'APINOVÁ, E., KORIMOVÁ, G. *Determinanty sociálneho rozvoja, Sociálna ekonomika ako priestor podpory európskeho občianstva*, Zborník vedeckých štúdií, Ekonomická fakulta UMB, Katedra verejnej ekonomiky a regionálneho rozvoja a Inštitút ekonomických vied EF UMB, Banská Bystrica 2006, s. 3-4. ISBN 978-80-557-0600-9. http://www.ef.umb.sk/dsr_2013/index.html

BRICHTOVÁ, L., REPKOVÁ, K. 2014. *Sociálne služby zacielené na kvalitu (v kontexte zmien zákona o sociálnych službách od roku 2014)*, Inštitút pre výskum práce a rodiny Bratislava 2014, s. 27.

HROMKOVÁ, M. 2014. *Problémy pri meraní kvality sociálnych služieb v zariadeniach inštitucionálnej starostlivosti o ľudí so zdravotným postihnutím*. Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnava 2014, s. 86. [online]. [citované 2015-12 -11]. Dostupné na internete: <http://www.crzp.sk/crzpopacxe?fs=6E229A7AFE664B68ADA67D9C85492A9A&fn=docvie>

KELLER, J. 2012. 6. vyd. Úvod do sociologie. Praha: Slon 2005. s. 85, ISBN: 8086429393.

MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY. 2011. *Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012 – 2015*, [online]. [citované 2016 -10 -26]. Dostupné na internete: https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/nap_di.pdf

MINISTERSTVO PRÁCE SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY. 2014. *Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015 – 2020*, s. 30 -32. [online]. [citované 2015-11-26]. Dostupné na internete: <http://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/narodne-priority-rozvoja-socialnych-sluzieb.html>

ŠEBESTOVÁ, P., MAREKOVÁ, H. *Deinštitucionalizácia zariadení sociálnych služieb a komunitná sociálna práca*, In: Revue spoločenských a humanitných vied, Ročník 3, číslo 3-4 2015, ISSN 1339-259X, [citované 2016 -10 -26]. Dostupné na internete: http://revue.vsdanubius.sk/rocnik_3_cislo_3_2015

VANSÁČ, P., KMECOVÁ, J.: Individuálny plán klienta domova sociálnych služieb s akcentom na duchovné potreby, In: CHOVANEC, J. – ANDREJIOVÁ, L., - ŠRENKEL, J (eds.): *Individuálne plánovanie a individuálny plán v sociálnych službách* Zborník príspevkov z medzinárodnej vedecko – odbornej konferencie, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o. v Bratislave, Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča v Prešove, Osadné 2013, s.151-158, ISBN 978-80-8132-091-0.

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov v znení zákona č. 317/2009 Z. z., nález Ústavného súdu Slovenskej republiky č. 332/2010 Z. z., zákona č. 551/2010 Z. z., zákona č. 50/2012 Z. z., zákona č. 185/2012 Z. z., zákona č. 413/2012 Z. z., zákona č. 485/2013 Z. z., zákona č. 185/2014 Z. z., zákona č. 219/2014 Z. z. a zákona č. 376/2014 Z. z.

Kontaktná adresa

doc. ThDr. Peter Vansač, PhD.

Partizánska 23, 071 01 Michalovce,

email: vansac.p@gmail.com, pvansac@sinet.sk

**INVOLVEMENT IN THE LABOR MARKET OF THE HIGH SCHOOL
GRADUATES
(IN TERMS OF THE BORDER AREA OF CENTRAL AND EASTERN EUROPE)**

Varha Natalia, Holonich Ján
Uzghorod National Universitet
Department of Sociology and Social Work

Abstract

The process of functioning of the border area it self involves the presence of many value-regulatory systems, formal and informal mechanisms for the achievement of vital goals, but it can be interpreted as well as freedom of activity of the individuals in terms of the absence or attenuation of the general value-normative systems of the regulation of behavior. In terms of an international comparative study "Youth of the border area of Central and Eastern Europe" (May 2015), a number of issues was devoted to the topic of the graduates' employment experience, main areas of employment and views on the essence of work.

Key words: Occupation. Employment. Border area. Part-time employment. Self-employment.

Introduction

In terms of modern international approach, a border is a line used for the delimitation of national territory, moreover, it is a physical boundary which defines the territory of a particular state. A border determines the main function of the state, which consists in the formation of a territorial basis for the operation of all systems and subsystems of the national sovereignty. The term "space" is actual to use in terms of the border regions, which in turn can combine three types of border areas: zones, so-called "poles" and administrative units (Гранбегра, 2000). As noted by a scientist D.V. Sergeev, residents of border areas are more socially mobile and enterprising. Rhythm of life of the population of border regions significantly differs from the rhythm of life in other areas (central area for instance). Based on this, the conditions and trends in functioning of border areas is an extremely interesting topic for studying (Социология, 2003). A Ukrainian sociologist Yuriy Savelyev also studies the notions "center" and "periphery" when considering the possibility of European integration for Ukraine, Belarus and Moldova, calling these countries "Eastern-Europe frontier" (Савельев, 2012). Border of the crossing civilizations is a place of contrast between different cultures, ideologies, combats of different identities. We can easily say that two types of cultural processes are going to be localized on the border territory: the crystallization of opposition and mutual adaptation of the main practices of interaction. The result of crystallization is the segregation of cultures and settlements, and increase in the competition between the parties. The result of the process of adaptation is the interpenetration of cultures (Hungarian, Slovakian, Romanian words penetrate in the language of the population of the Transcarpathian region). The process of transferring the content of the term periphery on the term border area is underlined in the paradigm of the border areas of Eastern and Central Europe. According to this concept, if a border area is considered as a form of a periphery, it is directed to different centers, which articulate different values. Herewith, the territory and its population may be attracted two different civilization centers at one time. The result

of this process can be a valuable "desolation" of the border area. If we consider a border territory as a kind of a periphery, then it represents the outflow of all creative points of view to the civilization centers, hence, a border population as the population of the periphery poorly expresses main values and cultural specificity of the center. Such a decisive position determines a center area as a preferential zone of identities and resources which attracts other areas. This concept follows the conceptualization of the term "core-periphery" represented by Valerstein. Modern Transcarpathia - consciously or unconsciously - demonstrates itself as a borderline area in all possible dimensions. It combines fragments of different socio-cultural directions that reflect its multi - vector relationships and trends. The idea of singling out this border sub-civilization combines two criteria - the territorial and cultural, territorial defines a region and cultural reflects cultural characteristics which allows to refer a certain region to a sub-civilization. Features of the Eastern - European border area are not shown in radical varieties specific to its standards and values, but that the "borderline" conditions of the existence in these countries (regions) prevent the implementation of values and practices of everyday life declared by the population. The existence of a border territory implies the presence of many value-normative systems, formal and informal mechanisms for achieving goals in life, but they can be interpreted as freedom of the subjects' activity under the conditions of absence or attenuation of the general value - normative systems of the regulation of behavior.

Temporary, Secondary Employment of the Graduates of the Border Area: Comparative Analysis

One of the two blocks of questions from the questionnaire in the international comparative sociological survey was dedicated to the research of views of the school graduates living in a border area. It was regarded to the topic of a temporary employment, enterprise and attitude to the work. The research entitled as "Youth on the border territory of Central and Eastern Europe" was held in 2015 in Ukraine in the following towns (Lviv region, Transcarpathian region, Kharkiv region), also in other neighboring countries as Hungary (Nyíregyháza) and Poland (Rzeszów). In the responses of the youth labour takes a material direction and becomes means of financial benefits. 22.3% of the interviewed students of Nyíregyháza (Hungary) and 5.5% of the youth of Kharkiv region (Ukraine) have clear position that those people should work who really want to work. A number of values that define the vector of life of today's youth has a very low critical degree of importance, for instance: "realization of your abilities" - 11.7% in Nyíregyháza (Hungary) to 17.0% in Rzeszów (Poland); "bringing benefits to the city, village" 1.4% in Nyíregyháza (Hungary) to 9.9% of the responses of the students in Lviv region; "labour is the most important thing in life" – from 2.8% to 10.5%. Theory of motivation by Maslow where dominate basic values such as food, protection, development and self-realization associated with reproduction of a self-identity. This situation confirms the position followed by a number of scientists, that in the youth environment the notion "work" has lost its intrinsic value and is perceived as a tool for achieving certain goals in life and a way to ensure a normal life for themselves and their families (Константиновский, 2014).

Table I Statements on Labour of High School Graduates

	Transcarpathi an region	Kharkiv region	Hungary (Nyiregyhaza)	Lviv region	Poland (Rzeszow)
Realization of Your abilities	13,9	16,1	11,7	16,1	17
Ensuring a normal life to You and Your family	54,1	35,5	49,9	50,8	41,8
Obtaining high profits	12,8	17,1	17,5	8,9	18,4
Gaining independence, self- determination	6	5,1	8,4	3,3	7,1
Offering benefits to the city, village	6,2	8,2	1,4	9,9	2,4
Someone who wants to work - should work	9,2	5,8	22,3	6,9	7,1
Work is the most important thing in life	6,6	8,4	2,8	10,5	2,4

Youth is more likely to be employed in temporary jobs. For young workers, changeable employment is a so-called springboard for the integration into the labor market, it makes it possible to combine work and studying, get the necessary experience and gain some experience, the availability of which is now one of the primary conditions that is put forward by employers of young workers. The greatest risk of actual underemployment exists for persons of retirement age (60-70 years) and youth (15-24 and 25-29). On the one hand, they are less interested in getting jobs for full time than other age groups, on the other hand employers are more likely to hire members of other age groups under the same equal conditions. A set of non-standard forms of employment varies and can include a variety of forms of activity. Part-time are considered to be workers with employment contracts for a specified period of time or who perform a certain amount of work, and also do seasonal, occasional or one-time work [5, p.252]. Temporary, changeable or occasional employment (employment based on fixed - term contracts on the basis of contracts for a certain amount of work, seasonal employment etc.) has become widespread in our country under the conditions of a transitional economy, as a strategy of adaptation to changing conditions. These forms nonstandard employment in terms of rational use of working time were beneficial only to the employer since it allowed to hire workers on short time and do not have a staff member who will not be loaded with work for a certain period of the year, and whom an employer needs to pay a fixed salary; or overload already existing staff of workers that would definitely lead to

a deterioration in the quality of products or services. For temporary or occasional workers a rational use of working time does not play any role, and these forms of nonstandard employment may only deteriorate their situation in terms of employment guarantees, level of remuneration, etc., but not for students who are studying. Regarding the experience of employment, the formal employment (employment contract, agreement) with a significant advantage prevails among graduates of Nyíregyháza (Hungary), it contains 33.7%. It is related to those factor that most of the respondents are 19 years old, meaning that they can work officially, combining studying and work and volunteer activity which can serve as an experience for getting a future profession. However, it should be noted that unofficial work without a contract generally prevails among the interviewed respondents; it contains a third part of all respondents. Full or part-time employment prevails among the respondents of the towns Transcarpathian region (Ukraine) and Kharkiv region (Ukraine) - 11.9%. Unofficial work without a contract receives the highest percentage among all the respondents (from 32.7% to 44.9%) not including the respondents of Nyíregyháza (Hungary). 44.9% of the students of Rzeszów (Poland) work without an employment contract. This fact confirms that unofficial employment is characteristic not only for our country. As a result of the global informatization of society, the development of a modernized computer opportunities a telework becomes increasingly popular –a telecommuting out of the office. A number of employees of the given sphere of work, so-called "freelancers" is steadily increasing every year. With the development of information technology and the Internet freelance work is becoming more popular, which allows employees to perform certain tasks in a more comfortable environment. This is the main positive feature of this type of employment. Positive aspects of this type work include the following: a free choice of profession and place of work, comfortable schedule, no restrictions on age and sex, which promotes the increase of productivity of work and availability of more free time

Table №1 The Idea of a Future Occupation of High School Graduates, %

	Transcarpathian region	Kharkiv region	Hungary (Nyiregyháza)	Lviv region	Poland (Rzeszow)
Stable, reliable work-daily work for several hours at the same time at the workplace	34	28	25,9	34,7	58,8
A stable, reliable work, which can be performed both at work and at home	41,2	52,3	44,3	52	19,7
Work at home, regardless of the duration and type of contract concluded with the employer	5,3	4,9	6,7	4,8	8,5
Full-time work with the possibility of further undermining	7,3	5,8	17	2,6	6,1
Work according to the agreement, temporary contract	6,2	1,6	1,7	3,8	1
Other	3,2	3,3	3,1	0,8	2,4

Main types of work for the juveniles are the following: employment in agriculture, repair works, in the locksmith, furniture workshops, underworking in advertising, courier services, utility work at industrial enterprises, trading, catering, social services (care for the elderly, disabled) (Дидковская, 2007). Seasonal employment in the sphere of construction (41.9%) and production (34.5%) dominates among the interviewed graduates, especially among the graduates of the Transcarpathian region (Ukraine). Perhaps the students were involved in these types of work during the summer holidays, which allowed them to combine studying and work at one time. Work in advertising prevails among the respondents of the Lviv region (Ukraine) - 16.4% and Kharkiv region (Ukraine) - 10.3%. Employment in agriculture prevails among the respondents of the city Rzeszow (Poland). Employment experience in the trade area was marked in the questionnaire of the graduates of Rzeszow, Nyiregyháza and Lviv region - 15%. This fact is quite surprising, as far a significant number of people living in the border areas is involved in commuting which is related to the difference between the prices of border areas. Perhaps this type of trade is a smuggling in most cases that's why it was not marked in the answers of the interviewed respondents. Main desire of the graduates concerning their future occupation is employment in the private sector. Probably the majority of respondents relates a private sphere to high incomes and significant material benefits. Desire to work in this area significantly exceeds among the interviewed graduates of the Lviv region (Ukraine) - 50.8%. About a quarter of respondents willing to create their own business

(23.5% - 28%), while only 3.3% of the interviewed graduates in the Lviv region. The largest percentage of the interviewed graduates of the city Nyíregyháza (Hungary) has the desire to work in the public sector, perhaps it is due to the quite good social guarantees and wages of civil servants. About a quarter of the interviewed graduates wish to create their own business, except for the 3.3% of respondents in the Lviv region. This rate is quite high among the interviewed, because in general, only about 10-15% of all people have a tendency to start an entrepreneurial activity, which is always correlated with risk, initiative and persistence of each character. Regarding the desire to move abroad, the largest percentage of respondents also prevails among the graduates of the cities Rzeszów (Poland) - 19.7%, Transcarpathian region (Ukraine) - 18.0% and Nyíregyháza (Hungary) - 15.6%. The theory "center - periphery" prevails at this territory, according to which we can observe the outflow of the population to more advanced centers.

Conclusions

The results of our research demonstrate the interest of high school graduates in the subject of their future occupation. As well as the representatives of foreign countries (Poland, Hungary), Ukrainian graduates are also primarily motivated by material factors, the ability to earn for themselves and their families, The consideration of labor as means of achieving material prosperity dominates among the respondents. In terms of difficult employment situation young people will have, perhaps, sacrifice their professional expectations and orientations. There is no significant difference between the respondents from different regions in their answers to the questions what a work, future jobs and employment experience present in whole. Of course, in the current conditions young people have to adapt by implementing high labor mobility. Important fact is young people show their willingness to do beneficial work, work hard to ensure the material well-being of their families, regardless of whether the character of future occupation will match the obtained specialty. In addition, they show their willingness to change professional activity due to the appearance of various non-traditional, non-standard forms of employment in the labor market which allow combining work and studying. Additional earnings and partial employment of the school students can be viewed as a part of "growing up." Getting your own money is considered as a proper practice of adaptation to adult life. In addition, due to the working experience graduates have the possibility to accumulate human capital and social connections, communication skills, ability of adopting to different situations. Basic ways of getting a proper job are probably social connections, contacts and networks of mutual support which may become a valuable social capital in the nearest future.

Literaturer

ГРАНБЕРГА А. Г (ред.). 2000. Международные и внешне экономические связи субъектов Российской Федерации. Учебное пособие. М.:Р. с. 243–244.

СОЦИОЛОГИЯ, 2003. Энциклопедия. М.:Р. 2003. с. 968.

САВЕЛЬБЕВ, Ю. 2012. Социология в поисках сущности современности: систематизация теорий общества модерна и модернизации. Социология: тория, методы, маркетинг. 2012. № 3.

КОНСТАНТИНОВСКИЙ, Д.Л. 2014. Вознесенская Е.Д., Чередниченко Г.А. (2014) Молодежь России на рубеже XX–XXI веков: образование, труд, социальное самочувствие. М.:Р. с. 78

КАПЕЛЮШНИКОВ, Р.И. 2014. В тени регулирования. Неформальность на российском рынке труда. Издательский дом Высшей школы экономики, 2014. с.252.

ДИДКОВСКАЯ, Д.И. 2007. Социализация молодежи. Человек и труд. №8. М.:Р. с. 132–135

Трансграничье в изменяющемся мире Журнал. (2010) Забайкальский государственный гуманитарнопедагогический университет им. Н. Г. Чернышевского. Чита.№ 1. Режим доступа [www http://elibrary.ru/titl](http://elibrary.ru/titl)

About the author

PhDr. Varha Natalia

Associate Professor of the Department of sociology and social work, Ukraine, Uzhhorod National University, The Faculty of Social Sciences, Department of Sociology and Social Work

email: ignatola23@gmail.com

SOCIÁLNA OPORA ČLOVEKA V RÁMCI KOMUNITY PROSTREDNÍCTVOM SAKRÁLNYCH OBJEKTOV

Žilová Anna

Abstrakt

Článok je venovaný sociálnej opore človeka v rámci komunity. Konkrétne drobným sakrálnym pamiatkam ako spirituálnej opore človeka. Vychádza z doterajšieho vedeckého poznania. Poukazuje na potrebu spirituálnej podpory. Prezentuje výsledky regionálneho výskumu v danej oblasti.

KLúčové slová: Sociálna opora. Spirituálna opora. Drobné sakrálne objekty. Religiozita.

Summary

The article is devoted to social support a person in the community. Specifically, small sacral monuments as the spiritual support of man. Based on prior scientific knowledge. Pointing to the need for spiritual support out. Presents the results of regional research in the area.

Key words: Social support. Spiritual support. Small sacral objects. Religiosity.

Sociálna opora človeka

Každý človek v behu svojho života vstupuje do množstva interpersonálnych interakcií, vzťahov a väzieb k druhým osobám, ku skupine a k širšej spoločnosti. Prostredníctvom takéhoto sociálneho procesu je jednotlivcovi prístupná sociálna opora, t.j. „akýsi sociálny fond, z ktorého je v prípade potreby možné čerpať“ (Šolcová, Kebza, 1999, s. 20). Mareš a kol. (In: Petrušek, M., 1996, s. 102) definuje sociálnu oporu ako „uspokojenie základných sociálnych potrieb prostredníctvom sociálnej interakcie“. Sociálna opora pôsobí ako účinný nárazník (J. Keller, In: Petrušek, M., 1996, s. 520 – 522), ktorý stojí proti stresu, čím ho tlmi. Z hľadiska sociálnej psychológie sociálna opora je súhrnným vyjadrením pre informácie alebo aktuálne konanie, ktoré vedie jednotlivca k presvedčeniu, že si ho ostatní ľudia vážia, stoja o neho a v prípade potreby sú mu ochotní poskytnúť pomoc a starostlivosť (K. Heller, 1979). Hlavným cieľom poskytovanej sociálnej opory, je uľahčiť zvládanie resp. prežívanie. V epidemiologických štúdiách J. Cassel v r. 1974 zistil, že v dôsledku narušených sociálnych pomeroch, vzťahoch sa ľudia stávajú viac *zraniteľnými v oblasti fyzického zdravia aj duševnej pohody*. Popísal častejší výskyt závažnejších ochorení, úrazov a otrav, horšie výsledky liečby a rehabilitácie u ľudí žijúcich v nestabilnom rodinnom prostredí. Zistené handicapy vysvetlil nedostatkom sociálnej opory s tým, že u týchto ľudí sa hromadili nepriaznivé účinky psychosociálnych stresorov a to spôsobili zhoršenie ich zdravotného stavu. Sociálna opora a jej význam pre človeka bola do nedávnej minulosti vnímaná ako výrazne pozitívny prvok sociálnych vzťahov. Až v poslednom období začínajú viacerí autori upozorňovať na to, že samotný faktor sociálnej opory môže byť rovnako zdrojom pozitívnych i negatívnych zážitkov (odvrátená tvár sociálnej opory: pocity menejcennosti spojené s prijímanou soc. oporou, možné znižovanie sebaúcty, osobné straty, problémy v interpersonálnych vzťahoch) (Šolcová, Kebza, 1999; Výrost, Baumgartner, 2001). Sociálna opora je poskytovaná (a prijímaná) rôznymi formami a rôznymi cestami.

Podľa Housea, 1981, In: Šolcová, Kebza, 1999) z hľadiska jej obsahu je možné vnímať:

- **emocionálnu oporu** (poskytovanie dôležitých emócií);
- **informačnú oporu** (sprostredkovanie informácií alebo rád, ktoré pomáhajú vyrovnávať sa s osobnými problémami);
- **inštrumentálnu oporu** (praktické druhy pomoci alebo hmotná, materiálna pomoc).
- Podľa iných kritérií môžeme rozlíšiť individuálnu sociálnu oporu a inštitucionálnu sociálnu oporu (podľa toho, či je jej zdrojom človek alebo inštitúcia). Sociálna opora môže ďalej byť anticipovaná alebo získaná.

Medzi zdroje sociálnej opory sú radené: **prirodené zdroje**, ktoré tvoria najbližší príbuzní (rodičia, manžel/ka, súrodenci, deti...); **komunitné zdroje**, medzi ktoré patria inštitúcie, združenia, hnutia, mimovládne organizácie, štátne organizácie. V súlade s realitou, obsahom a poslaním tohto článku pridávame, že **aj zdroje vytvorené človekom v jeho vedomí alebo vo fyzickej podobe** (Boh a jeho milosrdenstvo, pomoc núdznym, sakrálné objekty a symboly a i.)

V tomto príspevku sa chceme venovať **spirituálnej opore**, ktorú vnímame ako súčasť emocionálnej opory, resp. ako samostatný druh (podobne ako pri štruktúre osobnosti človeka) sociálnej opory z hľadiska členenia podľa obsahu poskytovanej sociálnej opory. So sociálnou oporou tesne koreluje pojem sociálna sieť, čo je termín v hlavnej miere na označenie sociálnych väzieb medzi ľuďmi. Medzi najvýznamnejšie zložky sociálnej siete v nepriaznivo sa vyvíjajúcich životných situáciách človeka vo vzťahu k sociálnej opore patria: kvalita sociálnych vzťahov, ich recipocita, intenzita, bohatosť a adekvátnosť (podobne: Šolcová, Kebza, 1999; Sarason, Pierce, Sarason, 1990, Lehoczka a kol. 2015).

Religiozita, viera, sakrálné objekty

Stríženec (2001) definuje **religiozitu** ako systém presvedčení o Bohu alebo inú nadľudskú silu, ktorá je sprevádzaná správaním vyplývajúcim z týchto presvedčení ako sú rituály, modlitby, návšteva kostola, či bohoslužie apod. Autor ďalej uvádza, že religiozita znamená osobný a kladný vzťah človeka k náboženstvu (Bohu), zahŕňajúci komplex javovo, najmä rôzne formy myslenia (dimenzie poznatkov – náboženské presvedčenie), prežívania (náboženské city) a konania (kult, aktivita zameraná na náboženské spoločenstvá). V osobnosti veriaceho človeka má náboženstvo obvykle integračnú a usmerňujúcu funkciu. Dôkazom potreby náboženstva sú túžby po náboženskej skúsenosti, ktoré zisťujú prítomné v rôznych kultúrach. Zdroje náboženských potrieb osobnosti sa chápu rozlične: ako vrodené alebo inštinktívne, ako výsledok vývinu osobnosti (S. Freud, E. F. Erikson), morálneho vývinu (L. Kohlberg), ako snaha človeka po zmysle (V. Frankl), potreba vzťahu k niekomu Inému (M. Buber). Podľa hierarchickej teórie ľudských potrieb (A. H. Maslow) náboženstvo uspokojuje aj nižšie sociálne potreby (napr. pomocou sociálnych programov), umožňuje prejavy lásky (členstvo v skupine), prispieva k sebarealizácii (zmysel života, súbor hodnôt). (prevzaté: Výrost, J. a kol., 1998). **Viera** v širšom slova zmysle je pevné presvedčenie o určitom jave, získané obvykle na základe svedectva inej osoby. Zahŕňa kognitívny aspekt a emočný aspekt, ktorý vplýva na konanie. Pri zrelej religiozite náboženstvo predstavuje vedúcu životnú duchovnú silu pre človeka a prispieva k integrácii jeho osobnosti. V tomto článku nehovoríme o nesprávnom náboženskom postoji ako ho uvádza H.J. Fraas, (1990),

ktorý rozlišuje štyri nesprávne náboženské postoje ako: prehnaná, čudácka, deformovaná a pomätená religiozita (In: Výrost, J. a kol, 1998). Pri výskume Gartnera a kol. celkovo sa ukázalo, že religiozni ľudia žijú dlhšie, majú menší sklon k samovražde, delikvencii, menej používajú drogy alkohol. Pri zvnútornenej religiozite je menšia depresivita a anxieta. Náboženstvo sa tiež ukázalo ako pozitívny činiteľ pri zvládání náročných situácií (Schmitz, 1992). Vzhľadom na zodpovednosť a úroveň aktivity človeka a Boha K. I. Pargament a kol, 1990 rozlíšil tri štýly riešenia náročných životných situácií a to: sebariadenie, podriaďovanie, spolupráca s Bohom). (In.: Výrost, J., a kol., 1998). Ako **sakrálny** (posvätný, svätý, zasvätený božstvu) **objekt** je označovaný posvätný predmet, posvätné miesto, svätyňa, posvätný výkon alebo bohoslužba, ale aj obraz a socha (Špaňár, J., 1969). Tento pojem v našich krajinách sa spája predovšetkým s kresťanským náboženstvom a objektmi kresťanského kultu. Pre potreby nášho článku budeme hovoriť o sakrálnom objekte ako o malej sakrálnej stavbe a o drobnom sakrálnom objekte. Ide o architektonické formy ako napr. kaplnka, Božie muky, zvonička, kríže, sochy svätcov, obrazy (podľa Buganová, K., 2005). Interpretácia a porozumenie sakrálnym objektom je daný kultúrou danej krajiny (Drozenová, W., 2001). Drobný sakrálny objekt ako znak môže byť interpretovaný vo viacerých rovinách, ale hlavne ako znak kresťanstva a ako znak konkrétnej kultúry.

"Posvätné miesta sú tie, ktoré posvätením alebo požehnaním na to predpísaným liturgickými knihami, sú určené na božský kult alebo na pochovávanie veriacich." (kánón 1205 Kódexu kánonického práva).

Komunita

Slovo komunita je sociálny útvar charakterizovaný vonkajšími aj vnútornými znakmi na dvoch úrovniach, ktorými sú:

- sociálne väzby medzi členmi v rámci vlastnej komunity
- sociálne väzby a špecifické postavenie komunity v rámci širšieho sociálneho prostredia (Petrušek, M., 1996).

Regionálna (sídelná) komunita má charakteristiky, ktorými sa odlišuje od širšieho sociálneho prostredia. **Obyvatelia tejto komunity majú:**

- charakteristické citové, intelektuálne a kultúrne vzťahy s ostatnými členmi komunity,
- podľa Petruska M. (1996) majú konkrétne vzťahy k miestu bydliska,
- môže ich viazať spoločný osud, pozitívne aj negatívne životné situácie,
- majú podobné a často zhodné etické **normy a hodnoty**,
- sú v podobnej ekonomickej situácii a na konkrétnej spoločenskej úrovni.
- Komunita pre prácu so svojimi obyvateľmi a na zabezpečenie ich fyzickej a psychosociálnej pohody a bezpečia musí mať vytvorené (Žilová A., 2003)
- **bytovú výstavbu a infraštruktúrnú vybavenosť** komunity, ktorá bude rešpektovať a uspokojovať potreby obyvateľov komunity
- **materiálne podmienky** na realizáciu rôznych druhov spoločenských aj verejných stretnutí, sociálnych kontaktov (priestory, základné prostriedky, adekvátne technické vybavenie, administratívne zabezpečenie iné),
- **informácie, komunikačné prostriedky** (kanály, kontakty) – zabezpečiť, aby boli prístupne, zrozumiteľné a v dostatočnom množstve,

- **prostriedky podporujúce interpersonálne vzťahy** v rámci komunity, ich kvalita, ktorá predstavuje a ovplyvňuje psychosociálnu klímu v sociálnom prostredí, jej stabilitu, dynamiku (napr. priestory na spoločenské stretávanie, prostriedky sprostredkovanej komunikácie, na uspokojenie psychosociálnych a **spirituálnych potrieb**, architektonickú úpravu priestorov a rozmiestnenie objektov spoločenského využívania, ale aj obytných priestorov tak, aby bol zabezpečený intenzívny, náhodný kontakt členov komunity a iné),
- **vyškolených pracovníkov** pre prácu s komunitou a pre prácu so staršími osobami na úrovni realizácie, koncepcie, metodiky pomoci v rámci komunity,
- **finančné prostriedky**,
- **podporu podnikateľského prostredia** v rámci komunity a iné.

Systém sociálnej opory je chápaný ako určitý „naráznikový“ či „tlmiaci“ systém, ktorý chráni ľudí proti potenciálnemu škodlivému vplyvu stresových udalostí. Tí, ktorí disponujú takýmto silným systémom sociálnej opory, sa preto javia lepšie vybavení k zvládaniu záťažových životných zmien i každodenných bežných mrzutosti. S. Cohen a T. H. Wills“ (In: Výrost, J., a kol., 1998). Ak má človek okolo seba dobrých ľudí, s ktorými má dobré vzťahy, ide o jednu z významných hodnôt v jeho živote. Takýto človek sa podstatne rýchlejšie začleňuje do skupiny, lepšie a sa adaptuje na rôzne situácie, a to všetko prispieva k duševnej vyrovnanosti, pohode a celkovému zdraviu. Takýmto spôsobom sa budujú sociálne vzťahy a rozrastá sa sociálna sieť okolo daného jedinca. V prípade, že dôjde k narušeniu sociálnej opora zo strany iných ľudí, človek hľadá sociálnu oporu v prostredí inštitúcií (alebo na obidvoch rovinách). Veľmi často ako alternatívu vyššie uvedených zdrojov sociálnej opory, alebo aj ako ich súčasť, človek hľadá **spirituálnu oporu**. Tá môže byť získavaná prostredníctvom *náboženských rituálov, modlitby, návšteva kostola, účasťou na bohoslužbe alebo návštevou malého sakrálneho objektu – kaplnky, sochy a pod.*

Výskumné zistenia v oblasti významu sakrálnych objektov ako spirituálnej opory pre jednotlivca

Výskum bol realizovaný v r. 2015 v rámci štúdia 3. stupňa Ľubomírom Krajčírikom pod vedením Františka Dluhoša na Pedagogickej fakulte Katolíckej univerzity v Ružomberku (Krajčírik, Ľ., 2016, nepublikované). Bol realizovaný u 523 respondentov (10,7% mužov a 89,3% žien) vo veku od 19 do 59 rokov, kde skoro polovica respondentov (47,6%) tvorili mladí ľudia vo veku od 19 do 24 rokov. Z hľadiska miesta bydliska 42,8% resp. bývalo v meste a 57,2% na vidieku. Na základe výpovedí respondentov hodnotením životných situácií na 5 - stupňovej Likértovej škále boli vytvorené konštrukcie novej premennej, ktorá zohľadňuje váhu všetkých výpovedí a je rozdelená do dvoch „protikladných“, kumulatívnych výpovedí. Z výskumu vyberáme tieto zistenia:

Spiritualita respondentov:

Spiritualita respondentov sa javí ako vysoká, 85,4% respondentov verí v duchovný rozmer života, čo odráža aj presvedčenie, vieru v ich živote. 84,4 % respondentov vieru v živote považuje za dôležitú. 4,1% neverí v duchovný rozmer života a 2,9 respondentov pokladá vieru v živote človeka za nedôležitú. 86% respondentov uviedlo, že sú veriacimi. Bez ohľadu

vyjadrenie svojej viery a jej dôležitosti v živote človeka, 34% respondentov uviedlo, že medituje každý deň a 3,3 % nikdy nemedituje.

- ***Vzťah respondentov k sakrálnym objektom (kumulatívna hodnota)***

Prevažne dobrý vzťah k sakrálnym objektom v predmetnom výskume vyjadriло 56,2%, skôr zlý vzťah uviedlo 13,9% respondentov. Respondenti sa tiež mali možnosť vyjadriť k tomu ako hodnotu, aký význam majú pre nich sakrálné objekty. Z ponúkaných deviatich hodnôt: estetická, informačná, duchovná, reprezentatívna, náboženská, kultúrna, pamiatková, umelecká, historická, najčastejšie prvé miesto prisúdilo 33,8% *náboženskému významu* sakrálného objektu, 31,7% duchovnému významu a 1,7 informačnej hodnote sakrálného objektu.

- ***Sociálna opora sakrálného objektu (sakrálnej kultúrnej pamiatky)***

Vo vzťahu k téme nášho príspevku je významná skutočnosť akú sociálnu oporu nachádzajú respondenti pri sakrálnych objektoch/sakrálnych pamiatkach, ktoré boli respondentom ponúkané v rámci aj iných možností sociálnej opory. Najväčšiu sociálnu oporu, 88,9% respondentov uviedlo, že je to v stretávaní sa s priateľmi, druhú najväčšiu oporu (87,9%) respondenti uviedli svojich partnerov. Polovica respondentov uviedla, že sociálnu/duchovnú oporu nachádza v sakrálnom objekte. Štvrtina opýtaných uviedla, že je to internet a facebook. Pri charakteristike, aký význam má pre respondentov sakrálny objekt z ponúkaných možností: nemá pre mňa význam, odpočinok, prosba, spomienka, úľava od bolesti, zastavenie, modlitba; 89,6% respondentov uviedlo, že sakrálny objekt je *miestom pre modlitbu*.

- ***Výskumné zistenia podľa vybraných triediacich znakov***

Z hľadiska *bydliska*, respondenti z vidieka neprikladajú taký kultúrny význam sakrálnemu objektu ako respondenti z mesta. Respondenti z vidieka vnímajú sakrálny objekt ako miesto prosby silnejšie ako respondenti z mesta. Pri umelo vytvorenej premennej „*celkový vzťah k sakrálnym objektom*“ sa preukázalo, že vo vyšších *vekových kategóriách* (41 a viac rokov) je pozitívnejší vzťah k sakrálnym objektom ako u vekovo mladších kategórií respondentov. Tiež respondenti vyšších vekových kategórií intenzívnejšie pociťujú sociálnu oporu sakrálnych objektov ako kategórie vekovo nižšie. Pre respondentov s *dobrymi rodinnými vzťahmi* (oproti rodinám s horšími rodinnými vzťahmi) je sakrálny objekt:

- silnejším miestom pre modlitbu
- silnejším miestom pre odpočinok.

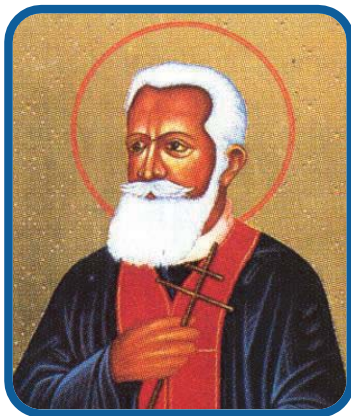
Z výsledkov výskumu je zrejmé, že v sociokultúrnom prostredí Slovenska sakrálné objekty sú vnímané aj využívané ako sociálna opora prostredníctvom návštevy sakrálného objektu, modlitby, prednesenia prosby a i. Silnejšia tendencia k takémuto vnímaniu a využívaniu sakrálného objektu je u vekovej kategórie 40+ ako u mladšej kategórie, viac z vidieka ako z mesta, viac u respondentov, ktorí zažívajú v rodine pozitívne vzťahy. V tejto súvislosti a „z príkazu poslanca vedeckej konferencie“ sa natíska otázka, čo je príčinou a čo je následkom: Napr. „Dobry vzťah v rodine je príčina, či následok využívania sakrálnych objektov ako sociálnej (spirituálnej) opory?“ „Je táto realita hodná odovzdávania mladšej generácii?“ „A kým a akými prostriedkami?“

Záver

V prípade absencie sociálnej opory, jej nedostatočného fungovania alebo neochoty jednotlivca využiť existujúci sociálnu oporu fungujúcu na bezprostredných sociálnych vzťahoch, môže jednotlivec obrátiť svoju pozornosť aj na spirituálnu podporu prostredníctvom svojej viery a konkrétnych sakrálnych objektov, musí ich však mať k dispozícii vo svojom „dostupnom“ sociálnom aj fyzickom prostredí. Ale nie je možné vnímať iba takto uvedenú postupnosť využívania sakrálnych objektov ako sociálne/spirituálnej opory, táto možnosť prirodzene vzniká a existuje aj v rovnocennom a obrátenom poradí.

Použitá literatúra

- BUGANOVÁ, K.: Postavené roku Pána. Košice: 2005
- DROZENOVA, W.: Krajina jako metafora. In: Tvář naší země – Krajina domova. Sv. 3 Duchovní rozměr krajiny. Lomnice nad Popelkou: 2001.
- HELLER, K.: The effects of social support: Prevention and treatment implications. In: Goldstein, A.P. – Kanter, F.H (eds.): Maximizing treatment gains: Transference enhancement in psychotherapy. San Diego, ca, Academic Press 1979, s. 353 – 382.
- KELLER, J.: 1996. Sociálny konflikt. In: M. Petrušek a kol. Veľký sociologický slovník. Praha: 1996, s. 520 – 522.
- Kódex kánonického práva, CIC. 1983.
- KRAJČÍRIK, L.: Sakrálné objekty ako prvok sociálnej opory človeka. Dizertačná práca. Školiteľ: František Dluhoš, Pedagogická fakulta Katolíckej univerzity v Ružomberku. Ružomberok: 2016, nepublikované.
- LEHOCZKÁ, L., Rosinský, R.: Sociálna sieť v živote marginalizovaných rómskych komunit. Nitra: 2015.
- MAREŠ, J., Rybářová, M., Lašek, J.: Dvě sondy do dětského zvládnání zátěžových situací. In MAREŠ, J., Furman, A.: Školní psychologie 96. Hradec Králové, 1996, s. 101-110.
- PETRUSEK, M.: Teórie sociálnych sítí. In: Veľký sociologický slovník, Praha: 1996, s. 512.
- SARASON, I.G., -PIERCE, G.R., -SARASON, B.R.: Social support and interactional processes: a triadic hypothesis. J. of Social and Personal Relationships, 7, 1992, s. 495-506.
- STRÍŽEČNÍK a kol. Religiozita, spiritualita a osobnosť, Vybrané kapitoly z psychológie náboženstva, Bratislava: 2006,
- ŠOLCOVÁ, I., -KEBZA, V.: Sociální opora jako významný protektivní faktor. Československá psychologie, 43, 1990, 1, s. 19-38.
- ŠPAŇÁR, J.: Latinsko-slovenský a slovensko-latinský slovník, 2. Vyd. Bratislava: 1969.
- VÝROST, J., Baumgartner, F.: Sociálna opora a osamelosť. In Výrost, J., Slaměnik, I. (Eds.): Aplikovaná sociální psychologie II, Praha: 2001, s. 113-128
- ŽILOVÁ, A.: *Komunitná práca s komunitou s vysokou mierou nezamestnanosti. Banská Bystrica: 2003.*



Ošetrovatel'stvo



NEBOJME SA „SPREVÁDZANIA“

¹Balogová Eva, ²Bramušková Jarmila

¹Fakulta zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity so sídlom v Banskej Bystrici,

²Nemocnica Zvolen, a. s.

Abstrakt

Zomieranie ľudí predstavuje rôzne dlhý, viac alebo menej intenzívny proces. Začína v momente stanovenia diagnózy nezlučiteľnej so životom, kedy možno v relatívne blízkej budúcnosti očakávať nástup terminálneho štádia ochorenia. Je obdobím, v ktorom dominuje úzkosť, strach, neistota, beznádej. Zároveň je obdobím hľadania zmyslu života a zmierenia sa s vlastnou smrteľnosťou. Cieľom príspevku je priblížiť jednotlivé modely umierania a na základe vlastných skúseností s umieraním príbuzných v domácom prostredí primäť čitateľa k zamysleniu sa nad hlbším významom sprevádzania blízkeho človeka na poslednej ceste života.

KLúčové slová: Hospicová a paliatívna starostlivosť. Sprevádzanie. Terminálne ochorenie. Zomieranie.

Abstract

Dying represents a process with variable length, which can be more or less intensive part of a human life. Diagnosis introduces the process, when terminal stage of disease can be expected in a relatively short time. This is a period dominating anxiety, fear, insecurity, despair. It is also a period of searching for the meaning of life and reconciling with death. The aim of the display is to elucidate individual models of dying, based on personal experiences with dying relatives in home environment, to compel the reader to ponder over the deeper meaning in accompaniment of a relative on their last way.

Key words: Hospic and paliative care. Accompaniment. Terminal disease. Dying.

Úvod

Podľa Dobříkovej a Slamkovej (2009) predstavuje zomieranie rôzne dlhý, viac alebo menej intenzívny proces v živote človeka, s ktorým sa jedinec buď dokáže úplne alebo čiastočne vyrovnáť, alebo toho vôbec nie je schopný. Priebeh ochorenia, opakované hospitalizácie a sociálna izolácia ovplyvňujú kvalitu zostávajúceho života. Z eticko-psychologického hľadiska začína zomieranie vyslovením diagnózy nezlučiteľnej so životom, kedy možno v relatívne blízkej budúcnosti očakávať nástup terminálneho štádia ochorenia. Čas zomierania je pre všetkých zúčastnených obdobím, v ktorom dominuje úzkosť, strach, neistota. Strach zo smrti, bolesti, utrpenia, opustenosti, odkázanosti na druhých, ale aj starosť o rodinu. Veľa zomierajúcich upadá do beznádeje, stráca zmysel existencie, má pocit nespravodlivosti, hnev. Umierajúci často reagujú podráždené, nejavia záujem o pomoc a prevláda u nich negativizmus. Napriek tomu potrebujú, aby ich niekto vypočul, pochopil a ubezpečil, že v tomto ťažkom období nebudú sami.

Modely umierania

Smutne preto vyznieva skutočnosť, že nikdy v minulosti neboli umierajúci takí osamotení ako dnes. Ľudia zo smrti nemali taký strach. Umierali doma, v kruhu širokej rodiny. Aj malé deti sa tmolili okolo postele umierajúceho starého rodiča a nik ich nevyháňal zo strachu, že to pre ne bude psychický šok. Takto sa hneď od detstva naučili prijímať smrť ako prirodzenú súčasť života. Dnes väčšinou dávame príbuzného umierajúceho odviezť do nemocnice buď preto, že veríme vo všemohúcnosť medicíny a myslíme si, že umierajúcemu pomôže alebo dokonca navráti život, alebo preto, že sa bojíme bezprostrednej blízkosti umierajúceho. Rovnako ako narodenie, je súčasťou života aj starnutie a smrť. V súvislosti so starnutím populácie sa objavujú nové etické problémy. V ich popredí je nutnosť zachovať dôstojnosť človeka až do konca jeho života (Vagovičová, Puteková 2013). Tak ako malé deti vyžadujú stálu prítomnosť a opateru dospelých, ani zomierajúci nesmú zostať sami a opustení. Podľa možnosti by mali posledný úsek svojho života stráviť tam, kde si to želajú, v spoločnosti, ktorá akceptuje individualitu ich osobnosti, dokáže rešpektovať potreby vyplývajúce z jedinečnosti danej situácie a poskytuje istotu, že pri zvládaní náročnej životnej etapy nebudú sami. Ľudia väčšinou dúfajú, že umrú tam, kde žili, v kruhu rodiny, známych. Podľa autorov príručky o sprevádzaní (kolektív autorov, 2016) 75% z nás nechce umierať v nemocniciach a zariadeniach pre dlhodobu chorých. Napriek tomu presne toľko ľudí tam svoju životnú púť končí. Organizácia starostlivosti a veľký nápor práce na ošetrojúci personál neumožňujú nepretržitú prítomnosť a poskytnutie pocitu ľudskej blízkosti, ktorú umierajúci potrebuje. Hospitalizácia v nemocnici dokáže uľahčiť posledné okamihy života človeka v rovine medicínskej a ošetrovateľskej, chýba však sociálny aspekt pomoci umierajúcemu. Ľudia zomierajú opustení v spleti infúzných hadičiek, obklopení chladnou medicínskou technikou, často bez prítomnosti inej ľudskej bytosti. Nie je to v rozpore s právami zomierajúcich? Prejavom úcty k pacientovi a snahy pomôcť mu môže byť zo strany ošetrojúceho lekára aj citlivo podaná informácia o vyčerpaní všetkých medicínskych možností liečby, ktorá vytvorí priestor na prijatie faktu, že choroba sa preklopila do terminálneho štádia a starostlivosť o pacienta nabera iný cieľ- snahu o zachovanie čo najlepšej kvality života a pohodlia pacienta. Pravda týkajúca sa zdravotného stavu musí byť spojená s nádejou, že existuje spôsob, ako zvládnuť toto náročné obdobie so všetkou úctou a ľudskosťou. Správne podanie pravdy je predpokladom akceptácie blížiaceho sa konca života, umožňuje pacientovi aj rodine zamerať sa na to, čo je v tejto chvíli najdôležitejšie a poskytuje silu pre hľadanie riešenia ako ísť ďalej. Elizabeth Kübler-Rossová (1991) odporúča rešpektovať želanie pacienta a jeho rodiny týkajúce sa miesta starostlivosti v terminálnom štádiu. Ak sú pacient a jeho rodina vo fáze zmierenia so smrťou a prajú si starať sa o umierajúceho v domácom prostredí, malo by im to byť umožnené.

V závislosti od prostredia, v ktorom umierajú dlhodobu a nevyliciteľne chorí, rozlišujeme nasledujúce modely umierania:

- domáci, tradičný model
- inštitucionalizovaný model
- hospicový a paliatívny model (Gulášová et al., 2010)

Domáci (tradičný) model starostlivosti o umierajúcich je v porovnaní s minulosťou uplatňovaný zriedkavo. Podľa Haškovcovej (1996) sa tento model spája s viacerými

výhodami, ale aj nevýhodami. Nesporným benefitom je, že o umierajúceho sa podľa tradícií starajú príbuzní, ktorí sa mu snažila uľahčiť posledné dni života v domácom prostredí, v kruhu rodiny. Vďaka skúsenosti, ktorú tak ľudia získavali od malička, sa každý človek prirodzene učil umeniu sprevádzať zomierajúceho a zároveň získaval osobnú skúsenosť s okamihom smrti. Psychickú podporu rodine poskytovali susedia a kňazi. „*Umieranie malo podobu sociálneho aktu*“ (Haškovcová, 1996, s.135). Naproti tomu ľudia bez rodiny umierali bez pomoci, v biede. Problémom domáceho modelu bola aj skutočnosť, že v prípade potreby nebola dostupná profesionálna pomoc lekára, čoviedlo k vzniku **inštitucionálneho modelu** umierania. Mnohí pacienti v terminálnom štádiu ochorenia trpia závažnými zdravotnými problémami, ktoré im neumožňujú zostať posledné chvíle života v domácom prostredí, ale nútia ich vyhľadať pomoc v často neosobnom prostredí nemocnice. Prerušenie rodinnej tradície, kedy si rodina pomocou odovzdávania, ale aj vlastných skúseností vedela poradiť so sprevádzaním umierajúceho je podľa nášho názoru ďalším z faktorov, ktoré vedú k tomu, že ľudia svojich umierajúcich príbuzných umiestňujú na nemocničné lôžko. Umieranie sa vytesnilo z bežného života a presunulo za biele pleny chladných nemocničných izieb. Snaha o uplatnenie výhod domáceho a inštitucionálneho modelu umierania viedla k rozvoju **hospicového hnutia**. Hospic je filozofia, respektíve koncepcia, ktorá nemusí byť viazaná na konkrétne miesto. Ide o starostlivosť so špecifickým zameraním. Vykonávať sa môže kdekoľvek, kde sa nachádza osoba, ktorá túto starostlivosť potrebuje (Hanzlíková, 2010). Hospicová filozofia vyzdvihuje myšlienku úcty k životu a zomieranie vníma ako prirodzený proces. Jej snahou nie je urýchliť ani predĺžiť tento proces, len ho uľahčiť a urobiť znesiteľným. S hospicovou starostlivosťou úzko súvisí aj **paliatívna medicína a paliatívna starostlivosť**. Podľa Vorlíčka et al. (2004) je zdravotná starostlivosť v odbore paliatívna medicína poskytovaná ako ambulatná alebo ústavná starostlivosť. Ústavnú zdravotnú starostlivosť v odbore poskytujú hospice, oddelenia a jednotky paliatívnej medicíny. Ambulantne sa starostlivosť poskytuje prostredníctvom mobilných hospicov, ambulancií paliatívnej medicíny alebo stacionárov paliatívnej medicíny. Podľa Martinkovej (2010) je umieranie veľmi psychicky náročný proces a prístup k zomierajúcemu je ovplyvňovaný vlastným postojom k umieraniu a smrti. Osobnosť, ktorá pracuje v paliatívnej a hospicovej starostlivosti by mala byť vyrovnaná, osobnostne zrelá a vysporiadaná so smrťou. Mala by disponovať altruistickým cítením, ale tak isto jej nesmie chýbať ani určitá miera egoizmu, ktorá by chránila pred prílišnou zaangažovanosťou vo vzťahu k pacientovi. Paliatívnu starostlivosť je dôležité realizovať vo všetkých rovinách ľudskej existencie. Uspokojíť všetky potreby terminálne chorého a umierajúceho pacienta, vytvoriť okolo neho atmosféru lásky, bezpečia a pokoja nemôže samozrejme jeden človek. Uspokojovanie potrieb terminálne chorého a umierajúceho pacienta si vyžaduje humánnosť, rešpektovanie všetkých etických princípov, erudovanosť, manažérske schopnosti, psychickú pohodu a fyzickú zdatnosť. Tímová spolupráca s odborníkmi, no nepochybne aj s rodinou chorého je absolútne nevyhnutná (Halušková, Tkáčová, 2012).

Umieranie v prirodzenom prostredí domova

Podľa Haškovcovej (2000) existujú dva typy domácej hospicovej starostlivosti:

- laická starostlivosť - HOME HELP
- odborný, profesionálny typ starostlivosti - HOME CARE

Laická starostlivosť zahŕňa rodinnú starostlivosť, starostlivosť blízkych, susedskú výpomoc, starostlivosť dobrovoľníkov, cieleňú sociálnu pomoc štátnej správy a samosprávy.

Odborný typ starostlivosti je doplnkom alebo náhradou laickej starostlivosti a obdobie jej poskytovania určuje lekár. Je integrovanou formou zdravotnej, sociálnej a laickej starostlivosti. U osamelých klientov nahrádza prostredníctvom odborne vyškolených dobrovoľníkov rodinných príslušníkov. Stacionárna hospicová starostlivosť sa označuje aj ako semiambulantná. Spočíva v tom, že pacient príde ráno do hospicu a popoludní alebo večer sa vracia domov. Predpokladá sa však blízkosť hospicového stacionára v mieste bydliska. Vďaka domácej ošetrovateľskej alebo ambulantnej forme hospicovej starostlivosti chorý nemusí opustiť svoje prirodzené sociálne prostredie, čím sa vytvára priestor pre ľahšiu adaptáciu na zmenenú životnú situáciu a elimináciu obáv z následkov vyplývajúcich zo zhoršovania zdravotného stavu (Dobříková, Slamková, 2009). Terminálne štádium nevyliciteľne chorého člena rodiny predstavuje pre jeho najbližšie okolie obrovskú životnú skúšku, ktorá každého konfrontuje s otázkami života a smrti. Zvoliť vhodný prístup k umierajúcemu človeku je nesmierne náročné, vyžaduje obrovskú dávku empatie a úcty k trpiacemu človeku. Pre rodinných príslušníkov predstavuje sprevádzanie ťažko chorého človeka v jeho poslednej etape života veľkú výzvu. Práve oni môžu svojou blízkosťou vytvoriť pacientovi pocit istoty a bezpečia. Ich ochota pomôcť znamená pre chorého obrovskú oporu, umožňuje mu naplno pocítiť ľudskú prítomnosť. Významnú úlohu zohráva neverbálna komunikácia, predovšetkým dotyky, ktoré sú podľa Friedlovej (2005, In Andráší et.al., 2015) mostami v komunikácii medzi dvoma svetmi. Dotyky chápe umierajúci ako symbol spolupatričnosti istoty. Od sprevádzajúceho sa vyžaduje, aby akceptoval rozhodnutia chorého týkajúce sa akýchkoľvek medicínskych či ošetrovateľských intervencií, mal by tiež akceptovať požiadavky týkajúce sa samotného umierania, aj keď sú v rozpore s jeho vlastnými predstavami. Len tak sa môže zomierajúci vyrovnat' s neľahkou životnou situáciou hlboko vo svojom vnútri (kolektív autorov, 2016). Moderná medicína disponuje rôznymi metódami a postupmi, ktorými dokáže eliminovať bolesť, úzkosť, depresie a nepríjemné klinické prejavy sprevádzajúce terminálne štádiá ochorenia, čím môže značne uľahčiť život pacienta a jeho príbuzných. Pomoc profesionálov je potrebná nielen z hľadiska zvládnutia niektorých ošetrovateľských intervencií či bolestí, ale je zároveň psychickou podporou a zabezpečením príbuzných, že umierajúcemu je aj v domácom prostredí poskytnutá najlepšia možná starostlivosť. Úbytok životnej energie skôr či neskôr vedie k závislosti na pomoci iných pri uspokojovaní esenciálnych ľudských potrieb. Pre väčšinu ľudí to znamená stratu dôstojnosti a pocit, že sú bremenom pre tých, ktorých majú najradšej. Umierajúci človek sa nemusí vedieť sám obliecť a najesť, či vyprázdniť črevá a močový mechúr. Môže byť plne odkázaný na každodennú starostlivosť blízkych alebo cudzích ľudí aľahko tak môže prísť o kúsky identity, ktoré vyrastali z vlastnej reputácie a obrazu seba samého ako človeka. Počas umierania, kedy už človek nie je schopný sám zvládať svoje telesné potreby, môže zaniknúť pocit vlastnej ceny a vôbec všetko, čo dávalo jeho životu zmysel a dôstojnosť sa

postupne vytráca (kolektív autorov, 2016). Zomierajúci preto potrebuje porozumenie, pocit akceptácie jeho osobnosti, vrátane potrieb vyplývajúcich z meniaceho sa zdravotného stav a opakované ubezpečenie, že choroba a bezmocnosť mu neuberajú na dôstojnosti. Posledné dni pred smrťou sa človek odvracia od vonkajšieho okolia, je plne zamestnaný vlastnou situáciou, nezriedka sa rozpráva s už zosnulými príbuznými. Sprevádzajúci musia vycítiť, či ich prítomnosť v tomto okamihu nie je rušivá. Odmietnutie netreba považovať za nedostatok lásky, ale v danom okamihu je potreba byť sám pre zomierajúceho veľmi dôležitá, umožňujúca mu ľahší odchod. Každé zomieranie je jedinečné a pre toho, kto sprevádza svojho blízkeho na ceste do večnosti je síce bolestnou, ale výnimočnou udalosťou. Sprevádzajúci sa stáva bezprostredným účastníkom okamihu zmierenia sa umierajúceho s vlastnou smrteľnosťou, má priestor na vyjadrenie lásky, poprosenie o odpustenie a poďakovanie za všetko, čo pre neho umierajúci urobil.

Záver

Záverečná fáza ľudského života si zaslúži byť obdobím spokojnosti, v ktorej sa majú prebúdzat' pocity hrdosti na seba samého, svoje osobné hodnoty a hodnoty, ktoré po sebe človek zanecháva. Neopust'me svojich blízkych, venujme tých niekoľko týždňov či mesiacov, ktoré umierajúcim zostávajú opakovanému ubezpečovaniu, že budeme pri nich vtedy, keď to budú najviac potrebovať. Každý si zaslúži odísť z tohto sveta s vedomím ľudskej spolupatričnosti a obklopený tými, ktorých mal najradšej.

Použitá literatúra

- ANDRÁSI, I. a kol. 2015. *Spirituálne potreby pacientov v paliatívnej starostlivosti*. Martin: Osveta. 120 s. ISBN 978-80-8063-441-4.
- DOBRÍKOVÁ, P., SLAMKOVÁ, E. 2009. Nároky na sestry sprevádzajúce zomierajúcich v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti. In: *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. ISSN 1339-4193. roč. 2, č. 3, s. 142 – 144.
- GULÁŠOVÁ, I., ŠVECOVÁ, J., BREZA, J., RIEDL, I. 2010. Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o umierajúceho pacienta. In: *Judičková a kol. Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť základný predpoklad kvality života pacientov*. Dostupné online na: http://www.pulib.sk/elpub2/FZ/Mizenkova1/pdf_doc/12.pdf
- HALUŠKOVÁ, E., TKÁČOVÁ, L. 2012. Rodina v paliatívnej starostlivosti. In *Zborník Quo vadis hospic....* Bardejov, 2012. ISBN 978-80-8132-068-2, s. 119-126.
- HANZLÍKOVÁ, A. 2010. Poskytovanie hospicovej starostlivosti vdomácom prostredí. In: *Sprevádzanie. Pacient, rodina a blízki v hospicovej starostlivosti*. Vedecké a odborné príspevky z III. Medzinárodnej konferencie pracovníkov v hospicovej starostlivosti. Martin: Hospice, o.z. s. 96–102. ISBN 978-80-970593-9-2.
- HAŠKOVCOVÁ, M. 2009. *Thanatologie*. Praha : Galén. 191 s. ISBN 80-7262-034-7.
- KOLEKTÍV AUTOROV. 2016. *Sprevádzať až do konca*. Príručka pre rodinných príslušníkov ťažko chorých a umierajúcich ľudí. Bratislava: Slovenská katolícka charita. 41 s. ISBN 978-80-972270-5-0.
- KUBLER-ROSSOVÁ, E. 1991. *Život a umieranie*. 1. vyd. Hradec Králove: Signum Unitatus. 220s. ISBN80-85439-04-2.

MARTINKOVÁ, J. 2010. Osobnostné predpoklady a rola sestry v paliatívnej a hospicovej starostlivosti. In: *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. ISSN 1337-9917. roč.3, Supplement 2, s. 32-33.

VAGOVIČOVÁ, E., PUTEKOVÁ, S. 2013. Etické aspekty starostlivosti o seniorov v ošetrovatelstve. In: *Diagnóza v ošetrovatelstvi*. ISSN 1801-1349. roč. 9, č.6, s.18-19.

VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. 2004. *Paliatívni medicína*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 544 s. ISBN 80-247-0279-7.

Kontaktná adresa

PhDr. Eva Balogová, PhD.,
FZ SZU so sídlom v Banskej Bystrici
Sládkovičova 21
974 05, Banská Bystrica,
email: eva.balogova@szu.sk

NALIEHAVÉ A ZÁVAŽNÉ STAVY V KOMUNITĚ

¹Bramušková Jarmila, ¹Balogová Eva

¹Fakulta zdravotníctva SZU v Bratislave so sídlom v B. Bystrici

Abstrakt

Naliehavé a závažné stavy v komunite môžeme zaradiť do skupiny hromadných nešťastí, ktorých riešenie naberá za posledné desaťročie svoj pozitívny vývoj. S rozširovaním faktorov, ktoré zapríčiňujú vznik takýchto nešťastí, dochádza v dnešnej dobe k snahe skvalitňovať postup riešenia hromadných nešťastí. Napomáha tomu najmä zlepšenie spolupráce jednotlivých zložiek integrovaného záchranného systému, ktorá je organizovaná a cieleňá. Prostredníctvom plánovaných cvičení sú zapojené do spolupráce aj jednotlivé zdravotnícke zariadenia. Plánované cvičenia umožňujú členom jednotlivých zložiek integrovaného záchranného systému v spolupráci s operátormi operačných stredísk a zamestnancami zdravotníckych zariadení, nacvičiť správne postupy, ktoré vedú k odstraňovaniu následkov hromadných nešťastí. Dôležité je, aby jednotliví členovia zásahu v prednemocničnej zdravotnej starostlivosti v spolupráci so zamestnancami nemocníc mali možnosť si vyskúšať, ako bude prebiehať zásah v prípade reálneho hromadného nešťastia. Pri riešení následkov hromadných nešťastí a počas poskytovania zdravotnej starostlivosti zostáva stredobodom vždy pacient, ktorého ďalšie prežitie, ako aj jeho kvalita života závisí práve od poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

Keľúčové slová: Hromadné nešťastie. Katastrofa. Prednemocničná starostlivosť. Zdravotná starostlivosť. Pacient. Triedenie ranených.

Abstract

We can classify urgent and serious conditions in the community within a group of mass casualty incidents, and their solution has been taking in positive development for the past decade. With expansion of the factors which cause occurrence of such disasters, nowadays there are efforts to improve solution procedure of mass casualty incidents. In particular, cooperation improvement helps it regarding individual units of Integrated Rescue System; this cooperation is organised and targeted. By the means of planned training exercises, also individual medical facilities are joined in the cooperation. These planned training exercises enable the members of individual Integrated Rescue System units, in cooperation with operators of emergency response centres and staff of medical facilities, to rehearse correct procedures which lead to elimination of mass casualty incident consequences. It is important for individual intervention members in pre-hospital health care, in cooperation with employees of hospitals, to have an opportunity to try out how such intervention will run in case of a real mass casualty incident. In consequences solution of mass casualty incidents and during health care provision, the patient remains the centre of attention because their survival as well as their quality of life depends exactly on the health care being provided.

Key words: Mass casualty incident. Catastrophe. Pre-hospital care. Health care. Patient. Triage of the injured.

Úvod

História ukazuje, že poskytovaná pomoc pri hromadných nešťastiach bola skôr chaotická. Za pokrok môžeme považovať vznik Svetovej zdravotníckej organizácie v povojnovom období, ktorá spolu s oživením Organizácie spojených národov prispela ku globálnemu riešeniu problematiky hromadných nešťastí (Bulíková a kol., 2011). Vývoj ľudskej spoločnosti priniesol so sebou aj hrozbu rôznych nahliavých a závažných stavov, ktoré sa v súčasnosti nazývajú hromadnými nešťastiami. Sú to napríklad požiare, potopy, ale aj zemetrasenia, či vojny, ktoré vznikajú na rôznych územiach vo svete. Potenciálnym rizikom takýchto, či podobných stavov v spoločnosti je v súčasnosti aj vývoj priemyslu a technológie, ale aj terorizmus, ktorý je tak často skloňovaný. Práve terorizmus sa považuje asi za najzávažnejší a najobávanejší faktor, ktorý zapríčiňuje hrozbu vzniku hromadných nešťastí, preto by malo byť v našom záujme, ale najmä v záujme celej spoločnosti, aby bola pripravená v prípade potreby poskytnúť adekvátnu pomoc zo strany zabezpečenia zdravotníckej pomoci. Tá musí byť nielen profesionálna, ale najmä presne organizovaná, aby každý účastník pomoci vedel, čo má robiť a kde je jeho miesto počas zásahu.

Hromadné nešťastia a katastrofy

Bulíková a kol. (2011) hovoria, že z hľadiska slovenskej legislatívy je katastrofa definovaná ako mimoriadna udalosť, pri ktorej dôjde k narastaniu ničivých faktorov a ich následnej kumulácii v dôsledku živelnéj pohromy a havárie. Na základe skúseností členov jednotlivých záchranných zložiek je možné povedať, že kritériom pre katastrofu je počet postihnutých viac ako 50, bez rozdielu na počet mŕtvych, či zranených. Za postihnutých je potrebné považovať všetkých, ktorým je možné poskytnúť zdravotnícku pomoc a transportovať ich do zdravotníckeho zariadenia. Štetina a kol. (2000) uvádza, že k počtu 50 postihnutých je potrebné smerovať všetky preventívne, represívne, asanačné a renovačné opatrenia. Rozdiel medzi katastrofou a hromadným nešťastím je, že hromadné nešťastie má kvantitatívne menší dopad na človeka a spoločnosť v porovnaní s katastrofou.

K základnej charakteristike katastrofy patrí:

- náhly a nečakaný vznik,
- hromadný výskyt postihnutých (viac ako 50),
- nedostatok času na rozhodovanie a riadenie záchranných prác,
- panika a emočný stres,
- oneskorenie v začatí liečby a odsunu,
- nedostatok personálu, prostriedkov zdravotníckej techniky a liekov,
- nebezpečenstvo vzniku epidémií (Bulíková a kol., 2011).

Ku charakteristickým znakom hromadných nešťastí patrí:

- príčina – živelná, geofyzikálna, meteorologická, ľudská činnosť (sopky, zemetrasenia, výbuchy, požiare, terorizmus,.....),
- lokalizácia – ojedinelý výskyt, mnohopočetný výskyt (letecká havária, tornádo, terorizmus,.....),
- pravdepodobnosť – jasná, neurčitá (povodne, zemetrasenia),
- začiatok – postupný, náhly (hurikán, bankský výbuch),

- trvanie – krátke, dlhé (zrútenie domu, toxicita rôznych druhov materiálov),
- výskyt – častý, zriedkavý (tornádo, povodeň) (Šimko, Babík a kol., 1997).

Hromadné nešťastia na Slovensku

Slovensko sa nachádza v pásme, v ktorom sa živelné pohromy vyskytnú len ojedinele, ale neznamená to, že život ľudí je na Slovensku ohrozený menej, než niekde inde vo svete. Hromadné nešťastia sa nevyhýbajú ani nášmu územiu, môžeme spomenúť napríklad výbuchy v handlovských baniach, prípadne viaceré letecké nešťastia, či havárie vlakov (Šimko, Babík, 1997). Pri takýchto nešťastiach sa predpokladá, že bude ranených, či mŕtvych väčší počet, preto si všetky spomenuté situácie vyžadujú zásah väčšieho počtu zdravotníkov, ktorí by mali byť pripravení na zvládnutie takýchto situácií. Aktivujú sa však aj ostatné nevyhnutné zložky (polícia, hasiči, armáda, civilná obrana, či dobrovoľníci).

Bulíková a kol. (2011) uvádzajú, že najväčšie hromadné nešťastia a katastrofy na Slovensku boli napríklad:

- 2009 – veterná smršť s búrkou na Pohode (spolu takmer 400 obetí).
- 2009 – zrážka osobného vlaku s autobusom pri Polomke (12 mŕtvych a 26 zranených z autobusu a 15 zranených z vlaku),
- 2007 – havária autobusu pri Hriňovej (4 mŕtvi a 34 zranených),
- 2007 – výbuch vo Vojenských opravovniach v Novákoch (8 mŕtvych a viac ako 40 zranených),
- 2006 - havária vojenského lietadla AN 24 (42 mŕtvych a 1 prežil),
- 2004 – veterná smršť vo Vysokých Tatrách.

Integrovaný záchranný systém

Integrovaný záchranný systém (IZS) je koordinovaný postup jeho zložiek pri zabezpečovaní ich pripravenosti a pri vykonávaní činností a opatrení súvisiacich s poskytovaním pomoci v tiesni. V IZS pôsobia:

- Základné záchranné zložky: Hasičský a záchranný zbor, Záchranná zdravotná služba kontrolné chemické laboratóriá civilnej ochrany, Horská záchranná služba SR a Banská záchranná služba SR.
- Ostatné záchranné zložky: Armáda SR, Slovenský červený kríž, závodné, či obecné hasičské zbory (Bulíková a kol., 2011).

Osobitné postavenie v rámci integrovaného záchranného systému majú útvary Policajného zboru, ktoré sa podieľajú na poskytovaní bezodkladnej pomoci v tiesni v rozsahu úloh Policajného zboru. Jednotlivé zložky IZS musia spolupracovať tak, aby vzájomne koordinovali svoju činnosť. Ich aktivácia sa spúšťa prostredníctvom operátorov operačných stredísk záchrannej zdravotnej služby (OS ZZS SR) v príslušnom kraji, ktorí zároveň zabezpečujú monitorovanie danej situácie. Významnú úlohu zohráva vzájomná komunikácia medzi operátormi OS ZZS SR a zasahujúcimi zložkami, ktorá vo veľkej miere ovplyvňuje priebeh riešenia udalosti s hromadným postihnutím osôb.

Triedenie ranených

Bulíková a kol. (2011) udáva, že hromadné nešťastie je mimoriadnou udalosťou s hromadným výskytom ranených, ktorá kladie na zdravotníkov vysoké nároky. Nevýhodou danej situácie je, že vznikne nepomer medzi potrebou poskytovať pomoc raneným a kapacitou zdravotníckych zariadení v blízkosti miesta nešťastia. V teréne zabezpečuje zdravotnícku pomoc záchranná zdravotná služba, ďalšiu starostlivosť zabezpečuje v zdravotníckych zariadeniach zdravotnícky personál príslušnej nemocnice. Triedenie ovplyvňuje organizáciu na mieste nešťastia v chaotických podmienkach. Zdravotnícke triedenie (triáž) je rozdeľovanie zranených do príslušných skupín podľa závažnosti, druhu a charakteru postihnutia tak, aby mohla byť poskytnutá včasná zdravotnícka pomoc a následný transport zraneného. Triedenie je založené na krátkom vyšetrení zraneného, zhodnotení vitálnych funkcií, celkového a psychického stavu. Počas niekoľkých rokov sa vyvinulo začalo používať niekoľko systémov triáže. Je však potrebné poukázať na skutočnosť, že aj napriek používaniu rôznych systémov triedenia, všetky majú spoločné niektoré črty. Väčšina systémov triedenia rozdeľujú pacientov do štyroch základných skupín, ktoré sú označované príslušnými farbami:

- Červená farba (priorita 1) – kritická skupina pacientov, ktorí potrebujú neodkladnú pomoc. Patria sem pacienti s kritickými zraneniami, ktoré si vyžadujú ošetrovanie v krátkom čase a po ich ošetrovaní budú mať pozitívnu prognózu na prežitie (masívne krvácanie, tenzný pneumotorax,.....).
- Žltá farba (priorita 2) – skupina pacientov, ktorí znesú odloženú pomoc. Majú zranenia, ktoré znesú odklad poskytnutia zdravotníckej pomoci bez toho, aby boli ohrození na živote (jednoduchá fraktúra stehrovej kosti,...).
- Zelená farba (priorita 3) – ľahko ranení a neurgentní pacienti, ktorí prežijú aj vtedy, ak im bude poskytnutá zdravotnícka starostlivosť o niekoľko hodín. Zvyčajne ide o chodiacich pacientov (tržné a rezné rany, odreniny, vyvrtnutia, nekomplikované zlomeniny malého rozsahu,.....).
- Čierna farba – skupina nezachrániteľných pacientov, ktorých zranenia nie sú zlučiteľné so životom, prípadne sú to umierajúci pacienti (závažná kraniotrauma, popáleniny II. a III. stupňa na viac ako 80 % povrchu tela,.....). Takýmto pacientom sa podávajú analgetiká, prípadne analgosedatíva a významná je aj psychická podpora (Bulíková a kol., 2011).

Triediaca karta

Ide o papierovú kartu s predtlačným textom, ktorá je zaliata do fólie. Správne vypísanie tejto karty musí obsahovať:

- identifikáciu pacienta – identifikačné údaje v minimálnom rozsahu s cieľom zabrániť zámene jednotlivých pacientov,
- diagnózu – vedomie, dýchanie, obeh, GCS, pulzová a dychová frekvencia),
- triedenie – podľa uznávaného systému sa pacientovi prideli adekvátna priorita. V hniezde zranených dostáva pacient novo stanovenú prioritu, na základe jeho aktuálneho zdravotného stavu,
- liečbu – zapisuje ju ten, kto ju vykoná na zadnú stranu karty,

- transport – pre informácie o transporte má karta samostatne určenú časť, ktorá sa dá ľahko odtrhnúť a obsahuje identifikačné údaje pacienta a dopravcu tam vpisuje čas odovzdania pacienta na príslušné oddelenie v nemocničnom zariadení (Bulíková a kol., 2011).

Zásady zásahu Záchrannej zdravotnej služby

Činnosť zásahu ZZS riadi Operačné stredisko ZZS SR, ktoré jednotlivým posádkam vydáva pokyny na zásah. Riadiace pozície pri odstraňovaní následkov udalostí s hromadným postihnutím osôb sú jasne vymedzené, a to:

- Veliteľ zdravotníckeho zásahu – oblečie si bielu vestu – stáva sa ním lekár prvej posádky RLP, ktorá prichádza na miesto udalosti. Musí kontaktovať veliteľa zásahu, ktorým je príslušník HaZZ SR.
- Triedič – oblečie si žltú vestu – stáva sa ním prvý zdravotnícky záchranár danej posádky, ktorá na miesto zásahu dorazila ako prvá. V spolupráci s lekárom vykonáva prvé triedenie zranených, ktoré je zamerané na výkon zachraňujúce úkony (záklon hlavy, zastavenie tepenného krvácania).
- Veliteľ odsunu – oblečie si modrú vestu – vykonáva svoju činnosť v spolupráci s veliteľom zdravotníckeho zásahu a operačným stredisko ZZS SR. Dokumentuje odsun zranených a ich predpokladané smerovanie.
- Veliteľ hniezda zranených – oblečie si červenú vestu – stáva sa ním spravidla lekár druhej posádky RLP, ktorá dorazí na miesto hromadnej udalosti (Bulíková a kol., 2011).

Spolupráca zdravotníckych zariadení

V súvislosti s hromadným nešťastím sa používa aj termín kritická situácia, čo podľa Bulíkovej a kol. (2011) znamená výskyt veľkého počtu ranených v krátkom čase, ktorý nemocnica nedokáže zvládnuť bez zavedenia výnimočných opatrení. Samotná kritická situácia sa môže týkať nielen samotnej nemocnice, ale aj prísunu veľkého počtu postihnutých osôb následkom hromadnej udalosti. V takejto situácii je potrebné vytvoriť krízový plán, ktorý je všeobecne v nemocniciach nazývaný ako traumatologický plán, ktorý považujeme za plán na zvládnutie krízovej situácie. Každé nemocničné zariadenie si vytvára vlastný traumatologický plán. Traumatologický plán nemocnice slúži na hromadný príjem zranených v rámci nemocničného zariadenia. Sú stanovené aj presné počty zranených, kedy sa traumatologický plán aktivizuje a vyhlasuje ho riaditeľ nemocnice. V prípade aktivácie traumatologického plánu sa jedná vlastne o zabezpečenie hromadného prímú ranených v normálnej prevádzke nemocnice (Tkáčová, 2016).

Každý krízový plán podľa Bulíkovej a kol. (2011) by mal byť zrozumiteľný a mal by obsahovať:

- zapojenie všetkých pracovníkov a stanovenie jednoznačných úloh – ich fungovanie musí byť automatické, každý musí vedieť, čo má robiť,
- postupy činností čo najviac podobné činnostiam počas rutínnej prevádzky,
- určenie zodpovedných pracovníkov – reálnosť a splniteľnosť jednotlivých činností a fungovania krízového plánu,

- stanovenie vlastných ľudských zdrojov,
- vlastné poskytovanie zdravotnej starostlivosti,
- všeobecné zdroje (financovanie, zásobovanie energiami, vodou, potravinami,.....).

Samotné zdravotnícke zariadenie má za úlohu zabezpečiť prostredníctvom dostupných zdrojov čo najvyššiu zdravotnú starostlivosť čo najväčšiemu počtu postihnutých. Musí tu prebehnúť dynamické triedenie, ktoré vykonáva určená osoba na vopred stanovenom mieste. Triedenie musí byť opakované, so zreteľom na časový interval, prípadne na zmenu zdravotného stavu postihnutého. Určená osoba na triedenie musí mať pracovné skúsenosti, ktoré využija počas triedenia. Počas krízovej situácie je potrebné, aby bola vedená zdravotná dokumentácia, ktorá je v porovnaní s dokumentáciou vedenou v bežnej prevádzke, stručná. Napriek svojej stručnosti musí obsahovať jasne zdokumentované výkony, či terapiu. Významná je psychická podpora pacientov a zamestnancov v období počas krízovej situácie, ktorej hlavným cieľom je zabrániť vzniku a znížiť následky syndrómu vyhorenia a posttraumatickej stresovej poruchy. Zamestnancov je potrebné naučiť, aby vedeli správne zvládať stres a agresivitu, stratu blízkych, či časté stretávanie sa so smrťou. Významné je nielen obdobie počas krízovej situácie, ale aj bezprostredne po jej ukončení. Klinickí psychológovia, prípadne zdravotníci vyškolení pre potreby intervenčnej psychológie bývajú k dispozícii počas celého obdobia krízovej situácie, ale aj po nej. V dnešnej dobe sú psychológovia súčasťou tímov, ktoré sa podieľajú na zásahu pri udalostiach s hromadným postihnutím osôb, aby mohli už v teréne poskytovať svoju odbornú pomoc.

Ľudské zdroje

V čase krízovej situácie sa počíta s každým dosažiteľným zamestnancom, najmä s vedúcimi pracovníkmi a tými, ktorí majú dostatočné skúsenosti. Zvolávanie pracovníkov podlieha vypracovanému plánu. Všetci, ktorí participujú na zásahu počas krízovej situácie sú rozdelení do krízových skupín so zameraním na riadenie, logistiku a zdravotnícke služby. Úlohy jednotlivých členov krízových skupín sú zamerané na ich dennú rutinnú pracovnú činnosť s dôrazom na zabezpečenie zásadných úloh:

- triedenie,
- neodkladnú zdravotnú starostlivosť,
- intenzívnu zdravotnú starostlivosť,
- izoláciu infekčných (resp. kontaminovaných) postihnutých.

V období odstraňovania následkov hromadného nešťastia v nemocničnom prostredí je dôležité, aby boli v prípade vysokej vyťaženia interných pracovníkov, identifikovaní aj pracovníci, ktorí by boli nápomocní pri jednotlivých činnostiach. Sú to napríklad študenti a učitelia stredných zdravotníckych škôl, lekári, dobrovoľníci z humanitárnych organizácií. Všetky osoby však musia byť registrovaní, nachádzať sa v blízkosti nemocnice a byť oboznámení s krízovým plánom nemocnice. V súvislosti s vypracovaním krízového plánu musí byť vypracovaný aj plán, ktorý je zameraný na pokyny smerujúce k prevencii vzniku a šírenia nakažlivých ochorení. Takýto súbor pokynov musí byť konzultovaný s Úradom verejného zdravotníctva, odborom civilnej ochrany, ako aj s jednotlivými zložkami integrovaného záchranného systému.

Záver

S narastajúcim pokrokom dnešnej spoločnosti výrazne narastá riziko vzniku naliehavých a závažných stavov, ktoré vedú v mnohých prípadoch k hromadným nešťastiam. Asi najviac obávaným je v súčasnosti terorizmus, ktorý zaznamenal zvýšený rozmach. Nie menej sú rizikové aj biologické, či chemické faktory, ale aj faktory prírodné. Snahou každého riešenia takýchto udalostí je minimalizovanie následkov pre postihnuté osoby, čo závisí od koordinácie spolupráce jednotlivých zasahujúcich zložiek, ako aj od poskytnutej následnej zdravotnej starostlivosti. Za veľmi dôležitú je potrebné považovať práve zdravotnú starostlivosť poskytovanú v zdravotníckom zariadení, ktorej kvalita závisí nielen od samotného postupu, ale najmä od schopnosti organizácie práce pri prijímaní jednotlivých postihnutých. O to viac, že v danej situácii dochádza k výraznému nepomeru ošetrovaných postihnutých a personálu, ktorý zabezpečuje zdravotnú starostlivosť.

Použitá literatúra

BULÍKOVÁ, T. a kol. 2011. *Medicína katastrof*. Martin: Osveta, 2011. 392 s. ISBN 978-80-8063-361-5.

ŠIMKO, Š. – BABÍK, J. 1997. *Hromadné nešťastia a medicína katastrof*. Martin: Osveta, 1997. 247 s. ISBN 80-88824-65-6.

ŠTETINA, J. a kol. 2000. *Medicína katastrof a hromadných nešťastí*. Praha: Grada Publishing, 2000. 436 s. ISBN 80-7169-688-9.

TKÁČOVÁ, E. 2016. *Základný koncept ošetrovateľskej starostlivosti v komunite*. 2016. 120 s. ISBN 978-80-8132-153-5.

Kontaktná adresa

PhDr. Jarmila Bramušková, PhD.

Fakulta zdravotníctva SZU v Bratislave so sídlom v B. Bystrici

Sládkovičova 21

974 05 Banská Bystrica

email: jarmila.bramuskova@szu.sk

KRITÉRIA EFEKTÍVNEJ STAROSTLIVOSTI O NEHOJACE SA RANY

Dovhunová Renáta

Diaderm s.r.o., Snina, Sládkovičová 300/3

Abstrakt

Úvod: Starostlivosť o nehojace sa rany je zložitý proces, ktorý si vyžaduje multidisciplinárny prístup. S nehojacimi ranami sa stretávame v domácom prostredí, na ambulanciách a na jednotlivých oddeleniach v nemocnici. Vyskytujú sa u všetkých vekových kategórií, tak u detí ako aj u seniorov.

Jadro: Prezentácia poukazuje na základné princípy efektívnej starostlivosti. Ide o prevenciu vzniku nehojajúcich rán u ohrozených skupín, vlastný proces podpory hojenia rán a prevenciu sekundárne vzniknutých komplikácií. Ciele, o ktorých dosiahnutie sa snažíme, môžeme zhrnúť do nasledujúcich oblastí: eliminovať vyvolávajúce determinanty, ktoré predlžujú alebo komplikujú hojenie rán, dosiahnuť ekonomicky aj časovo efektívne zahojenie rán a zaistiť maximálnu úroveň sebaopateru, prípadne adekvátnej externej pomoci druhou osobou u nezahojiteľných defektov. Nezabúdame ani na zabezpečenie schopnosti bežnej sociálnej interakcie. Nehojace sa rany nepriaznivo ovplyvňujú nielen osoby trpiace nehojacim sa defektom, ale aj ich blízkych.

Záver: Význam prezentácie spočíva v tom, že poukazuje na to, aké nesmierne dôležité pre efektívnu starostlivosť o nehojace sa rany je vnímať človeka holisticky. Prístupovať k nemu individuálne a pomáhať mu zvládať problémy aj v domácom prostredí.

Ľúčové slová: Nehojace sa rany. Efektívna starostlivosť. Hojenie rán. Multidisciplinárna starostlivosť. Sociálna interakcia.

Abstract

Intro: The care for non-healing wounds requires multidisciplinary approach. We meet non-healing wounds in home environment, in ambulances and in single departments in hospitals. They occur in all ages categories, the same to children as to seniors.

The Middle: The presentation points out the basic principles for effective care. It is the prevention of formation non-healing wounds in threatened groups, own prices of support of wound healing and prevention of secondary inconvenience.

The aims, which are trying to achieve, we can summarise to follow sections: to eliminate inducing determinants, which lengthen or complicate the wounds healing and to ensure the maximum level of self-care or adequate external assistance by the other person when the defects are non-healing. We do not also forget to provide the ability of normal social interaction. Non-healing wounds affect unfavourably not only people suffering from non-healing wounds, but also people close to them.

Conclusion: The sense of presentation is, that it points out, how very important it is for effective care of non-healing wounds, to feel person holistically. To look at them individually and to help them to figure out the common problem in home environment.

Key words: Non-healing wounds. Effective care. Wounds healing. Multidisciplinary approach. Social interaction.

Starostlivosť o nehojace sa rany

Starostlivosť o nehojace sa rany je zložitý proces, ktorý si vyžaduje multidisciplinárny prístup. S nehojacimi ranami sa stretávame v domácom prostredí, na ambulanciách, v nemocnici, ale aj v Domovoch sociálnych služieb. Vyskytujú sa u všetkých vekových kategórií, tak u detí ako aj u seniorov.

Rana – je narušenie integrity kože, sliznice alebo povrchu orgánu, v rôznom rozsahu a hĺbke, pôsobením vonkajších alebo vnútorných faktorov. Podľa priebehu a dĺžky hojenia delíme rany na akútne: ktoré sa hoja v krátkom čase, do 6. týždňov, bez výraznejších komplikácií a na chronické, t.j. sekundárne sa hojace rany, pre ktoré je typická stagnácia hojenia v priebehu týždňov až mesiacov. V roku 2010 odporučila Európska asociácia spoločnosti hojenia rán nahradiť termín chronické rany - pojmom nehojace sa rany.

Hojenie rany – je reparačný proces, pri ktorom je poškodené tkanivo nahradené väzivovým, ktoré sa mení na jazvu. Prebieha v 3-och fázach. *Prvá je zápalová*– začína v okamihu poranenia, trvá 2-3 dni a má 3 hlavné mechanizmy: hemostázu, zápal a bunkovú migráciu. Nasleduje *granulačná fáza*, ktorá sa začína asi na 4. deň s maximom na 7. – 14. deň, tvorí sa nové krvné cievy a granulačné tkanivo postupne vyplní ranu a tá sa začne uzavierať. A konečnou je *epitelizačná fáza* - ktorá môže trvať 21-24 dní, niekoľko mesiacov až 1-2 roky. Epitelizácia začína z okrajov alebo repitelizačných ostrovčekov vnútri rany.

Medzi nehojace sa rany patria:

- vredy predkolenia venózneho a arteriálneho pôvodu
- tlakové defekty – dekubity
- diabetické defekty – syndróm diabetickej nohy
- kožné vredy v teréne lymfedému
- ulcerácie pri autoimunitných ochoreniach a vaskulitídach
- exulcerujúce malignity
- popáleniny III. Stupňa
- a pooperačné a posttraumatické rany hojace sa per sekundam

Faktory ovplyvňujúce hojenie rán delíme na systémové - sem patria: vek, pohlavie, DM a ďalšie systémové ochorenia, výživa, obezita, stres, vplyv liekov a rádioterapie, imunita, návykové látky, inkontinencia, imobilita a narušené zmyslové vnímanie a *lokálne*, kde patria: mechanizmus poškodenia, lokalizácia, hĺbka, veľkosť, spodina a okraje rany, nadmerná sekrécia, nekróza, stav oxygenácie, prítomnosť infekcie, cudzieho telesa, edému a hematómu. Významnou mierou ovplyvňuje proces hojenia rán aj kvalita starostlivosti a ošetrovanie rany.

Medzi základné princípy efektívnej starostlivosti o nehojace sa rany patria:

- prevencia vzniku u ohrozených skupín
- vlastný proces podpory hojenia rán
- prevencia sekundárne vzniknutých komplikácií

Cieľom efektívnej starostlivosti je:

- eliminovať vyvolávajúce faktory
- dosiahnuť ekonomicky a časovo efektívne zahojenie rán
- zaistiť maximálnu úroveň sebaopatery, prípadne adekvátnej externej pomoci druhou osobou u nezahojiteľných defektov

Hodnotenie nutričného stavu patrí k základným úlohám komplexného hodnotenia p/k s nehojacou sa ranou. Používa sa na to schéma A,B,C,D.

A: predstavuje antropometrické hodnotenie – základom je stanovenie výšky a hmotnosti p/k, jeho BMI /body mass index/

B: je biochemické a hematologické vyšetrenie – najmä KO, Fe, CRP, Prokalcitonin, feritín,

C: klinické známky

D: diétna anamnéza a opatrenia – úprava životosprávy a jedálnička

Je vedecky dokázané, že bolesť spomaľuje proces hojenia rán. Pre efektívne hodnotenie bolesti je dôležité jej dôkladné posúdenie, prevencia, stratégie na zvládanie bolesti: všeobecné – sem patrí: oboznámenie sa s bolesťou, redukcia nesprávnych názorov na bolesť a redukcia strachu a úzkosti a špecifické stratégie, ktoré zahŕňajú farmakologický a nefarmakologický prístup, ako aj zvládanie bolesti počas preväzu. Dôležitá je správna edukácia, overenie si spätnej väzby a správne vedená dokumentácia bolesti. Vždy máme na vedomí aj etické aspekty liečby bolesti.

Pre komplexný prístup k diagnostike a terapii u osôb s nehojacou sa ranou je nevyhnutné zhodnotenie celkových schopností p/k a najmä úrovne spolupráce.

Na hodnotenie používame najmä:

- Test základných denných činností podľa Barthelovej
- Test inštrumentálnych denných činností
- Lawtonovu škálu hodnotenia
- hodnotenie funkčnej úrovne sebaopatery Mažery Gordonovej

Významným bodom efektívnej starostlivosti o nehojace sa rany je aj hodnotenie infekcie

Rozoznávame 4 – i štádia:

- štádium 0 – žiadne príznaky infekcie
- štádium 1 – ľahké príznaky infekcie, hojenie prebieha normálne
- štádium 2 – viditeľné lokálne príznaky, hojenie prebieha normálne, potrebné podávanie ATB
- štádium 3- jasné lokálne príznaky, rana je výrazne zhoršená, zasiahnuté je aj okolité tkanivo, potrebné podávanie ATB
- štádium 4 – celkové príznaky infekcie, možná sepsa, orgánové zlyhanie, ohrozenie života, je nevyhnutná hospitalizácia a ATB liečba

Dokumentácia ošetrovania rany – má informačný a ochranný charakter, tak pre p/k ako aj pre poskytovateľa starostlivosti. Je nástrojom kontrolných mechanizmov. Dôležité je tak vstupné ako aj priebežné a výstupné hodnotenie a dokumentovanie rany.

Je veľmi prospešné ak máme k dokumentácii aj fotodokumentáciu. Dbáme pri nej na to aby bola dodržaná zásada anonymity, písomný súhlas od p/k a dokumentujeme vždy v rovnakej fáze preväzu. Na záver by som sa preto s Vami rada rozlúčila citátom od belgického kňaza a spisovateľa Phila Bosmansa:

„ Potrebujeme ľudí, ktorí vedia, kde sú rany, ktorí poznajú príčinu bolesti, ktorí položia prst na rany, so znalosťou vecí a vľúdne zároveň“.

Použitá literatura

HLINKOVÁ, E. – NEMCOVÁ, J. – MIERTOVÁ, M. a kol. *Nehojace sa rany*.

Vysokoškolská učebnica. 1. vyd. Martin : Osveta, 2015. 284 s. ISBN 978-80-8063-433-9.

POKORNÁ, A. – MRÁZOVÁ, R. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2012. 191 s. ISBN 978-80-247-3371-5.

SIKOROVÁ, L. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2012. 184 s. ISBN 978-80-247-3592-4.

STRYJA, J. Et al. *Repetitorium hojení ran 2*. 1. vyd. Semily : Geum, s.r.o., 2011. 372 s. ISBN 978-80-86256-79-5.

Kontaktná adresa

email: renata.dovhunova@centrum.sk

POSTOJ K ZOMIERANIU A SMRTI Z POHEADU RÔZNYCH KULTÚR

Fajčáková Lubica

Vysoká škola zdravotníctva a sociálne práce sv. Alžbety Bratislava–externý doktorand

Abstrakt

Definujeme pojem postoj a zaoberáme sa špecifickou analýzou vybraných náboženských predstáv a ich rituálnych praktík vo vzťahu k zomieraniu a smrti. Smrť v živote človeka je zaťažujúcou situáciou pravdepodobne preto, lebo predstavuje zrútenie ústredných životných vzťahov. Jednotlivé náboženstvá sa snažia jedincovi v tejto situácii pomôcť nájsť východisko a smerovanie. Bez tohto smerovania (zmyslu života) sa život pacienta minimalizuje len na prežívanie. Úlohou mojej práce je poukázať na fakt, že medicínske zvládnutie smrti a zomierania nie je možné bez aktívnej participácie náboženstva.

KLúčové slová: Postoj. Smrť. Zomieranie. Kresťanstvo. Islam. Judaizmus.

Abstract

In my thesis I try to define “an attitude” as such with a specific analysis of the selected religious ideas and rituals in relations to death and dying. Death in life of a man is a difficult situation probably due to a fact that it represents a collapse of the central existing relations. The various religions are trying to help an individual in this situation with finding a solution and direction in his life. Without this direction (meaning of life) is life of a patient minimized to merely surviving. The purpose of my thesis is to show that a medical handling of death and dying is turning to impossibility without active participation of religions.

Key words: Attitude. Death. Dying. Christianity. Islam. Judaism.

Človek a jeho postoj k zomieraniu a smrti

Vo všeobecnosti platí, že strach zo smrti je univerzálny a jeho absencia zo strany subjektu je dôkazom popierania smrti ako takej. Po existencionalnej stránke každý jedinec minimálne v svojom terminálnom štádiu musí vyriešiť základnú krízovú otázku integrity verzus beznádeje. „Integrita je stav mysle, respektíve postoj, ktorý subjekt naplňa pocitom naplnenosti a zmysluplnosti jeho života. Subjekt dokáže zladať ideálne s reálnym“ (Neimeyer, 1994, s. 122). Butler uvádza (Neimeyer, 1994, s. 123), že „nenaplnenosť života je horšia ako smrť, pretože zbavuje jedinca viery v seba samého a viery v iných. Práve viera a dôvera pomáha jedincovi lepšie znášať smrť“. Táto viera nemusí mať „náboženské zdôvodnenie, ba dokonca sa nemusí ani zakladať na náboženských ideách“ (Noelle-Neumann, 1983, s. 124). Podstatné je, v akom „vzťahovom systéme zomierajúci žije a realizuje sa, pretože kvalita vzťahov determinuje postoj k smrti, ako aj jej samotné prežívanie“ (Pompey, 2004, s. 19). Zomieranie a smrť patria k najťažšej a najnamáhavejšej psychofyzickej skutočnosti ľudského života. Predstavujú psychofyzickú a psychosociálnu hraničnú a náhodnú skúsenosť z pohľadu zážitku stresu. Týka sa to nielen skutočnosti vlastného zomierania, ale aj zážitku zomierania a smrti iných, hlavne blízkych osôb (Homolová, 2009). Smrť v živote človeka je zaťažujúcou situáciou pravdepodobne preto, lebo predstavuje zrútenie ústredných životných vzťahov. Tieto situácie kognitívne aj emocionálne, vedome alebo nevedome nie sú iba výzvou a otázkou o zmysle nášho života a jeho hodnotových postojoch, ale ich aj

spochybňujú, čím od základu ohrozujú budúcnosť života. Empirické údaje poukazujú, že transcendencia v zmysle prekročenia skutočnosti smrti a odlúčenia bezpodmienečne predpokladá dôveru – teda skutočnosť viery v ďalší život (Pompey, 2004). Výskumy potvrdzujú, že viac ako 50 % ľudí v posledných chvíľach života nemá náboženský zdôvodnený potenciál dôvery. Skúmané osoby preukázali, že od náboženstva očakávajú vysporiadanie sa so smrťou, útechu bolesti a napokon nádej na posmrtný život. Je teda zrejmé, že viera, najmä viera v Boha, sa prinajmenšom považuje za pomoc a tiež za základ dôvery potrebnej na uvedoméle osobne vydarené zvládanie zomierania. Výskumy A. Harrisona a M. Moora dokazujú, že existuje súvislosť medzi smrťou a zomieraním a vydarenými životnými vzťahmi. Pravdepodobnosť úmrtí klesá pred oslavou narodenín a pred Vianocami, čiže v čase, keď sú intenzívne stretnutia s najbližšími rodinnými priateľmi, po týchto dňoch je naopak pravdepodobnosť úmrtí väčšia. Toto dokazujú aj výskumy Ph. Kunza a J. Summersa (Pompey, 2004). Z hľadiska postojov moderného človeka k smrti majú tieto výskumy mimoriadnu výpoveď. Život človeka je viazaný na vzťahy. Na vzťahu k živým sa buduje túžba žiť v tomto živote. Na vzťahu k Bohu sa dá vybudovať aj nádej života po smrti. Dolista (2007) v tejto súvislosti hovorí o tom, že reflexia o smrti vedie k príprave na smrť a ak sa používa „smrť ako úloha“, vedie to nielen k uvedomeniu si konečnosti života, ale aj k skvalitneniu životného stavu hlavne v rodinných vzťahoch a k celkovej radosťi zo života. Z hľadiska postoja subjektu k smrti má výpovednú hodnotu výskum Berlínskeho inštitútu pre medicínsku psychológiu, ktorý rozoznáva štyri typy postojov k smrti a zomieraniu:

- **smrť ako koniec života** - ľudia s týmto postojom chápu smrť ako prirodzenú termináciu ich existencie. Prijímajú ju ako nezvratný fakt, trpezlivo a sucho;
- **smrť ako vyššia moc či osud** - ľudia s týmto postojom prijímajú smrť rezignovane. Prežívajú ju magicky, takmer cudzo a temne ako niečo, z čoho niet úniku;
- **smrť ako vykúpenie** - smrť ako oslobodenie od bolesti, utrpenia a hrôzy pozemského života, ale zároveň aj prechod do nového života v blaženosti. Tento postoj je charakterizovaný úľavou, ale aj novou nádejou;
- **smrť ako postrach** – ľudia s týmto postojom považujú smrť za niečo kruté a hrozivé (Pompey, 2004).

Samotné subjektívne prežívanie osoby je vždy istým spôsobom špecifické a relatívne vzhľadom na meniacu sa krivku času, priestoru, kultúry a environmentálneho prostredia, ako aj fyziognomických daností danej osoby. Z hľadiska postojov k smrti a zomieraniu zohráva značnú úlohu aj funkcia spoločenstva a spoločnosti, ktorá môže otázku smrti tabuizovať, respektíve ju mystifikovať a zakrývať, alebo na druhej strane zaoberať sa ňou prehnánym spôsobom a postaviť ju ako jediný smerodajný princíp nášho života. „V súčasnosti prevláda zmiešaný typ, kedy sa metafyzické chápanie smrti z jednej časti tabuizuje a nepriamo popiera, no na druhej strane tu vidieť tendencie konceptu smrti, ako niečoho prirodzeného“ (Ratzinger, 2011, s. 75).

Charakteristika pojmu postoj

Kováč vyjadruje postoj „ako emocionálnu skúsenosť človeka. Skúsenosť vyjadruje poznávaciu zložku postoja a emocionálnosť jeho individuálno-zážitkovú sféru. Výrost

pokladá „postoj za otvorenú afektívnu odpoveď, ktorá sa asocjuje s jej vlastnými podnetovými podmienkami“ (Boroš, et al., 1999, s. 178). Ako uvádza Kristová (2010, s. 51) „postoj je tendencia človeka charakteristickým, jemu vlastným spôsobom reagovať na vonkajšie a vnútorné podnety“. Každý človek vyjadruje určitý postoj k ľuďom, predmetom, javom, situáciám, zvieratám, prírode, zmenám, názorom, spôsobom správania iných a v neposlednej miere aj k sebe samému. Postoj sa týka subjektu, teda toho, čo má preň osobný význam. Postoj je tendencia a zároveň potencia osobnosti, subjektu selektovať a realizovať intencionálne ako aj mimo intencionálne rozhodnutia subjektu determinovanými externými a internými faktormi. Postoj je hypotetický konštrukt, ktorý viac či menej reprezentuje subjektívnu afiliáciu respektíve neafiliáciu k nejakému objektu. Tento abstraktný konštrukt je v podstate logickým súdom, ktorý spolu s inými súdmi vytvára ABC model subjektu -Affectivity, Behavior, Cognition (Breckler et al., 1989).

- **Afektivita** je emocionálnou odpoveďou, ktorá vyjadruje stupeň preferencie subjektu pre danú entitu.
- **Behaviorálna intencia** je verbálna indikácia respektíve typická tendencia v správaní sa subjektu.
- **Kognitívna reakcia** je vlastne evaluáciou danej entity v rámci názorovej a vedomostnej platformy jedinca (Watson et al., 1988).

Všeobecne sa verí, že postoje sú funkciou premennou. Skúsenosti jedinca so zmenou skúsenosti sa automaticky menia aj postoje. Hoci proti tomuto tvrdeniu vystúpili mnohí, ktorí postoje považujú buď za nemenné respektíve ich považujú za zdedené. Medzi takýchto odporcov patrí Tesser a Festinger a mnohí ďalší. Jung (1971) v tomto smere uvádza v istom zmysle dualizmus do psychologického chápania postojov, keďže podľa neho postoje takmer vždy vystupujú v párovom zložení a to ako vedomé a nevedomé, pretože postoj nie je redukovaný len na samotný súd, ale skôr je daný „pripravenosťou subjektu konať, respektíve reagovať určitým spôsobom“. V tejto pripravenosti je skrytá nielen aktívna zložka subjektu, ale aj jeho potencia a flexibilita vzhľadom na okolnosti a objekt, na ktorú subjekt reaguje, respektíve nereaguje. Indiferentný postoj ako taký neexistuje, pretože aj indiferencia je len istou formou reakcie na externé respektíve interné podnety. Totálny stav indiferencie a apatie je len v stave smrti. Subjekt v rámci svojich postojov je otvorený k ich mutabilite, čo dáva dynamizmus a posúva možnosti sebarealizácie subjektu ďalej. Významnými faktormi, ktoré ovplyvňujú samotné postoje sú emócie, kognitívna evaluácia a behaviorálne praktiky, ktoré sú dané kultúrou, ako aj ideologickými a náboženskými predstavami, v rámci ktorých jedinec vykonáva svoju sebarealizáciu.

Postoje sa z hľadiska subjektívnej významnosti rozlišujú

- **centrálne**– pre človeka sú významné
- **okrajové**– pre človeka sú menej dôležité.
- **citové, poznávacie, verbálne, neverbálne, latentné, zjavné, kladné, indiferentné, záporné, vedomé, nevedomé, individuálne, skupinové, stále, premenlivé, ženské, mužské.**

Postoje možno klasifikovať

- **historické**– ktoré človek získava v procese sociálneho a kultúrneho tradovania

- *skúsenostné* – ktoré spravidla generalizuje.

Medzi základné vlastnosti postoja

- *komplexnosť* – postoj má poznávaciu, citovú a snahovú dimenziu
- *konzistentnosť* – prepojenosť poznávacej, citovej a snahovej zložky postoja
- *konsonancia* – postoje vytvárajú určité kategórie
- *rezistencia* – odolnosť voči zmene; čím je postoj intenzívnejší a extrémnejší, tým je odolnejší proti zmenám
- *intenzita* – sila postoja.

Základné atribúty postoja

- *poznanie*
- *hodnotenie*
- *predurčenosť* (Kristová, 2010, s. 51-52).

Kresťanský postoj k zomieraniu a smrti

Celé stáročia dáva kresťanstvo svojou vierou v jedného Boha svojim veriacim nádej v posmrtný a večný život, podmienený však mravným životom. Tam kde nie je Boh, je smrť. Kresťanský teológovia rozlišujú smrť:

- *fyzickú* – zastavenie biologických procesov v tele
- *duchovnú* – smrť pohanov a všetkých, ktorí nepristúpili na kresťanskú vieru *mystickú* (Steind, 2000).

Fázou mystickej smrti je zmŕtvychvstanie. Je začiatkom večného života. Kresťanská dogma hovorí, že smrť je oddelenie duše od tela (Steind, 2000). Kresťanské chápanie smrti sa na jednej strane zakladá na neposlušnosti prvého človeka Adama, skrze ktorého prišiel na tento svet hriech a skrze hriech aj smrť, ktorá sa preniesla na celé ľudské pokolenie, pretože všetci zhršli. Na strane druhej je založené na univerzálnom vykupiteľskom diele Ježiša Krista, „nového“ Adama, ktorý sa „uponížil, stal sa poslušným až na smrť, až na smrť na kríži“. A skrze svoju bezhraničnú poslušnosť porazil smrť, posledného nepriateľa ľudstva, aby zjednotil všetko so sebou a dal každému večný život (Sväté pismo, 1995). Pre Kristovo nasledovníka smrť už nie je slepým osudom respektíve negatívum per se, ako to je v starozákonnom ponímaní, ale chápe ju a prijíma ako výraz božej vôle, ktorá nie je neosobná, ale naopak, približuje sa k človeku najintímnejším spôsobom a to tak, že sa s ním stotožňuje v smrti ale aj vo vzkriesení. „Veriť vo vzkriesenie mŕtvych bolo podstatným prvkom kresťanskej viery už od jej začiatkov. Vzkriesenie mŕtvych je istota kresťanov“ (Katechizmus Katolíckej Cirkvi, 1999, s. 257). Kto verí, už teraz prešiel zo smrti do života, pretože Boh je Bohom života, nestvoril smrť, neteší sa zo záhuby žijúcich, ale stvoril človeka pre neporušiteľnosť, urobil ho obrazom svojej podoby a na svoj obraz (Sväté pismo, 1995). Už samotné iniciačné obrady, ktoré sa v kresťanstve konajú, nie sú ničím iným len participáciou na Kristovom vykupiteľskom diele skrze duchovnú smrť krstenca, aby sa skrze smrť mohol zjednotiť s Kristom v jeho zmŕtvychvstaní a s ním žiť v nebeskom kráľovstve. Kresťanstvo už od počiatkov na rozdiel od judaizmu a islamu rozoznávalo imputabilitu skutkov jedinca na základe jeho slobodnej vôle, ktorou si volí buď dobro alebo zlo. Následne je človek po smrti súdený za každý jeden skutok, slovo alebo myšlienku. Pretože podľa židovsko- kresťanského chápania si každý zlý skutok zasluhuje trest, či už menší alebo väčší

v závislosti od matérie hriechu, ako aj slobody subjektu pri voľbe (Giboda, 2008). Kresťanská teológia rozlišuje dva druhy hriechov. Smrteľný, ťažký a ľahký hriech, ktoré sú chápané ako radikálne zneužitie slobody, ktorú Boh dáva stvoreným osobám, aby ho mohli milovať a aby sa mohli milovať aj navzájom (Katechizmus Katolíckej Cirkvi, 1999). Ťažký hriech pozbavuje veriaceho spoločenstva s Bohom, duchovnú smrť. Toto vylúčenie zo spoločenstva ma za následok nie len samotnú nemožnosť dosiahnuť večnú blaženosť, ale zároveň aj exkomunikáciu zo spoločenstva v ktorom žije. Kresťanské chápanie hriechu je univerzálne a komunitárne zároveň. Každý hriech nezasahuje len samotného aktéra hriechu, ale svojimi následkami rozvracia aj samotné spoločenstvo veriacich a v ňom žijúcich ľudí. Na druhej strane každý všedný hriech, má za následok nezdravé pripútanie k stvoreniam, avšak nepozbavuje dotyčného jedinca spoločenstva s Bohom. Spôsobuje stav, ktorý zo svojej povahy potrebuje očistenie, či už tu na zemi počas života jedinca, alebo po smrti v stave nazývanom očistec (Tondra, 1994). Toto očistenie oslobodzuje od časného trestu za hriech a chápe sa, ako prejav milosrdnej lásky božej, pretože nik nemôže byť spasený skrze sám seba. Kresťanstvo túto myšlienku trestu prekonáva práve mystériom smrti a zmŕtvychvstania Krista, ktorý vystupuje ako zástupná obeť za všetky hriechy všetkých ľudí. Spoločenstvo s Kristom sa nerodí len samotnou iniciáciou do jeho mystického tela, cirkvi, ale skôr žitou vierou, ktorá prináša ovocie lásky, pretože „kto nemiluje , zostáva v smrti“ (Sväté písmo, 1995). Táto viera, ktorá sa prejavuje láskou a v láske je vždy dialogická, pretože vytvára komunikáciu nie len medzi veriacim jedincom a transcendentnom Bohom, ale práve svojou dialogickosťou nutne zasahuje aj iných ľudí skrze jedinca a vytvára s nimi vzťahy. Táto dialogickosť vychádza práve z podstaty a prirodzenosti Boha, ktorý je v kresťanstve chápaný ako Trojica osôb, ktoré žijú a prejavujú sa v láske a skrze lásku. „Boh je láska a kto zostáva v láske, zostáva v Bohu a Boh v ňom“ (Dancák, 2000, s. 121 - 122). A tak kresťanstvo prichádza k zaujímavému paradoxu, kedy smrť neznamená rezignáciu, ale práve naopak, naplnenie odvekej túžby človeka po spojení sa v láske a s láskou. Smrť je porazená samotnou smrťou, ponorením sa do smrti skrze lásku. Táto láska je zároveň aj osobou Kristom, ktorý na konci vekov príde súdiť všetkých a všetci povstanú z mŕtvych spolu s novými telami, pretože bude stvorené nové nebo a nová zem. V tomto novom svete už nebude zlo, preto všetci tí, čo páchali nepravosť a svojou vôľou odmietli božie milosrdenstvo a spoločenstvo s ním, budú odsúdení do večného pekla, ktorý je podľa tradície spájaný s ohňom. Tento posledný súd bude univerzálny, ale bude mu predchádzať osobný súd každého zosnulého, a každý bude súdený podľa jeho svedomia a vedomia (Rahner, 1994). V tomto bode kresťanstvo ukazuje na veľkosť a vznešenosť človeka, pretože je ponechané na ňom samotnom zvoliť si nielen smerovanie svojho života, ale dokonca aj možnosť definitívne odmietnuť božiu lásku, božie milosrdenstvo a ísť vlastnou cestou bez Boha (Ratzinger, 1990). „Hlavný trest pekla spočíva vo večnej odlúčenosti od Boha, lebo jedine v ňom môže mať človek život a blaženosť, pre ktoré bol stvorený a po ktorých túži“ (Katechizmus Katolíckej Cirkvi, 1999, s. 268). Katolícka cirkev nespája otázku spásy len čisto s vierou, pretože spása je univerzálna skrze obeť Krista na kríži, ktorý zomrel za všetkých, ale spája ju so svedomím človeka, ktoré je vnútorným hlasom Boha a s konaním podľa tohto svedomia a pravdy v slobode. A tak „každý človek , ktorý hľadá pravdu a plní Božiu vôľu tak, ako ju pozná, môže byť spasený, hoci nepozná Kristovo evanjelium a jeho

cirkev“ (Katechizmus Katolíckej Cirkvi, 1999, s. 327). Tento univerzalizmus je daný jednak univerzálnosťou spásy, ale vychádza taktiež z prirodzenosti človeka. To, čo je podstatné je subjekt a jeho rozhodnutie. Rozhodnutie pre Boha znamená aj rozhodnutie prijať smrť, ako akt lásky. Vedomie existencie smrti vedie kresťana k viere v Boha, večného života a vykúpenia. V tejto spojitosti stráca smrť na svojej hrôzostrašnosti. Smrť je pre kresťana prirodzenou záležitosťou. Kresťanstvo dáva príklad Kristovu smrť ako akt lásky a odriekania. Smrť kresťana je teda dovŕšením viery a aktom spásy kresťanského života. Zvykom kresťanov je uctievanie si pamiatky zosnulých spevom, tancom a modlitbami v určité dni.

Postoj islamu k zomieraniu a smrti

Islam vznikol začiatkom 7. storočia, spája sa s Muhammadom z Mekky, ktorý je považovaný za Alahovho posla. Miestom rituálov je mešita.

Základné náboženské prejavy islamu:

- *šaháda* – vyznanie viery, existencia jediného boha Alaha
- *salát* – modlitba
- *saum* – pôst
- *zakát* – dobročinnosť, almužna
- *hadždž* – putovanie, púť do Mekky (Sedláková, 2005).

Islam svoje bohatstvo viery čerpá z dvoch zdrojov. A to zo samotnej písomnej formy Koránu a z tradície *Sunna*. Srdce samotného islamu leží v poslušnosti veriaceho moslima voči týmto dvom zdrojom, z ktorých sa rodia postoje jedinca. Viera prejavovaná v postojoch jedinca a jeho úkonoch a skutkoch je svojou povahou spoločenská a dialogická. Nevyhnutne potrebuje a predpokladá spoločenstvo, pretože svojím absolútnym nárokom vytvára novú kultúru a zasahuje do všetkých oblastí života.

Islamské právo na ich charakteristiku používa tri výrazy:

- *din* - viera, ktorá je zdieľaná v spoločenstve veriacich
- *dunya*- viera, ktorá je prežívaná v širšom spoločenskom kontexte komunity, kde je priestor pre osobitné prejavy viery
- *dawla* - viera prežívaná ako kultúra príslušného národa (Sajid, 2003).

Z pohľadu islamu je život jedinečnou jednotou, ktorá nie je deliteľná na jednotlivé časti. Je skôr charakterizovaná osudovosťou a poslušnosťou voči transcendentu, preto akúkoľvek činnosť nemožno oddeliť od viery. Dokonca aj individuálne práva a povinnosti sú chápané len a len v kontexte viery a sú jej podriadené. Islam takto v svetle viery spracováva aj samotný proces zomierania a smrti. Smrť nie je pre veriaceho nič zlé, ale je skôr tranzitívnym stavom, ktorý ho posúva do stavu dokonalosti, do stavu raja, ktorý je v islame veľmi detailne opísaný a to najmä v neskoršom Medinskom období, kedy bol Muhammad konfrontovaný aj s názormi židovskej komunity (Al-Sbenaty, 2003). Všeobecné názory na smrť a zomieranie sú spísané v knihe *Kitāb al-rūḥ* - Kniha duše. Napísaná bola v 14. storočí teológom zo školy Hanbalī Muhammadom ibn Abī-Bakr ibn Qayyīm al-Jawzīyah (Islam, Korán, 2010). Smrť je pre islam niečo, čo človek zažíva sám, ale zároveň je aj udalosťou, ktorá sa prežíva kolektívne. Islam chápe vieru ako aktívnu len vtedy, keď sa na nej podieľajú všetci v danej spoločnosti. Preto smrť je nie len priestorom ritualizácie viery, ale zároveň aj vyznaním celej obce o pravdivosti a realite viery a odmene za vytrvanie vo viere. Smrť je vnímaná, ako

návrat duše do rúk tvorcu, aby duša povstala s novým telom do nového života, či už pre odsúdenie alebo pre blaženosť. Islam uznáva klasickú dichotómiu tela a duše, pričom dušu označuje termínom *nafs*. Avšak podobne ako židovsko-kresťanská tradícia učí, že smrťou nadobudnuté rozdelenie tela a duše nie je konečné. Na konci vekov, v súdny deň dôjde k ich opätovnému spojeniu. Osud jedinca je v islame presne determinovaný, pretože islam má absolutistický koncept božstva, a tak nič sa nemôže stať bez jeho výslovného súhlasu. Preto aj otázka spásy a zatratenia je presne stanovená (Al-Sbenaty, 2002). A tak človek je vo svojej podstate dobrý, pretože Boh nemôže tvoriť niečo zlé. Pri tomto bode sa islam rozchádza so židovsko-kresťanským chápaním, ktoré tvrdí, že človek je svojou prirodzenosťou naklonený k zlému. Islam práve naopak zostal zakotvený v idealizme a idealizuje si nielen človeka ale aj celé stvorenie. Fyzické zlo skôr pokladá za dobro pre daného jedinca v danom čase a na danom mieste. U islamských teológov je smrť porovnávaná so spánkom, ktorý nazývajú bratom smrti. Pravdepodobne sa jedná o vplyv mytologických a starovekých učení o smrti. Podľa predstáv staroarabských kmeňov, ktoré sa odzrkadľujú aj v Koráne vidíme, že Boh si berie dušu tak počas spánku, ako aj počas smrti. V čase smrti podľa arabských predstáv duch *nafs* vstupuje do oblasti krku a hrtana a tak opúšťa telo (Islam, Korán, 2010). V ortodoxnej islamskej tradícii sa verí, že pri smrti každého je prítomný anjel smrti, ktorý sedí pri hlave zosnulého a každej duši hovorí kam má ísť, buď do pekla, alebo do raja. (El-Gamal, 2006). Všeobecný názor je však taký, že keď po smrti zosnulého uložia do hrobu, hneď ako oídu poslední trúchliaci, prilietajú anjeli *Munkar* a *Nakir*, aby súdili mŕtveho a vyskúšali ho zo základných pravd viery. Tí, ktorí sú pravoverní sú odsúdení pre raj a tí, ktorí neprešli sú odsúdení pre večné utrpenie. Po tomto súde anjeli vracajú dušu zosnulého do hrobu, až pokiaľ nenastane posledný súd a všetci zomrelí povstanú buď k večnej blaženosti alebo k večnému utrpeniu. Čas medzi pohrebom a posledným súdom sa nazýva *al-barzakh*. V deň posledného súdu povstanú všetci ľudia z mŕtvych a všetci budú mať telesné telá, aby si mohli užívať naplno pôžitky raja, alebo utrpenie pekla (Al-Sbenaty, 2002). Z celkového hľadiska je smrť v islame momentom vyznania viery, pretože len skrze ňu sa každému dostáva to, čo si zaslúži. Práve skrze vieru sú veriaci dovádzaní do večnej blaženosti.

Židovský postoj k zomieraniu a smrti

Kanonické knihy biblického judaizmu zaznamenávajú jedinečnosť vzťahu medzi vyvoleným národom a bohom Jahve. Jahve je chápaný abstraktne, a preto je daný zákaz zhotovovania akejkoľvek jeho podoby. Židovská eschatológia je špecifická, pretože sa v prevažnej miere zaoberá osudom národa, pričom dráma smrti je v nej markantne zaznačená, pretože celé dejiny Izraela sú dejinami boja o život proti smrti. Na pozadí tejto drámy o život a smrť sa veriaci skrze vieru a vzťah dostáva k odpovedi na svoju vlastnú smrteľnosť. Z historického hľadiska je potrebné rozlíšiť klasickú vieru ohľadom smrti a zomierania a neskoršiu vieru a praktiky. Ak je podstata judaizmu o prežívaní vzťahu medzi Jahvem a subjektom, tak potom tento vzťah sa postupne rozvíja a formuje a s ním aj názory na zomieranie a smrť. Ranné predstavy o smrti sa v Izraeli zhodujú s predstavami antického sveta zakoreneného v rodovom zriadení. A postupne unikátny vzťah jediného Boha a vybraného národa neguje mytologické prvky. Zreteľne sa to odzrkadľuje najmä v múdroslovej literatúre, kde zaujímavo prevláda

negativizmus a skepsa ohľadom otázky zomierania a smrti (Ratzinger, 2011). Táto skepsa a negativizmus sú založené na židovskom chápaní smrti, ako odcudzenia zo spoločenstva a pokračovanie v existencii mimo reality spoločenstva v *šeole*. Ten je charakterizovaný v Písme Tanak, ako „zem plná tmy a temravy“. V *šeole* neexistuje imputabilita skutkov subjektu a rovnako, ako v mezopotámskych a babilónskych mýtoch spravodlivý znášajú rovnaký osud ako tí, ktorí počas svojho života vykonali zlé skutky. Hebrejská biblia ponúka opis *šeolu* ako miesta, ktoré sa nachádza pod povrchom zeme smerom na západ. Západ spájaný so západom slnka bol vo väčšine civilizácií a kultúr synonymom pre ríšu mŕtvych (Coogan, 2005). Smrť sa chápe, ako odchod do večnosti, *šeolu*, z ktorého niet návratu a do ktorého vchádza celý človek. Klasická biblická tradícia neuznáva dichotómiu človeka na jeho spirituálnu a materiálnu časť. Uprednostňuje holistické poňatie jedinca, jeho celistvosť a nedeliteľnosť. Vo všeobecnosti sa rozlišujú dva pojmy pre dušu. Slovo *nefesh*, ktoré pôvodne znamenalo krk alebo hrdlo a neskôr vplyvom helenského prostredia označovalo to, čo je hýbateľom vecí, zvierat. Výraz *ruach*, ktorý na počiatku symbolizoval vietor, a bol skôr symbolom božej prítomnosti, ale neskôr sa personifikoval a stal sa nositeľom pojmu personálnych, emocionálnych ako aj intelektuálnych hodnôt a vlastností jedinca. Tie smrťou jedinca nezaničujú, ale pokračujú s ním v existencii v záhrobnom živote, ktorý je čiastočne obrazom reálneho fyzického života, ale na druhej strane je obmedzený, pretože v ňom nie je radosť ani smútok (Scholem, 1995). Zmena v zmýšľaní sa deje po období pisateľov múdroslovnej literatúry, kedy kríza ohľadom smrti a utrpenia vyvrcholila v absolútnej rezignácii jedinca k smrti. Práve v tom období babilónskeho zajatia, respektíve tesne pred ním nastupuje na scénu prorocká literatúra, ktorá svojim obsahom priniesla nie len kritiku celého spoločenského poriadku, ale zároveň aj nový pohľad na smrť a utrpenie. Kým dovtedy sa smrť považovala za následok hriech, za odlúčenie sa od spoločenstva s Bohom a národom, proroci prichádzajú s myšlienkou zástupnej obety, zástupného utrpenia, ako aj myšlienky, že smrť môže byť cestou spravodlivého na ceste poznania. Dokonca je najvyššou formou sprítomnenia Boha (Ratzinger, 2011). Rabínska tradícia chápe zmŕtvychvstanie všeobecne, pričom duša po smrti musí prejsť očistením skrze, oheň, ktorý reprezentuje *gehena*. Pôvodne to bolo miesto, kde sa spaľovali detské obety pohanskému bohu Molochovi. Dĺžka pobytu v *gehene* je závislá od zásluh a skutkov mŕtveho na zemi. Dokonca jedna časť rabinskej tradície stanovuje, že najdlhší čas, ktorý duša môže stráviť v *gehene* je 12 mesiacov, čo korešponduje s časom povinného modlenia sa *kaddish*, modlitby za zomrelých, ktorá sa modlí 12 mesiacov po smrti jedinca (Johnson, 2008). Samotný judaizmus sa v otázke smrti zmieta práve v dvoch protichodných názoroch medzi stúpencami starej náuky na smrť - saducejov a stúpencami novej náuky na vzkriesenie - farizejov. Židovský historik Josephus Flavius (2004) píše, že je možné, že niektorí spravodliví znova ožijú, presne tak ako tomu verila aj židovská sekta esénov, ktorí boli do značnej miery ovplyvnení predstavami o smrti, ako vykúpenia duše z matérie. Táto idea reinkarnácie sa neskôr ujala najmä v stredovekom mystickom židovskom učení a podľa väčšiny ortodoxných skupín tvorí pevnú súčasť Talmudu (Idel, 2004). Názorové rozpory medzi tradičným chápaním a moderným v istých časoch prepukli aj do násilných stretov. Vo všeobecnosti platí, že ten moderný názor porazil starší a úplne sa etabloval v židovstve. Svedčí o tom aj to, že viera v zmŕtvychvstanie sa dostala do každodenných modlitieb, do modlitby „18. požehnaní“, ktoré sa modlia v synagóge. Dokonca je zakotvené, že „ktokolvek povie, že niet zmŕtvychvstania, nebude mať účasť

na nasledujúcom živote. V istej časti judaizmu je viera v posmrtný život spájaná s príchodom Mesiáša, ktorý príde a nastolí právo a spravodlivosť a vytvorí spoločnosť, v ktorej už nebude ani lož, ani smrť ani utrpenie. V očakávaní tohto Mesiáša žijú niektoré židovské hnutia až dodnes.

Praktiky islamu

Keďže islam je náboženstvo, kde žena a muž majú rôzne postavenie nielen čo sa týka spoločenskej hierarchie, ale najmä duchovnej roviny, ani po smrti nedochádza k ich zrovnoprávneniu a toto reflektujú aj pohrebné rituály. Počas zomierania, kedy pravoverný moslim prežíva svoje posledné chvíle, vtedy podľa tradície majú jeho príbuzní mu do ucha šepkať slová povzbudenia a vyznania viery v Alaha. Abu-Saeed Al-Khuduri uvádza, že prorok Muhammad nech je požehnané jeho meno povedal: „Pomôžte moslimom, ktorí zomierajú povedať: „*La ilaha ella Allah*“. Čo v preklade znamená: „Nie je Boha okrem Boha Alaha“ (Islam, Korán, 2010). Telo zomierajúceho sa obracia ku *qiblah*, je to modlitebné miesto, ktoré je nasmerované k mestu Mekka. Nad takto natočeným telom sa recituje *sura* kapitola *Yasin*. V niektorých regiónoch je dokonca ustálená prax dávať zomierajúcemu pod vankúš Korán (Siala, 2003). Po smrti moslima člen rodiny zatvára oči mŕtveho a symbolicky odovzdáva dušu mŕtveho do rúk anjela smrti. Islam spája smrť, ako aj samotné duchovné obrady ohľadom pohrebu a zomierania s bojom o dušu mŕtveho medzi anjelmi, ktorí buď chránia telo a dušu zomrelého a vovedú ho do radosti, alebo ho naopak začínajú mučiť (Siala, 2003). Keďže podľa rozšíreného konceptu v islame, duch človeka *nafs* po smrti uniká ústami a nosom zosnulého. Je zvykom po smrti priväzovať dolnú časť čeľuste o hlavu, aby ústa zosnulého neboli otvorené a nevnikol do nich zlý duch. To je aj dôvod, prečo do miestnosti, kde práve zomrel moslim nesmie vkročiť žena, ktorá má menštruáciu a muž alebo žena, ktorí sa po sexuálnom akte neumyli vo vode, pretože sa považujú za nečistých a môžu tak preniesť túto nečistotu aj na mŕtveho. Pozostalí sa začínú modliť a vyprosovať u Boha milosrdenstvo pre zosnulého. Vysrú mu končatiny a prikryjú ho jednoduchým plátnom s tým, aby telo čo najskôr pochovali rešpektujúc tak nariadenie Koránu. Telo moslima musí byť pochované v zemi, nemôže sa podrobiť kremácii (Sabiq, 1994). Telo zosnulého je pripravené na obradný kúpeľ *al-ghusul*. Zvyčajne ho vykonávajú dvaja alebo traja členovia rodiny. Pri tomto rituálnom umývaní platí zásada, že umývanie môžu prevádzať len dospelí veriaci, pričom telo mŕtveho muža môže umývať iba muž a zasa telo ženy len žena. Ak sa jedná o telo dieťaťa, tak tieto ustanovenia neplatia a môžu ho umývať tak ženy ako aj muži. Umývanie sa opakuje 3-5 krát ba dokonca aj 7 krát ak je to potrebné. Odporúča sa, aby tí, ktorí rituálne vykonávajú kúpeľ, sami predtým absolvovali kúpeľ (Sabiq, 1994). Telo zosnulého je umiestnené na stole alebo stolu podobný predmet, šaty sa odstránia a telo sa prikryje len jemným plátnom. Hlava ako aj horná časť tela sa jemne nadvihne, aby sa zaistilo, aby voda spolu s nečistotami nezašpinili samotne telo. *Aura* intímne časti sa počas umývania prikryvajú kusom látky siahajúcej od pupka až po kolena. Ten, ktorý prevádza umývanie má ho začať modlitbou: „*Bismil- lah*“ v mene Alaha. Zoberie do rúk kúsok látky a za použitia vody a mydla umýva telo. Túto látku potom odhodí. Zoberie ďalší kúsok látky a zatlačí na žalúdok zosnulého, aby tak z tela vylúčil aj pozostatky nečistôt, ak tam ostali. Potom zoberie ďalší kus látky a umýva intímne časti. Keďže ako sme už povedali, duch *nafs* zosnulého vychádza cez

ústa alebo nos, voda sa pri tomto umývaní nesmie dostať do týchto častí. Umývač berie ďalší kus látky a spolu s mydlom a vodou začína umývať hlavu a bradu nebohého, pokračujúc umývaním pravej strany vrchnej časti tela, potom ľavej strany vrchnej časti tela až po pravú dolnú časť a ľavú dolnú časť tela. Ak sa jedná o telo ženy, jej vlasy sa rozpustia, umyjú, učešú a zapletú do troch vrkočov a umiestnia do zadnej časti hlavy. Pri poslednom umývaní sa môže použiť parfémovaná voda. Telo sa osuší čistými uterákmi a je pripravené na obliekanie (Sabiq, 1994). Pohrebný odev muža *kafan* pozostáva z troch bielych plachiet o rozmeroch 210 x 210 cm, ktoré sú čisté a zakrývajú celé telo zosnulého. Je predpis ,že tieto plachty nesmú byť z luxusnej látky, ale skôr z jednoduchej. Tieto plachty môžu byť aj parfémované. Niekde sa na parfemáciu používa len kadidlo (Sabiq, 1994). Jednotlivé kusy plátna sa umiestňujú jeden na druhý. Telo zosnulého sa nadvihne a uloží na plátna. Počas toho môžu zosnulému uložiť na čelo, ruky, kolená a nohy kadidlo alebo iný parfém. Ľavá ruka sa mu položí na hrud' a na ňu sa dá prekřížená pravá ruka. Presne tak, ako sa modlil za života. Okraj najvrchnejšieho plátna je zahnutý na pravej strane tela , druhý okraj toho istého plátna je zahnutý do ľavej strany. To isté sa urobí aj s druhým a tretím kusom plátna. Tieto plátna sa upevnia povrazmi, alebo kúskami látky okolo tela a to takto: jeden okolo hlavy, druhý okolo bedier a tretí okolo nôh (Siala, 2003). *Kafan* ženy pozostáva z 5 častí: 2 plátna - 210 x 210 cm, 1 dlhá košeľa bez rukávov s dierou uprostred pre hlavu siahajúca od pliec po nohy - 110 x 220 cm, 1 plátno na zahalenie drieku - 180 x 110 cm, 1 závoj na hlavu. Kým na upevnenie *kafanu* u muža sa používajú len 3 povrazy, alebo kusy látky, tu je obradovo predpísané použiť až 4 povrazy. Jeden okolo hlavy, jeden okolo nôh a dva okolo tela (Siala, 2003). Potom nasledujú modlitby a suplikácie, ktoré sa konajú mimo mešity za zosnulého a vedú sa v smere k Mekke. *Quibla* je modlitebný smer a zároveň aj miesto modlitieb. Pohreb sa nesmie vykonávať v noci. Hrob musí byť vždy zvislý. Telo je do hrobu uložené bez truhly, na pravom boku s hlavou obrátenou k Mekke. Telo do hrobu spúšťajú jeho najbližší. A dávali sa symbolické tri hrudy, ako opory v hrobe. Jedna hruda sa mu dala pod hlavu, druhá pod bradu a tretia pod plecia. V súčasnosti sa len symbolicky sypú tri hrudy na telo a recituje sa pritom Korán. Doba trúchlenia je stanovená na 3 dni. Pre vdovu sú to 4 mesiace a 10 dní. V islame je prehnane trúchlenie zakázané, preto sa skôr prejavuje zvýšenou oddanosťou a modlitbou, ako plačom (Al-Naqib, 1997).

Židovské praktiky

Keďže telo je stvorené na boží obraz a podobu, v židovstve je rešpektované aj po smrti. Po smrti nie je možné nechať mŕtveho bez spoločnosti. Vždy s ním niekto musí byť až do momentu pohrebu. Keď nastane smrť, tak sa zatvoria oči aj ústa nebohého a jeho tvár sa prikryje bielym rubášom *achrichim*. Nohy sa mu nasmerujú smerom k dverám, aby jeho duša mohla v pokoji odísť a zapália sa sviečky. Pre židov je mŕtve telo posvätné. Na druhej strane rituálne znečisťuje každého, kto s ním príde do styku. Preto kňaz *kohen* nesmie vkročiť do miestnosti, kde sa nachádza mŕtvy. Každý z príbuzných, ktorí prišiel do styku s telom nebohého si musí umyť ruky a rituálne sa očistiť. Kým to neurobí, nesmie ísť medzi zhromaždenie veriacich. Aj kvôli tejto obradnej nečistote sa zvyčajne najímajú ľudia, *shomerim* aby pri mŕtvom držali stráž. Pred samotným pohrebom sa telo rituálne umýva *taharat haguf* a natiera rôznymi masťami. Potom sa prikryva jednoduchým plateným rúchom

a vkladá sa do jednoduchej drevenej truhly, aby nebol žiaden rozdiel medzi chudobným a bohatým židom. Všetci sú si pred Bohom rovní. Mužovi sa podľa zvyku dáva na hlavu aj jeho *kippa* modlitebná čiapočka a *tipu* (Franek, 1993). V Izraeli sa ustálil zvyk pochovávať mŕtvych bez truhliel priamo do zeme, pretože zem Izrael je posvätná. Ak sa mŕtvy pochováva do truhly, tak v nej musia byť vyvŕtané otvory, pretože Talmud požaduje, aby telo zosnulého prišlo do kontaktu s hlinou, zemou z ktorej bolo stvorené (Riemer, 2002). Keďže telo je posvätné a zároveň aj rituálne znečisťuje všetkých prítomných, v judaizme je prísny zákaz vystavovať telo zosnulého verejnosti aj na samotnom pohrebe. Pohreb pozostáva z recitovania žalmu 23 a rozprávania o vzťahu medzi zosnulým a Jahvem (Eliahu, 1997). Pri kladení mŕtveho do hrobu sa recituje obradná modlitba pre zosnulých *kadiš*, pričom si podľa tradície najbližší príbuzní zosnulého trhajú odev nasledujúc tak príklad praotca Izraela: „A Jakub si roztrhol šaty, obliekol si smútočný odev a dlhý čas smútil za svojim synom“ (Diamant, 1999). Ak je zosnulí rodič jeho deti si strhajú odev v oblasti srdca, ak sa jedna len o jeho ďalších príbuzných, tí si majú trhať odev v pravej časti hrude. Doba medzi smrťou a pohrebom sa označuje, ako *aminut* a počas jej trvania sú všetci, ktorí smútia vyňatí z plnenia pozitívnych príkázaní Božieho zákona. Po pohrebe najbližší príbuzní zosnulého pripravujú prvé jedlo pre pozostalých *se'udat havra'ah*, jedlo sústrasti, ktoré zvyčajne pozostáva z vajec a chleba. Vajce je u židov symbolom života. Toto jedlo sa dáva len rodine príbuzného a až po ňom je možné prijímať kondolencie od iných. Toto obdobie trúchlenia rodiny sa nazýva *šiva*. Hebrejský výraz pre číslo 7, pretože toto obdobie trvá 7 dní a začína sa dňom pohrebu. Vyznačuje sa prevrátenosťou bežných praktík, aby bolo aj navonok evidentné, že odchod zosnulého prevrátil všetko naruby. Toto „prevrátenie“ zasahuje nielen bežné činnosti, ako je napríklad sedenie, keď trúchliaci musia sedieť na dlážke, ale vzťahuje sa aj na zákaz používania čohokoľvek luxusného, respektíve akéhokoľvek pôžitku. Už od pradávna je u semitských kmeňov v čase trúchlenia predpis o zákaze holenia, kúpania, ba dokonca aj obliekania si čistého oblečenia. Rodinní príslušníci sú oblečení len v tom odevu, ktorí si roztrhli počas pohrebu. Príkaz trúchlenia je tak silný, že dokonca zakazuje akéhokoľvek vykonávanie práce ba dokonca aj štúdium *Tóry* (Lamm, 2001). Počas tohto obdobia sa k rodinným príslušníkom pridávajú aj priatelia. Počet modliacich musí byť minimálne 10 osôb a spolu sa modlia za zosnulého. Ak sa v čase smútku vyskytne nejaký veľký náboženský sviatok *Roš Hašana*, *Jom Kippur*, *Pesach*, *Šavuot*, *Sukkot* tak sa obdobie smútku končí. Ale ak sa pohreb stane počas obdobia sviatku, tak sa obdobie smútku presúva na čas po zavŕšení sviatku. *Šabat* počas *šivy*, sa ráta ako jeden z dní povinného smútku a nespôsobuje jeho prerušenie. Avšak iba počas *šabatu* je dovolené smútiacim opustiť dom trúchlenia a zúčastniť sa modlitieb v synagóge a obliecť si nové šaty. Hneď po skončení večernej modlitby sa musia vrátiť do domu trúchlenia a opäť si obliecť šaty smútku. Ďalšie obdobie trúchlenia, ktoré nasleduje po *šive* sa nazýva *šlošim*. Je to hebrejský výraz pre 30, pretože trvá 30 dní po pohrebe. Počas tejto periódy nesmú pozostalí navštevovať žiadne hlučné zábavy ani párty a vzťahuje sa na nich aj zákaz strihania a holenia. Posledná časť trúchlenia sa volá *avelut* a vzťahuje sa len na zosnulých rodičov. Toto obdobie trvá 12 mesiacov. Syn zosnulého je povinný sa za neho každý deň modliť *Kadiš*. Podľa židovskej tradície to má napomôcť duši ak trpí za svoje hriechy. Po dovŕšení tejto etapy už nie je povolené viac trúchliť. Každý rok na výročie smrti zosnulého pozostalí zachovávajú *jahrzeit*. V tento deň synovia zosnulého recitujú *Kadiš* a modlia sa *alijah* -požehnanie *Tóry*. Počas tohto dňa všetci tí, ktorí spomínajú na zosnulého zapalujú sviece a nechajú ich horieť 24 hodín. Rituálne spomínanie na zosnulého sa deje aj

počas náboženských obradov vo sviatky *Jom Kipur*, *Šemini azert*, v posledný deň *Paschy* a deň sviatku *Šavuot*, kedy sa v synagóge po čítaní *haftarah* prednáša modlitba *Jizkor* (Silverman,1984).V židovstve je návšteva trúchliacich považovaná za nábožný skutok *micvah*. Podľa tradície to bolo práve po smrti Abraháma, kedy Boh požehnal Abrahámovho syna Izáka. Rabíni to interpretujú, že Boh požehnal Izáka tým, že mu vyjadril sústrasť. Cieľom kondolencie nie je vyjadriť sústrasť, ale uľaviť trúchliacemu z jeho pocitu osamelosti a straty (Diamant, 1999).

Použitá literatúra

- AL-NAQIB, A. I. L. I. – KELLER, N. H. M. 1997. *Reliance of the Travele*. Amana Pubns, 1997. 1232 s. ISBN 0915957728.
- AL-SBENATY, A. 2002. *Islam – viera a náboženstvo*. 2. vyd. Bratislava: Alja s. r. o., 2002. 160 s. ISBN 80-968262-1-2.
- AL-SBENATY, A. 2003. *Islamské právo: Oblasť mieru a vojny*. Bratislava: Alja s. r. o., 2003. 79 s. ISBN 80-968262-3-9.
- BOROŠ, J. - ONDRIŠKOVÁ, E. - ŽIVČICOVÁ, E. 1999. *Psychológia*. Bratislava: Iris, 1999. 270 s. ISBN 80-88778-87-5.
- BRECKLER, S. J. – GREENWALD, G. A. – PRATKANIS, A. R. 1989. *Attitude structure and function*. Erlbaum: Hillsdale, 1989. 466 s.
- COOGAN, M. D. 2005. *The Old Testament: A Historical and Literary Introduction to the Hebrew Scriptures*. Oxford: Oxford University Press, 2005. 562 s. ISBN 0195139119.
- DANČÁK, F. 2000. *De Deo Uno et Trin*. Prešov: Petra, 2000. 93 s. ISBN 80-89007-4.
- DIAMANT, A. – KADDISH, S. 1999. *How to Comfort the Dying, Bury the Dead and Mourn As a Jew*. Schocken Books, 1999. 288 s. ISBN 0-8052-1088-1.
- DOLISTA, J. 2007. Problematika péče o staré a umírající rodiče. In: *Kontakt*. ISSN 1212-4117, 2007, č. 2, s. 264.
- ELIAHU, A. 1997. *Judaizmus: úvod do základov židovskej viery a zákonov*. Bratislava: Uniapress Internacional, 1997. 90 s. ISBN 80-85313340.
- EL-GAMAL, M. A. 2006. *Islamic Finance: Law, Economics, and Practice*. Cambridge: Cambridge University Press, 2006. 221 s. ISBN 0-521-86414-3.
- FRANEK, J. 1993. *Judaizmus: kniha o židovskej kultúre, histórii a náboženstve*. 2. vyd. Bratislava: Archa, 1993. 216 s. ISBN 97-88071150435.
- FLAVIUS, J. 2004. *Válka židovská I*. Academia, 2004, 577 s. ISBN 80-200-1171-4.
- GIBODA, I. 2008. *O smrti Historicko-teologický pohľad na smrť a jej prekonanie*. Bratislava: Serafin, 2008, 209 s. ISBN 978-80-8081-007-1
- HOMOLOVÁ, M. 2009. Postoje moderného človeka k zomieraniu a smrti. In: *Kontakt*. ISSN 1212-4117, 2009, č. 2, s. 328 – 332.
- IDEL, M. 2004. *Kabala - Nové pohľady*. Praha: Výchhrad, 2004. 44 s. ISBN 80-7021-663-8.
- JOHNSON, P. 2008. *Dějiny židovského národa*. Rozmluvy, 2008. 592 s. ISBN 978-80-85336-38-2.
- Islam. Korán*. 2010. [online]. 1.2.2010 [cit. 2010-06-29]. Dostupné na:<http://www.islam-sk.sk/sk/koran>

- JUNG, C. G. 1971. *Psychological Types, Collected Works*. Princeton: University Press, 1971. 625 s. ISBN 0-691-01813-8.
- KRISTOVÁ, J. 2010. Postoje, presvedčenia a predsudky v interaktívnom procese sestra – pacient. In: *Ošetrovateľský obzor*. ISSN 1336-5606, 2010, roč. VII., č. 3, s. 51 – 52.
- LAMM, M. 2001. *The Jewish Way in Death and Mourning*. New York: Jonathan David Publishers, 2001. 278 s. ISBN 0-8246-0423-7.
- NEIMEYER, R. A. 1994. *Death anxiety handbook*. Washington: Taylor and Francis, 1994. 258 s. ISBN 1-56032-282-9.
- NOELLE – NEUMANN, E. 1983. *Allensbacher Jahrbuch der demoskopie*. Mnichov: K. G. Saur, 1983. s.124.
- POMPEY, H. 2004. *Zomieranie*. Trnava: Dobrá kniha, 2004. 181 s. ISBN 80-7141-462-X.
- RAHNER, K. 1994. *Kresťan v dnešnom svete*. Trnava: Dobrá kniha, 1994. 199 s. ISBN 80-7141-044-6.
- RATZINGER, J. 1990. *Introduction to Christianity*. San Francisci: Ignatius Press, 1990. 280 s. ISBN 0-89870-316-6.
- RATZINGER, J. 2011. *Eschatológia*. Trnava: Dobrá kniha, 2011. 264 s. ISBN 978-80-7141-709.
- RIEMER, J. 2002. *Jewish Insights on Death and Mourning*. Syracuse: First Syracuse University Press, 2002. 377 s. ISBN 0-8156-0733-4.
- SABIQ, E. 1994. *Fiqh al Sunnah*. 11. vyd. Káhira: Darul Fatah lile'lam Al-Arabi, 1994, zväzok 2, s. 218-229.
- SAJID, A. 2003. *Death and Bereavement in Islam*. The Muslim Council for Religious and Racial Harmony. Brighton: 2003. s.26.
- SEDLÁKOVÁ, G. 2005. Rešpektovať tradície a rituály. In: *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2005, roč. IV., č. 11, s. 14.
- SCHOLEM, G. 1995. *Major Trends in Jewish Mysticism*. New York : Schocken Books, 1995. 460 s. ISBN 0-8052-1042-3.
- SIALA, M. E. 2003. *Authentic step by step illustrated Janazah guide*. Birmingham: Salman Al - Farisi Islamic Center, 2003. s. 8.
- SILVERMAN, M. 1984. *Prayers of Consolation*. Media Judaica Inc, 1984. 216 s. ISBN 0-87677-062-6.
- STEIND, R. 2000. *O smrti*. Bratislava: Iris, 2000. 135 s. ISBN 80-88778-90-5.
- Sväté písmo*. Rím: Slovenský ústav svätého Cyrila a Metóda, 1995. 2623 s..
- TONDRA, F. 1994. *Morálna Teológia I*. Spišská Kapitula: Kňazský seminár biskupa Vojaššáka, 1994. 300 s. ISBN 80-7142-023-9.
- WATSON, D. – CLARK, L. A. – TELLEGEN, A. 1988. *Development and validation of brief measures of positive affect and negative affect: The PANAS scales*. In: *Journal of Personality and Social Psychology*. 1988, roč. VI., č. 54, s. 1063–1070.

Kontaktná adresa

PhDr. Ľubica Fajčáková
 Doliečovacie oddelenie
 Vranovská nemocnica, a. s.

KOMUNITNÁ OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O SENIOROV

Kabátová Oľga

Trnavská univerzita, FZaSP, Katedra ošetrovateľstva, Trnava

Abstrakt

Komunitné ošetrovateľstvo (community nursing, public health nursing) je spravidla uskutočňované mimo nemocnice a zabezpečuje potrebnú starostlivosť o rodinu, jednotlivca či skupinu obyvateľov zameranú na ochranu zdravia, prevenciu ochorení a výchovu k zdraviu. S pribúdajúcim vekom sa všeobecne zhoršuje i zdravotný stav. Rastie počet osôb s chronickými chorobami, závislých na pomoci iných. Starostlivosť o starších občanov sa teda musí stať a v budúcnosti stane ústredným záujmom a aktivitou každej civilizovanej spoločnosti. Cieľom komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti je udržať seniora čo najdlhšie v jeho prirodzenom prostredí, so zachovaním jeho sebestačnosti, zmiernením utrpenia a udržaním kvality života na maximálnej možnej miere.

KLúčové slová: Staroba. Senior. Komunita. Ošetrovateľstvo. Starostlivosť.

Abstract

Community nursing (public health nursing) is generally carried out outside the hospital and provide the necessary care for the family of an individual or population group to protect the health, disease prevention and health education. With age and generally worsens health. An increasing number of people with chronic diseases dependent on the help of others. Care for the elderly, therefore, must become in the future and will become the focal interests and activities of any civilized society. The aim of community nursing is to keep senior as long as possible in its natural habitat, the preservation of its sovereignty, alleviate suffering and maintain the quality of life to the extent possible.

Key words: Old age. Senior. Community nursing. Care.

Úvod

Komunitná starostlivosť je starostlivosť o zdravie populácie v komunite – mimo nemocnice. Ide o starostlivosť poskytovanú v rámci komunity (tj. systém tvorený štátnymi i neštátnymi službami, ktoré sú dostupné členom komunity) alebo starostlivosť poskytovanú členmi komunity (tj. ide o starostlivosť obvykle svojpomocného charakteru, ktorú si navzájom poskytujú susedia, rodiny, rôzne neformálne spoločenstvá). Predel medzi oboma typmi starostlivosti nie je ostrý (Krátká, Šilháková, 2008). Termín komunitnej starostlivosti sa často zamieňa s termínom primárnej starostlivosti. Primárna zdravotná starostlivosť sa chápe ako starostlivosť poskytovaná praktickým lekárom pri prvom kontakte s chorým. Súčasný trend zameriava primárnu starostlivosť na plnenie zdravotnej politiky v komunite. Znamená to v skutočnosti presunutie starostlivosti z akútnych zariadení do komunitných. To ale znamená, že súčasťou komunitnej starostlivosti sa stáva nielen primárna, ale aj sekundárna a terciárna starostlivosť, rovnako ako prevencia (Hanzlíková, 2004). Komunitné ošetrovateľstvo (community nursing, public health nursing) je uskutočňované spravidla mimo nemocnice a zabezpečuje potrebnú starostlivosť o rodinu, jednotlivca či skupinu obyvateľov zameranú jednak na ochranu zdravia, prevenciu ochorení a výchovu (edukáciu) ku zdraviu. Dôraz je

kladený na to, aby človek pochopil, ako chrániť svoje zdravie a starať sa o neho a tiež prevzal za tento stav spoluzodpovednosť. Komunitné ošetrovatelstvo sa ale zameriava tiež na rehabilitáciu vrátane edukácie rodinných príslušníkov pre poskytovanie laickej ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra úzko spolupracuje so sociálnym, ekonomickým a politickým sektorom v komunite. Dôraz je kladený na prácu s klientom a jeho rodinou v ich prirodzenom prostredí. Komunitné ošetrovatelstvo zasahuje do všetkých oblastí života od narodenia (počatia) po smrť, vrátane starostlivosti o pozostalých, tzv. sprevádzanie (Krátka, Šilháková, 2008).

Vplyv starnutia populácie na zdravotnú starostlivosť

Zdravotníctvo a zdravotná starostlivosť sú v kontexte starnutia veľmi diskutovanou problematikou. Bowling (1999) píše, že rastúci počet starších ľudí bude pravdepodobne klásť stále väčšie nároky na zdravotné služby, na prístup k efektívnej liečbe a účinnej zdravotníckej starostlivosti. Starnutie sa uvádza ako dôležitý faktor najmä v súvislosti s rastúcimi nákladmi na zdravotníctvo. Niektorí autori však tento fakt spochybňujú. Napr. Seshamani, Gray (2004) tvrdia, že vek je oveľa menej významným faktorom, ktorý určuje výdavky na zdravotnú starostlivosť ako blížiaci sa smrť. Európska komisia s touto súvislosťou tiež zdôrazňuje, že nie je na mieste vyvolávať katastrofické nálady, pretože zvýšenie strednej dĺžky života je všeobecne, nie len pre zdravotníctvo, dobrou správou. Bude však záležať na tom, či roky pridané k životu budú prežité v relatívne dobrom zdraví alebo budú seniori sužovaní dlhodobou chronickými chorobami (Ivanová, et al., 2010). Práve zlepšenie zdravotného stavu „starej populácie“ je jedna z mála ciest (a možno i jediná prijateľná) ako je možné limitovať náklady na zdravotnú a sociálnu starostlivosť (Grammenos, 2005). Zdravotná starostlivosť o seniorov by mala vychádzať z modifikácie princípov, ktoré boli deklarované na Viedenskom sympóziu o starnutí a starobe už v roku 1982. **Medzi tieto princípy patrí:**

- *demedicinalizácia* – povinnosťou medicíny sice je postarať sa o starých ľudí, ale problém celého starnutia vyriešiť nemôže, dôležité je klásť akcent na kvalitu života, prirodzenosť prostredia, autonómiu,
- *deinštitucionalizácia* – prioritou ošetrovania a zabezpečenia v domácom prostredí, prioritný rozvoj terénnych zdravotných a sociálnych služieb, podpora integrácie seniora do spoločnosti, podstatou deinštitucionalizácie je teda čo najdlhšie zachovanie seniora v jeho prirodzenom domácom prostredí,
- *desektorizácia* – jeden či dva sektory nepokryjú potreby starých chorých, preto je potrebná akcentácia multidimenzionálnej a multidisciplinárnej povahy služieb, tímová práca, prepojenie zdravotných a sociálnych služieb, prepojenie rodinnej a profesionálnej starostlivosti,
- *deprofesionalizácia* – koordinácia najrôznejších typov pomoci - podpora rodiny, susedskej pomoci, seniorskej svojpomoci, dobrovoľníctvo (Kalvach et al., 1995; Hlinovská, Pohlová, 2008).

Dôležité je však rozlíšiť pozitívnu demedicalizáciu chápanú ako „scivilnenie“ zdravotnej starostlivosti od negatívnej (vylúčenie funkčných problémov zo zdravotníckej kompetencie a ich nesprávne vnímanie ako casus socialis, chápanie následnej starostlivosti ako lacnej starostlivosti, nie odbornej či obmedzovanie zdravotnej starostlivosti ako nepotrebnnej

z dôvodu veku), ktorá má povahu *vekovej diskriminácie* (Kalvach, 2006). V súvislosti so zvyšujúcim sa počtom seniorov v zdravotníckych zariadeniach sa odborníci (Kalvach et al., 2008; Weber et al., 2000; 2007; Šváb et al., 2008 ai.) zmieňujú o termíne „geriatriácia medicíny“. Ide o výraznú prevahu seniorov medzi všetkými liečenými pacientmi, kedy sa seniori vyskytujú v stále väčšom zastúpení takmer vo všetkých lekárskejších odboroch. Tento jav vyžaduje od všetkých lekárskejších i nelekárskych zdravotníckych pracovníkov aspoň základný prehľad a vedomosti o problematike geriatrickej medicíny a teda i odpovedajúce vzdelanie v tejto oblasti (Weber, 2000; Weber et al., 2011; Malíková, 2011). Slovenská republika ako jedna z krajín, v ktorej sa naplno prejavuje starnutie populácie sa stretáva s mnohými problémami v oblasti starostlivosti o seniorov. Hovorí sa najmä o nízkej dostupnosti a kvalite všetkejších foriem ústavnej a domácej ošetrovateľskej starostlivosti o chronicky kriticky chorých, imobilných a geriatrickejších pacientov, absencií koordinácie zdravotnej a sociálnej starostlivosti, nízkej dostupnosti odborných ambulatných služieb v geriatricii, nedostatku lôžok geriatrickejšieho typu, nedostatočnom personálnom a materiálnom vybavení geriatrickejších zdravotníckych zariadení, o absencií odborného vzdelávania sestier poskytujúcich pomoc geriatrickejším pacientom, či o nedostatku zdrojov (Hegyi, Krajčík, Konečná, 2009; Hegyi, 2000; Novelizácia národného programu starších ľudí, 2009). Vo vzťahu k pridelovaniu liečby môže nedostatok zdrojov viesť k diskriminácii starších pacientov na základe presvedčenia, že potrebujú liečbu drahšiu alebo, že majú kratšiu „životnosť“ a preto, by sa mali zdroje presmerovať na mladších ľudí, od ktorých sa očakáva, že budú žiť dlhšie (Bowling, 1999).

Prevenia v starobe

Staroba býva definovaná ako neskorá fáza ontogenézy, ako prirodzený dôsledok involučných, funkčných a morfologických zmien a je charakterizovaná výraznou interindividuálnou variabilitou (Šváb, 2008). Haškovcová (1990) charakterizuje starobu ako prirodzené obdobie ľudského života, vzťahované k životnému obdobiu detstva, mladosti a dobe zrelosti. Ide o prirodzený proces zmien, ktoré trvajú celý život, ale viac zreteľné sú až v neskoršom veku. Podľa Kalvacha (1997) je staroba dôsledok a prejav geneticky podmienených involučných procesov, ktoré sú modifikované ďalšími faktormi (choroba, spôsob života, životné podmienky) a je spojené s mnohými významnými sociálnymi zmenami. Starobu možno popísať vekom jedinca – kalendárnou starobou. I na periodizáciu staroby však existujú rôzne pohľady, ktoré sa líšia v závislosti od individuálneho chápania staroby ich autorov a doby, v ktorej títo autori žili. V súčasnosti sa najčastejšie stretávame s periodizáciou staroby, tak ako ju navrhli experti zo WHO.

Tí rozčlenili starobu do troch fáz:

- 60 – 74 rokov – včasná staroba,
- 75 – 89 rokov – vlastná staroba, sénium,
- 90 a viac rokov – dlhovekosť (Majer-Mullerová, 2003).

V našich zemepisných šírkach je uplatňovaná i periodizácia, ktorú prezentujú Kalvach et al. (2004):

- 65 – 74 rokov – mladí seniori,
- 75 – 84 rokov – starí seniori,
- 85 a viac rokov – veľmi starí seniori.

Názor, že podpora zdravia a prevencia nesúvisia so starobou, pretože starobe je spojená s prítomnosťou patológie, je nesprávny a musí sa zmeniť. Prevencia môže zlepšiť kvalitu života, viesť k ochrane alebo zlepšeniu telesného a duševného zdravia (Kovářová, 1999). Primárna prevencia je určená tým, u ktorých sa nevyskytujú symptómy narušeného zdravia. Zahŕňa aktivity týkajúce sa pohybu, cvičenia a odpočinku, výživy, starostlivosti o seba, prevencie úrazov, posilňovania duševného zdravia, starostlivosti o ústnu dutinu, kožu a iné. Je prirodzené, že v starobe dochádza k úbytku svalovej hmoty, stráca sa elasticita, prejavuje sa atrofia. Pri absencii pohybu sa tieto procesy ešte zväčšujú. Pri pohybe je dôležitá sila, ktorá sa často vytráca a spôsobuje poruchu chôdze a rovnováhy. Tieto poruchy môžu spôsobovať úrazy a pády (Puteková, 2015). Pohyb v dnešnej modernej dobe zohráva dôležitú úlohu v živote každého človeka. Pomáha udržať ľudský organizmus v dobrom zdravotnom stave a telesnej i duševnej kondícii (Puteková 2015). Sekundárna prevencia znamená vyhľadávanie chorôb vo včasnej štádiách, ich diagnostiku a liečbu. Intervencie sekundárnej prevencie zastavujú progresiu choroby a predchádzajú vzniku trvalých porúch (Litomerický, 1992). Dôležité je včasné poskytnutie potrebnej starostlivosti. Medzi opatrenia realizované v rámci sekundárnej prevencie patrí napr. skríning hypertenzie, nádorových ochorení, diabetes mellitus, kardiovaskulárnych chorôb, demencie, depresie, závislosti od liekov alkoholu a pod. Ďalej sem patrí získavanie informácií o životnom štýle, sociálnom stave, dostupných a využívaných štruktúrach sociálnej pomoci, o finančnom zabezpečení a bytových podmienkach (Hanzlíková et al., 2004). Terciárna prevencia je zameraná na zabránenie komplikácií a vzniku odkázanosti na pomoc iných. Na poskytnutie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti musí sestra pracujúca v komunite poznať zmeny v starobe na úrovni somatickej, psychickej, sociálnej, duchovnej, ako aj osobitosti chorôb v starobe, syndrómy a symptómy typické pre starší vek. Medzi najvýznamnejšie zvláštnosti chorôb starobe patrí polymorbidita, mikrosyptomatológia, výskyt atypických alebo vzdialených príznakov, sklon ku komplikáciám a chronicke. Typické syndrómy, ktoré úzko súvisia s procesom starnutia a starobou sa nazývajú veľké geriatrické syndrómy a okrem imobility, inkontinencie, intelektuálnych porúch sem možno zaradiť poruchy spánku, elektrolytového a vodného metabolizmu, poruchy termoregulácie, poruchy pocitu smádu, závraty, syndróm hypostatickej hypotenzie ai.

Úlohy sestry pracujúcej v komunite seniorov

Cieľom komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti je udržať seniora čo najdlhšie v jeho prirodzenom prostredí, so zachovaním jeho sebestačnosti, zmiernením utrpenia a udržaním kvality života na maximálnej možnej miere (Kovářová, 1999). Komunitná ošetrovateľská starostlivosť predstavuje komplexnú starostlivosť. Poskytuje sa na základe podrobného posúdenia stavu seniora. Posúdenie seniora je základným kameňom geriatrického ošetrovateľstva, ktorého cieľom je viesť systematické a integrované hodnotenie. Potreby

zdravia a ošetrovateľskej starostlivosti u seniora sú komplexné, ktoré vyplývajú z kombinácie zmien spojených s vekom, ochorením, dedičnosťou a životným štýlom. Posúdenie vyžaduje znalosti a pochopenie súvislosti týchto jednotlivých faktorov (Martinková, 2015).

V rámci prvej fázy ošetrovateľského procesu sestra hodnotí:

- somatický stav,
- psychický stav,
- funkčný stav.

Sestra posudzuje mieru sebaistočnosti alebo závislosti od pomoci iných za základe posúdenia funkčného stavu. Medzi aktivity, ktoré sestra posudzuje patrí jedenie, umývanie, obliekanie, motorika, schopnosť udržať moč a stolicu, sebaopatera v súvislosti s vyprázdňovaním moču a stolice. Medzi aktivity s používaním pomôcok patrí príprava jedla, hospodárenie s peniazmi, nakupovanie, používanie telefónu, ľahké domáce práce a ťažké domáce práce. V rámci sociálneho stavu sa sestra zaujíma o rodinu, susedské vzťahy, bytové podmienky, finančné zabezpečenie, sieť dostupných sociálnych služieb a ich využívanie. V rámci životného štýlu sestra hodnotí návyky, stravovanie, aktívny a pasívny odpočinok, záľuby a spôsoby zvládania stresu. Sestra sa zaujíma aj o údaje týkajúce sa duchovných potrieb. Ide o potrebu sebaúcty a vedomia vlastnej hodnoty a dôstojnosti, potrebu lásky, priateľstva, dôvery k iným, porozumenia a nádeje. Podrobná anamnéza pomáha sestře odhaliť aktuálne a potenciálne problémy, umožňuje navrhnúť vhodné odporúčania a intervencie. Plánovanie, realizovanie intervencií a vyhodnotenie robí sestra v spolupráci so seniorom, prípadne s jeho rodinnými príslušníkmi, pričom spolupracuje s ostatnými členmi tímu (fyzioterapeut, asistent výživy, lekár – geriatier, psychológ ai.). Sestra pracujúca v komunite plánuje a realizuje aktivity zamerané na prevenciu ochorení a komplikácií, podporu a udržanie zdravia. Medzi najčastejšie aktivity patrí edukácia, poradenstvo, obhajoba, organizácia starostlivosti, vykonávanie základnej ošetrovateľskej starostlivosti (Hanzlíková, 2004). Medzi najčastejšie zdravotné problémy seniorov v komunite možno zaradiť hypertenziu, nádorové ochorenia, artritídu, poškodenie zraku, sluchu, zmätenosť, demencie, dentálne problémy, zneužívanie liekov a abúzus alkoholu (Stanhope, 1996).

Záver

S pribúdajúcim vekom sa všeobecne zhoršuje i zdravotný stav. Rastie počet osôb s chronickými chorobami, závislých na pomoci iných. Starostlivosť o starších občanov sa teda musí stať a stane v budúcnosti ústredným záujmom a aktivitou každej civilizovanej spoločnosti. Medzi všeobecne platné ciele organizácie starostlivosti o seniorov by podľa Webera (2000) malo patriť rozširovanie ambulantnej starostlivosti a to tak primárnej ako aj komunitnej. V krajinách s rozvinutou geriatrickou starostlivosťou je momentálne väčšina zdravotných a takmer všetky otázky sociálnej starostlivosti o seniorov spojená s úsilím ich opäť čo najviac riešiť na úrovni komunity. Starostlivosť o narastajúcu staršiu populáciu je v súčasnosti presúvaná z inštitúcií na komunitu. Ústrednú rolu vo vykonávaní základnej starostlivosti o dysabilných seniorov a to v domácom prostredí, ktoré je pre nich po všetkých stránkach najprospešnejšie, zohráva najbližšia rodina, príbuzní, priatelia, susedia a ďalší dobrovoľníci. Rozvoj možnosti siete tejto neinštitucionálnej starostlivosti je preto nutný (Weber, 2000). Komunitná ošetrovateľská starostlivosť predstavuje komplexnú starostlivosť

poskytovanú na základe podrobného posúdenia stavu starého človeka (Hanzlíková, 2004). Sestra sa stáva kľúčovou pre skrining problémov u seniorov (Martinková, 2016). Reálne zhodnotenie schopností alebo naopak obmedzení seniora umožňuje sestрам nastavenie primeraného rozsahu starostlivosti a stanovenie ošetrovateľského plánu k podpore zachovaných funkcií, udržaniu funkcií zdatnosti a v prípade potreby zodpovedajúcej miere pomoci a podpory.

Použitá literatúra

- BOWLING, A. 1999. Ageism in cardiology. In *BMJ* (Clinical research ed.). ISSN 0959-8138. 1999. vol. 319, no. 7221, pp. 1353 - 1355.
- GRAMMENOS, S. 2005. *Vliv demografického stárnutí v rozšířené Evropské unii na oblasti kvality života, podpory zdraví a zdravotnictví*. Závěrečná správa. Bruxelles: Centre for European Social and Economic Policy, 2005.
- HANZLÍKOVÁ, A. 2004. *Komunitné ošetrovateľstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2004. 279 s. ISBN 80-8063-155-7.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 1990. *Fenomén stárří*. Praha: Portál, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.
- HEGYI, L. 2000. Aktuálne problémy geriatrickej starostlivosti v Slovenskej republike. In *Životné prostredie*. [online]. roč. 34, č. 6. [cit. 2016.05.1.] Dostupné na internete: <http://uke.sav.sk/zp/2000/zp6/hegyi.htm>.
- HEGYI, L. - KRAJČÍK, Š. - KONEČNÁ, M. 2009. Súčasný stav zdravotnej starostlivosti o seniorov. In *Geriatría*. ISSN 1335-1850. 2009. č. 3. s. 4.
- HLINOVSKÁ, J. - POHLOVÁ, Z. 2008. Strategie péče o stárnoucí populaci. In *Zdravotnické noviny*. ISSN 1805-2355, 2008, roč. 57, č. 4, s. 14 – 15.
- IVANOVÁ, K. - ŠPATENKOVÁ, N. - BUŽGOVÁ, R. 2010. Rizikovní senioři – sociální fenomén demografického stárnutí populace. In *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis, Facultas Philosophica, Sociologica – Andragogica*. Olomouc, 2010. s. 67 – 78. ISBN 978-80-244-2483-5.
- KALVACH, Z. et al. 1995. *Vybrané kapitoly z geriatrickej a medicíny chronických stavů*, II. díl. Praha: Karolinum, 1995. 214 s. ISBN 80-7184-001-7.
- KALVACH, Z. 1997. *Úvod do gerontologie, obecná a aplikovaná*. 193 s. ISBN 80-7184-366-0.
- KALVACH, Z. et al. 2004. *Geriatrickej a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-2470-548-6.
- KALVACH, Z. 2006. Bariéry a diskriminace senioru ve zdravotní a sociální péči v ČR. In *Postavení a diskriminace seniorů v České republice*. Praha: MPaSV, 2006. 140 s. ISBN 80-86878-52-X.
- KALVACH, Z. a kol. 2008. *Geriatrickej syndrómy a geriatrickej pacient*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KOVÁŘOVÁ, M. 1999. Kvalita života starých lidí. In *IX. Lékařská konference SFZ*, 5-6 jún 1999. Piešťany.
- KRÁTKÁ, A. – ŠILHÁKOVÁ, G. 2008. *Ošetrovateľství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008. 161 s. ISBN 978-80-7318-726-2.

- LITOMERICKÝ, Š. 1992. *Geriatra pre sestry*. Martin: Osveta, 1992. 275 s. ISBN 978-80-8034-244.
- MAJER-MULLEROVÁ, L. 2003. *Klinická gerontológia – geriatricie*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, 2003. ISBN 80-7044-536-x.
- MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v bytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MARTINKOVÁ, J. Fyzikálne posúdenie pacienta vo vyššom veku In: *X. celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v odboroch vnútorného lekárstva*. - Bratislava : Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2015. - ISBN 978-80-89542-47-5. - CD-ROM; S. 21.
- MARTINKOVÁ, J. Poruchy zraku u seniorov. In: *Sestra*. - ISSN 1335-9444. - Roč. 15, č. 3-4 (2016), s. 20-22.
- PUTEKOVÁ, S. 2015 Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s Alzheimerovou chorobou v domácom prostredí In: *Spoločne proti Alzheimerovej chorobe*. Piešťany: Aksentívny senior o.z. ISBN 978-80-971833-1-8. CD-ROM s.39-44.
- PUTEKOVÁ, S. 2015 Senior a pohybová aktivita In: *Cesta k modernému ošetrovateľstvu XVII.*. - Praha : Fakultní nemocnice v Motole, 2015. - ISBN 978-80-87347-20-1. - CD-ROM; S. 59-61.
- SESHAMANI, M. - GRAY, A. 2004. Time to death and health expenditure: an improved model for the impact of demographic change on health care costs. In *Age and ageing*. ISSN 1468-2834, 2004, .vol. 33, no. 6, pp. 556 – 561.
- ŠVÁB, J. et al. 2008. *Chirurgie vyššího věku*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-2604-5.
- WEBER, P. et al. 2000. *Minimum z klinické gerontologie*. Brno, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.
- WEBER, P.- AMBROŠOVÁ, P.- WEBEROVÁ, D.- BIELAKOVÁ K. 2011. Geriatrické syndromy a syndróm frailty. In *Vnitřní lékařství*. ISSN 1801–7592. roč. 11, č. 57.

Kontaktná adresa

PhDr. Oľga Kabátová, PhD.

Trnavská univerzita, Fakulta zdravotnícka a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva
Univerzitné nám. 1

917 43 Trnava

email: olga.kabatova@truni.sk

KVALITA ŽIVOTA SENIOROV V SÚVISLOSTI S POHYBOVOU AKTIVITOU

¹Kundraciková Luboslava, ¹Kiško Alexander, ¹Derňárová Ľubica
¹Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

Abstrakt

Úvod: Zdravé starnutie je jednou z hlavných výziev svetovej zdravotníckej organizácie. Demografické zmeny a nárast staršej populácie bude mať negatívny vplyv na ekonomiku, starostlivosť, sociálny rozvoj, blahobyt a prosperitu v jednotlivých krajinách. Pravidelná pohybová aktivita zlepšuje fyzické i mentálne zdravie seniorov, podporuje ich sebestačnosť a tým pozitívne ovplyvňuje kvalitu života.

Jadro práce: Zvyšovanie kvality života patrí medzi významné úlohy našej spoločnosti. Nevyhnutným faktorom kvality života je zdravie. Medzi hlavné priority človeka môžeme zaradiť zachovanie zdravia, zvýšenie kvality života a spomalenie procesu starnutia. Výskumy dokazujú pozitívny vplyv pohybovej aktivity na proces starnutia. Fyzickou aktivitou možno predĺžiť aktívne starobu a znížiť biologický vek. Cieľom pohybových aktivít je zachovanie sebestačnosti, istoty a kvality života seniorov. Pre zachovanie nezávislosti starých ľudí sa odporúča použiť vhodnú a primeranú pohybovú aktivitu čo najdlhšie. Najodporúčanejšia pohybová aktivita pre seniorov je chôdza primeranou rýchlosťou. Chôdza je najprirodzenejší pohyb, forma pohybovej aktivity a spôsob transportu. Môže byť súčasťou každodenného programu, vykonávať sa dá prakticky v každom prostredí, vhodná je pre všetkých bez rozdielu veku a pohlavia, je šetrná a nehrôzi pri nej pretrénovanie, jedinci si môžu regulovať intenzitu, dĺžku a frekvenciu a má veľa zdravotných pozitívnych efektov a minimum vedľajších negatívnych účinkov. Účinok pohybového programu na kvalitu života seniorov môžeme merať na základe objektívneho hodnotenia množstva pohybovej aktivity modernou metódou akcelerometrie Actigraph GT3X+ - akcelerometerom, ktorý zaznamenáva zmenu polohy tela v troch osiach. Je určený na objektívne meranie pohybovej aktivity, po dobu merania 7 až 30 dní. Namerané hodnoty nám pomôžu zistiť úroveň pohybovej aktivity a jej deficit. Na základe týchto výsledkov je možné odporučiť možnú úpravu životného štýlu v zmysle zvýšenia pohybovej aktivity. Actigraph GT3X+ je upevnený pomocou elastického pásu na boku. Počas merania je možné vykonávať bežné denné aktivity. Pred začiatkom je prístroj nastavený tak, že automaticky zapne aj vypne. Obdržané výsledky z akcelerometrie sa hodnotia za pomoci programu Actilife.

Záver: Na základe objektívneho hodnotenia pohybovej aktivity/inaktivity metódou akcelerometrie za pomoci akcelerometra Actigraph GT3X+ je možné vytvoriť program pohybovej aktivity pre seniorov, ktorý by mal významne prispieť aj k zlepšeniu kvality života v tejto vekovej skupine.

Kľúčové slová: Ošetrovateľstvo. Pohybová aktivita. Chôdza. Kvalita života. Seniori.

Abstract

Introduction: Healthy aging presents one of the main challenges of the World Health Organisation. Demographic changes and the growth of older population will negatively influence economics, health care, social development, welfare and prosperity in different countries. Regular exercise improves physical and mental health of a senior, supports their self-sufficiency and thus influences the quality of life in a positive way.

Gist: Increasing the quality of life belongs among essential tasks of our society. Health is an imperative factor of the quality of life. Maintaining health, increasing the quality of life and preventing the process of aging can be included among the main priorities of a human. The researches have shown a positive influence of exercise on the process of aging. Physical activities can prolong active old age and decrease biological age. The aim of exercise activities is to maintain self-sufficiency, security and quality of life of seniors. Suitable and appropriate exercise is recommended to maintain the self-sufficiency of elderly people as long as possible. Walking in appropriate pace presents the most frequently recommended exercise for seniors. Walk is the most natural exercise, form of movement and a means of transport. It can be a part of everyday regime, it can be performed practically in any environment, it is suitable for everybody regardless of age and sex, it is safe and without the threat of overtraining, people can regulate its intensity, length and frequency and possesses a lot of healthy positive effects with minimum of negative side effects. The effect of exercise programme on the quality of life of seniors can be measured on the base of objective evaluation of the amount of exercise activity by a modern method of accelerometry Actigraph GT3X+ - accelerometer, which records the change of body position in three axes. It is determined to measure exercise activity objectively during the period of measurement of 7 to 30 days. Taken values can help to find out the level of exercise activity and its deficiency. On the base of those results it is possible to recommend a possible adjustment of lifestyle in terms of increased exercise activities. Actigraph GT3X+ is fastened with a help of elastic band on the side. During the measurement it is possible to perform common daily activities. At the beginning the machine is adjusted to automatic switch on and off. The results measured by accelerometry are evaluated with the help of the programme Actilife.

Conclusion: It is possible to create a programme of exercise activity for seniors, which should contribute considerably to improving the quality of life in this age group, on the base of objective evaluation of movement activity / inactivity by the method of accelerometry with the help of accelerometer Actigraph GT3X+.

Key words: Nursing. Movement activity. Walk. Quality of life. Seniors.

Úvod

Problematika pohybovej aktivity u seniorov je v súčasnosti čoraz aktuálnejšia. Potrebné je vyvinúť účinné iniciatívy na podporu zdravia seniorov. Výskumov v tejto vekovej kategórii je málo a väčšina súčasných štúdií bola vykonaná v Severnej Amerike. Štúdie ukázali súvislosť medzi účasťou na pohybovej aktivite a vyššou kvalitou života. Pohybová aktivita je spojená s lepším fyzickým a duševným zdravím u starších osôb. Postupný pokles pohybovej aktivity prispieva k zhoršeniu základného ochorenia. Stratégie, ktoré zlepšujú úroveň pohybovej aktivity sú veľmi dôležité, aby zastavili tento cyklus. Neexistuje žiadny vekový limit pre

výnimky spojené s pravidelnou pohybovou aktivitou (Warburton DER, Nicol C, Bredin SSD, 2006).

Vplyv pohybovej aktivity na proces starnutia

Merať veľkosť pohybovej aktivity je veľmi obťažné pretože predstavuje široký komplex pohybového správania človeka. Pohybová aktivita zahŕňa všetky pohyby tela od sedenia na stoličke až po účasť na športovej súťaži. Spôsoby a prostriedky na meranie pohybovej aktivity sú používané tak, aby popísali správanie a zvyky, úroveň pohybovej aktivity, zmeny v aktivitách jedinca, populácie (Machálková, 2012). Monitorovanie a charakteristika pohybovej aktivity v rôznych vekových kategóriách je v súčasnej dobe jedným zo základných výskumných problémov (Horák, 2011). V priebehu 20. storočia sa posunula priemerná dĺžka života človeka zhruba o rovnaký úsek ako za predchádzajúcich päťtisíc rokov. Mení sa zloženie spoločnosti, pribúda seniorov, populácia vo všetkých priemyselne vyspelých krajinách starne (Kopřivová, 2008). Najväčším a dlhodobým cieľom je to, aby sa s predĺžovaním ľudského veku predlžovalo tiež obdobie života človeka, v ktorom je schopný viesť plnohodnotný a nezávislý život v dobrom zdravotnom stave (Holmerová, 2006). Podľa odhadov OSN (Hudáková, 2013), ktorá sprístupnila informácie o veľkosti svetovej populácie z roku 2002, je európsky kontinent jediným svetovým regiónom, ktorého objem populácie sa v nasledujúcich rokoch bude znižovať na úroveň - 0,28%. Pomer detí v európskej populácii sa znížil v roku 2000 na 17%, v roku 2050 sa zníži na 15% celkovej populácie. Zároveň budú ľudia v priebehu rokov 2045-2050 žiť dlhšie, pretože sa predpokladá, že dĺžka života v Európe sa zvýši z aktuálnych 73,2 roka až na 80,5 roka. Pribudne starých ľudí, pretože v roku 2050 budú až jednu tretinu európskej populácie tvoriť 60 a viacroční. Starnutie populácie sa tak stáva celosvetovým fenoménom. V roku 2012 tvorila kategória seniorov nad 65 rokov na Slovensku 13,1%. Predlžovanie veku je pozitívne ovplyvnené hlavne zlepšením zdravia, kvalitou života a úrovňou zdravotnej starostlivosti (Kisvetrová, 2014). Človek je starý tak, ako staro myslí, konštatujú psychológovia. Preto je staroba predovšetkým funkciou duševného a telesného stavu a nie počet rokov života. Dôležité je udržať si sviežosť mysle a tela čo najdlhšie ako sa to podarí. Dá sa povedať, že človek je relatívne mladý, dokiaľ je ešte schopný učiť sa, znášať nové odlišné názory, získavať nové skúsenosti a dá sa nimi ovplyvniť. V súčasnej dobe prežívame prevratné obdobie vyznačujúce sa výraznými demografickými zmenami obyvateľstva. Stredná dĺžka života populácie vyspelých krajín sveta sa významne predlžuje. Je to jav, ktorý má svoje spoločenské dopady a preto je nevyhnutné ho systémovo riešiť (Štílec, 2003). Németh et al. (2009) uvádzajú, že dosiahnutie najvyššej novej aktivity, funkčnej schopnosti a sebestačnosti pre pacienta, prispieva k zlepšovaniu kvality života, predovšetkým v súvislosti so zdravotným stavom seniora. Aktívne starnutie znamená starnúť v zdraví a byť v každodennom živote nezávislý. K tomu vo veľkej miere prispieva pravidelná pohybová aktivita, ktorá pozitívne ovplyvňuje proces starnutia. Fyzická aktivita má u starších ľudí veľký význam v prevencii ochorení, udržaní nezávislosti a zlepšení kvality života (Kisvetrová, 2014). Výskumné projekty sa zaoberajú predovšetkým skutočnosťami, ktoré pozitívne ovplyvňujú nielen dobu dožitia, ale predovšetkým dĺžku aktívneho života a kvalitu života v starobe podmienenú fyzickým a psychickým zdravím starších ľudí (Aldwin, Gilmer, 2013, Netz et al., 2005, Nelson et al.

2007, Mudrak et al., 2013). Jedným z kľucovych aspektov takéhoto vývoja vo vyššom veku, označovaného ako aktívne i uspešne starnutie (Rowe, Kahn, 1998, Hasmanova Marhankova, 2010, Mudrak, 2013), je čo najuplnejšie zachovanie kognitívnych funkcií (Alber et al, 1995, Park, Schwarz, 2012, Štěpánková et al., 2012, Mudrak, 2013), lebo ich uroven signifikantne ovplyvňuje sebestačnosť starších ľudi. Aj keď v priebehu starnutia dochádza k poklesu niektorých kognitívnych funkcií, tento proces je možne významne ovplyvňovat. Proces starnutia sa vykazuje veľkou interindividuálnou variabilitou, ktorá je do značnej miery podmienená životným stylom daného človeka. Celá rada studii naznačuje, že vekom podmienenému poklesu kognitívnych funkcií možeme predchádzať ich tréningom (Ball et al., 2002, Štěpánková et al., 2012, Mudrak, 2013). Dôležitý faktor predstavuje v tomto hľadisku aktivita daného človeka (Newson, Kemps, 2005, Mudrak, 2013). Intenzívna pohybová aktivita može pôsobiť ako prevencia vekom podmieneného poklesu úrovne kognitívnych funkcií (Albert et al., 1995, Mudrak, 2013). Bolo dokázané, že 15 minút cvicenia strednej intenzity denne alebo 90 minút týždenne znižuje u seniorov riziko mortality z akejkoľvek príčiny. WHO odporuča dospelým vo veku 65+ aspoň 150 minút strednej intenzívnej aeróbnej fyzickej aktivity týždenne. Fyzická aktivita by mala zahŕňať voľno časové aktivity, chodzu, jazdu na bicykli, domáce práce, aktivity v rámci denných rodinných a komunitných aktivít. Pravidelný pohyb pozitívne ovplyvňuje fyzické i mentálne zdravie, obmedzuje rozvoj a progresiu chronických ochorení. Medzi faktory, ktoré negatívne ovplyvnuju pohybovú aktivitu seniorov, patri preferovanie sedaveho životného stylu, obava zo zranenia pri pohybe, absencie sociálnej opory, deficit znalosti o vhodných pohybových aktivitach, zlý zdravotný stav a nedostatok príležitosti pre pohybovú aktivitu (WHO, 2010). Dalšim signifikantným faktorom ovplyvnujucim pohybovú aktivitu a čas strávený sedením je vek. Stredne zaťažujúca pohybová aktivita sa znižuje so stupajucim vekom a opačne so zvyšujucim sa vekom narastá čas strávený sedením. Lineárna závislosť medzi vekom a pohybovou inaktivitou bola potvrdená vo všetkych európských statoch (Guthold et al., 2008) a tiež u ľudi bez aj so zdravotným obmedzením (Pelclova et al., 2008). Pelclova et al. (2008) potvrdzujú, že priemerné hodnoty chodze v rámci jedného tyzdna sa dokonca mierne zvyšili u najstaršej vekovej skupiny (65-69 rokov) v porovnaní so strednou skupinou (60-64 rokov). Toto zistenie potvrdzuje, že chodza je vhodná pohybová aktivita pre dospelých a zvlašt seniorov. Chodzu možu byť splnené zdravotné odporučania na pohybovú aktivitu. Výskumy dokazujú, že vysokoškolske vzdelanie je pozitívne asociované s plnením zdravotných odporučani (Bertrais et al., 2004), s objemom chodze (Friis, Nomura, Ma,&Swan, 2003) a negatívne s pohybovou inaktivitou (Brosn et al., 2005). Milanovič et al. (2013) zistovali rozdiely v úrovni fyzickej aktivity a funkčnej zdatnosti medzi mladými staršimi osobami (60-69 rokov) a staršimi starými (70-80 rokov) ľudmi s hypotézou, že s pribúdajúcim vekom bude zistený pokles. Celkovo u 1288 účastníkov bola hodnotená fyzická aktivita pomocou Medzinárodného dotazníka fyzickej aktivity. Funkcna zdatnosť bola hodnotená aj pomocou Senior Fitness testu. Tato studia zistila, že znizenie úrovne fyzickej aktivity a funkčnej zdatnosti bol rovnaký pre mužov aj ženy, a to vzhľadom k procesu starnutia. Veerle Van Holle et al. (2014) v studii skúmali vzťah medzi objektívnou pohybovou aktivitou a nimi uvádzanou pohybovou aktivitou v komunite belgických seniorov nad 65 rokov. Studia bola realizovaná v období od oktobra 2010 do septembra 2012 na vzorke 438 respondentov, ktorí

žili v 20 štvrtiach po celom Gente v Belgicku. Účastníci nosili akcelerometer počas siedmich po sebe idúcich dňoch na získanie objektívnej úrovne pohybovej aktivity, subjektívna pohybová aktivita bola hodnotená pomocou Medzinárodného dotazníka fyzickej aktivity. Zistenia ukázali pozitívny vzťah medzi schopnosťou chodiť a medzi jej týždenným využívaním na prepravu a negatívny vzťah k jej zrýchleniu. Toto je prvá európska štúdia, ktorá skúmala pohybovú aktivitu u seniorov. Chôdza je dostupná pre seniorov a ľahko integrovaná do ich každodenného života a na základe toho by mala byť hlavnou témou vo vývoji iniciatív na jej podporu. Akcelerometria je štandardne používaná objektívna metóda na meranie fyzickej aktivity. Zavázalová et al. (Nemček, 2010) zistili, že aktivity seniorov žijúcich vo svojich domácnostiach sú početnejšie ako u inštitucionalizovaných starších ľudí. V súbore 951 seniorov voľno - časové aktivity majú vo všetkých ukazovateľoch vyššie preferencie a čo sa týka športovo - rekreačných aktivít, dokonca až 60% z nich sa venuje pravidelnej pohybovej činnosti a až 90% vykonáva pravidelné prechádzky do okolia. Táto skutočnosť by mala byť podnetom na zvýšené zapájanie celého tímu pracovníkov v inštitúciách určených seniorom, aby vytvárali možnosti pre denno - dennú realizáciu činností aktívneho charakteru.

Záver

Počet seniorov stúpa, a to aj v pomere k celkovej populácii. Náklady na komunitu starších ľudí v zlom zdravotnom stave tomu úmerne rastú. Boli zistené pozitívne účinky pohybovej aktivity a cvičenia u starších osôb. Hlavným záujmom spoločnosti je udržať čo najdlhšie nezávislosť a mobilitu starších osôb a to účinkami cvičenia. Narušená rovnováha a chôdza sú dva najvýznamnejšie rizikové faktory pre obmedzenie schopnosti pohybu a orientácie. Je dôležité pochopiť účinok pohybovej aktivity a cvičenia v procese starnutia na týchto rizikových faktoroch (Hudáková, Majerníková, 2013). Hudáková, Majerníková (2013) uvádzajú, že fyzická aktivita významným spôsobom reprezentuje mobilitu seniorov, čo potvrdzujú výsledky zahraničných výskumov. Uvedené aspekty v komunite starých ľudí zisťovali White et al. (2008) v USA. Na súbore 321 účastníkov hodnotil fyzickú aktivitu, osobnú výkonnosť, globálnu kvalitu života, rebríček vlastných hodnôt a hranice disability. Autori zo skúmaného súboru zistil, že rebríček osobných hodnôt významne ovplyvňovali vzťahy medzi fyzickou aktivitou a kvalitou života seniorov. McAuley et al. (2005) testovali mnohé alternatívne modely fyzickej aktivity a vzťahov kvality života v komunite starých mužov a žien. Poukázali na fakt, že osobné hodnoty majú prioritnú úlohu vo výsledkoch fyzickej aktivity a podliehajú indikátorom kvality života. Na základe týchto zistení autori navrhujú programy na zlepšenie fyzickej aktivity a uvádza, že hodnoty, ktoré seniari získali fyzickým cvičením, výrazným spôsobom menia ich pohľad na úroveň disability. Podľa Nemčeka (2010) najlepšou prevenciou predčasného starnutia je akákoľvek aktivita. Prevencia maladaptácie na starnutie spočíva v realizácii aktivity, kedy hovoríme o programe úspešného starnutia a aktívnej staroby. Akákoľvek činnosť, ktorú starý človek vykonáva je prospešná a prináša mu osobné pozitíva. Pohybová aktivita predlžuje život, odďaľuje starnutie, znižuje spotrebu i potrebu lekárskej starostlivosti, odďaľuje vznik závislosti a nutnosť hospitalizácie. Zdravý, výkonný senior je schopný plánovať a organizovať si svoje aktivity samostatne, no človek s rôznymi zdravotnými poruchami je vo svojich aktivitách limitovaný. Čím väčšie je

fyzické alebo duševné obmedzenie v dôsledku zdravotného stavu, tým dôležitejšia je podporná funkcia prostredia. Pohybová aktivita patrí medzi významné faktory ovplyvňujúce kvalitu života človeka, zvlášť v seniorskom veku, kedy pokles pohybovej aktivity často prispieva k celkovému zhoršeniu zdravotného stavu pacienta. Možno predpokladať, že medzi pohybovou aktivitou seniorov a kvalitou ich života existuje relevantná súvislosť.

Použitá literatúra

ALBERT, M. S. et al., 1995. Predictors of cognitive change in older persons: MacArthur studies of successful aging. *Psychology and aging*, 10, 4, 578-589.

ALDWIN, C. M., GILMER, D. F. 2013. *Health, illness and optimal aging*. New York: Springer.

BALL, K. et al., 2002. *Effects of cognitive training interventions with older adults*. JAMA, 288, 18, p. 2271-2281.

BERTRAIS, S. et al., 2004. Sociodemographic and geographic correlates of meeting current recommendations for physical activity in middle-aged French adults: The supplementation in vitamins and mineral antioxidants (SUVIMAX) study. *American Journal of Public Health*, 94(9), 1560-1566.

BROWN, D. R. et al., 2005. Physical activity among adults ≥ 50 yr with and without disabilities, BRFSS 2001. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 37(4), 620-629.

CARDIOL, 2008. Súhrn európskych odporúčaní pre prevenciu kardiovaskulárnych ochorení v klinickej praxi. *Odporúčania-Guidelines*. 2008, 17 (Suppl. 3): 2S-36S. [cit. 2015-03-29]. Dostupné na internete:

file:///C:/Users/Lubka/Downloads/EU%20odpor%20C3%BA%20C4%8Dania%20pre%20prevenciu%20kardiovaskul%20ochoren%20(1).pdf

FRIIS, R. H. et al. Socioepidemiologic and health-related correlates of walking for exercise among the elderly: Results from the longitudinal study of aging. *Journal of Aging and Physical Activity*, 11(1), 54-65.

GUTHOLD, R. et al., 2008. Worldwide variability in physical inactivity: A 51-country survey. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(6), 486-494.

HASMANOVÁ-MARHÁNKOVÁ, J. 2010. Konstruovanie predstav aktivní hostárnutí v centrech pro seniory. *Sociologický časopis*. 2010, 46, 2, 211-234.

HOLMEROVÁ, I. et al., 2006. Aktivní stárnutí. In *Česká geriatrická revue*, [online]. 2006, č. 4, [cit. 2015-03-29]. Dostupné na internete: http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_06_03_06.pdf.

HUDÁKOVÁ, A., MAJERNIKOVÁ, L., 2013. *Kvalita života senioru. V kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. 128 s. ISBN 9788024747729.

KISVETROVÁ, H., VALÁŠKOVÁ, P. 2014. Pravidelná pohybová aktivita českých a slovenských seniorů - pilotní studie. In *Kontakt XVI/4*: 249-255. [online]. 2014. [cit. 2015-03-29]. ISSN 1804-7122 (Online).

KOPŘIVOVÁ, J. et al., 2003. Pohybové aktivity pro zlepšení fyzického a psychického stavu seniorů. 2003. In *Nové poznatky v kinantropologickém výzkumu*. Brno: Masariková univerzita, 2003. ISBN 80-210-3099, s. 97-100.

MILANOVIČ, Z. et al., 2013. Physical activity and functional fitness among elderly men and

- women. *ClinicalInterventions in Aging*, 2013, 8, 549-556, [cit. 2015-03-29]. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3665513/>
- MUDRÁK, J., SLEPIČKA, P., HOUDOVÁ, V., 2013. Kognitivní funkce a některé faktory aktivního životního stylu a kvality života u senioru. In *Česká Kinanthropologie*. 2013, 17, 4, 53-64.
- MUDRÁK, J., SLEPIČKA, P., SLEPIČKOVÁ, I. 2014. Vnímání zdraví a motivace k pohybové aktivitě u senioru. In *Kontakt*. ISSN 1804-7122, 2014, 1, 50-57.
- NELSON, M. E. et al., 2007. Physical activity and public health in older adults. Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*. 2007, 116, 1, 1-12.
- NEMČEK, D. 2010. *Úroveň vybraných pohybových schopností žien v staršom veku*. Bratislava: END spol. s r.o., 2010. 116 s. ISBN 978-80-89324-03-3.
- NEMČEK, D et al. 2011. *Kvalita života seniorov a pohybová aktivita ako jej súčasť*. Prešov: vydavateľstvo Michal Vaško, 2011. 163 s. ISBN 978-80-7165-857-3.
- NÉMETH, F. et al., 2009. *Geriatría a geriatrické ošetrovatelstvo*. Martin: osveta, 2009. 193 s. ISBN 9788080633141.
- NÉMETH, F. et al. 2011. *Komplexné geriatrické hodnotenie a ošetrovanie seniorov*. Prešov: Datapress, s.r.o., 2011. 216 s. ISBN 978-80-555-0381-3.
- NETZ, Y., BECKER, J. B., WU, M. 2005. Physical activity and psychological well-being in advanced age: A meta-analysis of intervention studies. *Psychology and Aging*. 2005, 20, 2, 272-284.
- NEWSON, R. S., KEMPS, E. B. 2005. General lifestyle activities as a predictor of current cognition and cognitive change in older adults. A cross-sectional and longitudinal examination. *The Journals of gerontology, series B*. 2005, 60, 3, 113-120.
- PARK, D., SCHWARY, N. 2012. *Cognitive aging*. New York: Routledge. 2012.
- PELČLOVÁ, J. et al., 2008. Vliv demografických faktorů na pohybovou aktivitu a sezení u obyvatel České republiky ve věku 55-69 let. *Tělesná kultura*, 31(2), 109-119.
- ROWE, J.W., KAHN, R. L. 1998. Successful aging. In DYCHTALD, K. *Healthy aging: Challenges and solutions*. Gaithersburg, Ma: Aspen.
- SIGMUND, E., SIGMUNDOVÁ, D. 2011. *Pohybová aktivita pro podporu zdraví dětí a mládeže*. Olomouc: Papírtisk, s.r.o., 2011. 171 s. ISBN 978-80-244-2811-6.
- SHEPHERD, R. J., THOMAS, S.G. 1995. *Jak zůstat fit i po padesátce*. Ostrava: Nakladatelství Oldag, 1995. 124 s. ISBN 80-85954-03-6.
- ŠTĚPÁNKOVÁ et al., 2012. Modification of subjective cognitive outcomes in older persons through memory training. *Geropsych.*, 25, 3, 117-125.
- ŠTILEC, M., 2003. *Pohybové-relaxační programy pro starší občany*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003. 94 s. ISBN 80-246-0788-3.
- TLUČÁKOVÁ, L., 2009. *Místo pohybové aktivity v životě seniora*. [cit. 2015-03-29]. Dostupné na internete: [file:///C:/Users/Lubka/Downloads/tlucakova%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/Lubka/Downloads/tlucakova%20(5).pdf).

Kontaktná adresa

PhDr. Euboslava Kunderaciková, 06545 Šambron 118,
email: luboslava.kunderacikova@gmail.com

ZAČLEŇOVANIE SPIRITUÁLNYCH A DUCHOVNÝCH POTRIEB PACIENTOV DO OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI

¹Laca Peter, ¹Kilíková Mária

¹VŠZaSP Bratislava, Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi, Rožňava

Abstrakt

Príspevok predstavuje začleňovanie spirituálnych a duchovných potrieb pacientov do ošetrovateľskej starostlivosti. Spirituálna zložka reprezentuje sféru spirituality a presahuje oblasť konkrétneho náboženstva. Podstatou spirituálneho rozmeru človeka je predovšetkým jeho viera, lebo viera je jednou z potrieb duchovného života a to vo forme vzťahu k absolútnu, k Bohu, k zmyslu života. Vedomie zmyslu súvisí s videním svojho života v širších dimenziách a tie slúžia pacientovi ako rámec pre sebaponať a chápanie sveta, na základe ktorých jednanie pacienta nadobúda zmysel. Obzvlášť u pacientov v terminálnom alebo rizikovom štádiu ochorenia je stav pociťovania beznádeje a absencie zmyslu deštruktívnym faktorom celkového zdravotného stavu, ktorý je potrebné naplniť spirituálnou a duchovnou starostlivosťou. Preto má spirituálna a duchovná starostlivosť svoje opodstatnené miesto a pre hospitalizovaného klienta je významným prínosom, pretože spirituálne a duchovné potreby zohrávajú v chorobe človeka významnú rolu a ošetrovateľská starostlivosť zameraná na tieto potreby zohráva v modernom ošetrovateľskom procese klienta dôležitú úlohu.

KLúčové slová: Ošetrovateľská starostlivosť. Náboženstvo. Pacient. Spirituálne potreby.

Viera.

Abstract

Contribution is the integration of spiritual and spiritual needs of patients in nursing business. Spiritual component represents the realm of spirituality goes beyond a particular religion. The essence of the spiritual dimension of man is primarily his faith, because faith is one of the needs of the spiritual life in the form of relation to the absolute, to God, the meaning of life. Note meaning is related to the vision of his life in broad dimensions and they serve as a framework for patient self-concept and understanding of the world on which it shall act by a patient sense. Particularly in patients with end stage of the disease or the risk of experiencing a state of hopelessness and lack of sense of destructive factor for the overall health status that is necessary to fulfill the spiritual and spiritual care. Therefore the spiritual and spiritual care and their legitimate place for the hospitalized client is a major benefit because spirituality and spiritual needs of human diseases play in important role and nursing care focused on these needs plays in modern nursing process client role.

Key words: Nursing care. Religion. Patient. Spiritual needs. Viera.

Úvod

Mnoho chorých ľudí či už mladých, alebo vekom pokročilých sa dostáva do situácie, keď sa ich myšlienky i celkový stav v priebehu choroby menia. Spočiatku kladie človek dôraz na biologické potreby, až väčšinou v záverečnej fáze života sa do popredia dostávajú spirituálne či duchovné potreby. Starostlivosť o duchovné potreby chorého a kvalitu jeho

duchovného života nemusia vykonávať iba „odborní teologickí poskytovatelia“, duchovné osoby (kňazi, diakoni, rehoľníci), rôzni pastorační asistenti, prípadne psychológovia, psychoterapeuti, ale sú k tomu povolané aj sestry a pôrodné asistentky, ktoré potrebujú vedieť zaujať adekvátne stanovisko, posúdiť zdravotnú situáciu pacienta a vysoký stupeň empatie a schopnosti, vedieť poskytnúť ťažko chorým a umierajúcim pocit, že ich osobnosť a želania sú rešpektované, ako aj istotu, že v kritických chvíľach nebudú sami a budú zohľadnené nielen ich psychologické či sociálne potreby, ale aj spirituálne a duchovné potreby. Príspevok je venovaný začleňovaniu spirituálnych a duchovných potrieb pacientov do ošetrovateľskej starostlivosti. Cieľom príspevku je poukázať na začleňovanie spirituálnych a duchovných potrieb pacientov do ošetrovateľskej starostlivosti a zároveň definovať rozdiel pojmov spiritualita a religiozita.

Spirituálne a duchovné potreby

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

Biologická zložka - zahŕňa telo človeka a jeho zdravotný stav. Pre správnu funkciu fyzického tela sú napĺňané biologické potreby: potreba výživy, hygieny, vyprázdňovania, pohybu, odpočinku, spánku a pod. Ľudské telo však nie je nevyčerpatelne a jeho výkon je limitovaný. K biologickým potrebám ťažko chorých a zomierajúcich pacientov patrí samozrejme aj potreba celkovej úpravy zovňajšku a každodenná hygiena. Je to veľmi individuálna záležitosť, no pre určitú skupinu ľudí snáď jedna z najdôležitejších, pretože im to dodáva pocit dôstojnosti a sebavedomia. Ako uvádza P. Porubčanová (2005) veľmi prirodzenou a intímnou potrebou je potreba vylučovania, pri ktorej by mala sestra zabezpečiť pacientovi, ktorý je často inkontinentný, pohodlie, čistotu a intímne prostredie, pretože aj nevyliciteľne chorí a umierajúci pacienti sú často veľmi citliví a zle znášajú svoju inkontinenciu a pocit nemožnosti a vlastnej neschopnosti.

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

k nemu vplýva na psychické blaho pacienta. M. Polhorská a kol. (2006) uvádzajú, že sestra musí vrámcí uspokojovania psychických potrieb citlivo a empaticky posúdiť, v akej fáze sa pacient nachádza a čo je preňho v danej situácii prioritné.

Sociálna zložka - odkazuje na oblasť ľudskej interakcie a potrebu sociálneho kontaktu. Aby sa človek mohol utvárať ako osobnosť, potrebuje spoločnosť a ľudský kontakt. Okolie môže byť zdrojom podpory, motivácie, dôvery, no často tiež sklamaní, smútku, hnevu, pocitov viny a strachu. Sociálny kontakt je vhodné zabezpečiť pre pacienta v čo najkratšom čase od začiatku hospitalizácie. V. Simočková (2002) píše, že sestra môže pomôcť ťažko chorému a zomierajúcejmu pacientovi tak, že *housmerňuje*, aby dokázal prijať svoju chorobu; *orientuje ho*, aby vedel rozlíšiť, čo sa dá zmeniť, a čo nie; *povzbudzuje jeho záujem* o okolie, aby sa neuzatváral do seba; *kontaktuje ho* s ostatnými pacientmi s podobnými problémami; *stimuluje* príbuzných k častým návštevám; *pomáha* pacientovi vytýčiť si reálne krátkodobé ciele, ktoré by dávali ešte jeho životu zmysel; *orientuje* ciele pacienta na prítomnosť, nie na budúcnosť; *nevyhýba* sa téme smrti, ak má pacient potrebu o nej hovoriť; *stimuluje* rozhovory bilančného charakteru, v ktorých zdôrazňuje pozitíva života terminálne chorých; *je zodpovedná, súcitná, empatická úprimná, pravdovravná*.

Spirituálna zložka - reprezentuje sféru spirituality, či duchovnosti. Presahuje oblasť konkrétneho náboženstva. Podstatou spirituálneho rozmeru človeka je predovšetkým jeho *viera*, ako to uvádza M. Zandler (2004), keď hovorí, že viera presahuje sféru matérie, no jej podstata nie je ani racionálna. Viera je jednou z potrieb duchovného života a to vo forme vzťahu k absolútnu, k Bohu, k transcendentnu, k zmyslu života. Vedomie zmyslu súvisí s videním svojho života v širších dimenziách a tie slúžia pacientovi ako rámec pre sebapoznanie a chápanie sveta, na základe ktorých jednanie pacienta nadobúda zmysel (Drobná, 2015). Obzvlášť u pacientov v terminálnom alebo rizikovitom štádiu ochorenia je stav pociťovania beznádeje a absencie zmyslu deštruktívnym faktorom celkového zdravotného stavu, ktorý je potrebné naplňať spirituálnou a duchovnou starostlivosťou. Preto má spirituálna a duchovná starostlivosť svoje opodstatnené miesto a pre hospitalizovaného klienta je významným prínosom, pretože spirituálne a duchovné potreby zohrávajú v chorobe človeka významnú rolu, napriek tomu, že ich saturovanie sa doposiaľ neprikladá taký význam ako uspokojovaniu biologických, psychických či sociálnych potrieb. Ošetrovateľská starostlivosť zameraná na tieto potreby zohráva v zdravotníckych zariadeniach a v modernom ošetrovateľskom procese klienta dôležitú úlohu. Podľa posledných štatistík sa v Slovenskej republike hlási ku kresťanstvu 73% obyvateľov, čiže väčšina obyvateľov krajiny je veriacich. Preto v tejto súvislosti konštatujeme, že v slovenskom zdravotníctve je potrebné uvažovať o poskytovaní duchovnej a spirituálnej starostlivosti ešte vo väčšej miere. Duchovné potreby nemusia vykonávať iba „odborní teologickí poskytovatelia“, duchovné osoby (kňazi, diakoni, rehoľníci), rôzni pastorační asistenti, prípadne psychológovia, psychoterapeuti, ale sú k tomu povolané aj sestry a pôrodné asistentky. Väčšina sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku si uvedomuje dôležitosť začleňovania spirituálnych a duchovných potrieb do ošetrovateľskej starostlivosti, ale v praktickom začleňovaní spirituálnej zložky do ošetrovateľského procesu panujú stále značné rezervy a v mnohých prípadoch i zbytočné predsudky. Dôvodom sú zažitá predstavy o vyhranenosti duchovných potrieb výhradne pre veriacich (prípadne umierajúcich)

pacientov a taktiež nízka informovanosť sestier a pôrodných asistentiek o spirituálnych a duchovných potrebách.

Jednou zo základných ľudských duchovných potrieb ako sa zmieňuje L. Drobná (2015) je možnosť zdieľať svoje pocity a mať v blízkosti človeka, ktorý je schopný druhému načúvať a porozumieť. Túto ľudskú potrebu naplnia duchovná pomoc vo forme sprevádzania. Sprevádzanie nachádza význam u pacientov, najmä zomierajúcich, pacientov s chronickými ochoreniami a psychosomatickými problémami, u handicapovaných. Sprevádzanie reaguje na potreby detí, seniorov i ľudí v produktívnom veku. Pomáha pacientom, blízkym pacientov, personálu v zdravotníckych a pomáhajúcich profesiách. Preto je vždy špecifickým a jedinečným, ako to uvádza P. Prochádzka (2013). O princípe sprevádzania uvažuje A. Opatrný (2003, s. 8) a ukazuje, že sprevádzanie „vystihuje tak povinnosť pomáhajúceho (pokiaľ doprevádzam, tak neopúšťam, nie som určený len pre šťastné chvíle), ako aj rešpektovanie doprevádzaného (nie je iba „objektom starostlivosti“ alebo vhodnou osobou k získaniu pre naše plány), a tiež skutočnosť, že chorý neprichádza bez vlastnej histórie: ide svojou životnou cestou, na ktorej sa k nemu doprevádzajúci pridružuje.“

Charakteristika pojmov spiritualita a religiozita

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

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

Spiritualita bola pôvodne teologickým pojmom vyjadrujúcim vzťah človeka k Bohu. Dnes je jej význam zmenený a používa sa pre opis náboženských i nenáboženských zážitkov človeka (Kubicová, 2011). Asociácia ASERVIC uvádza definíciu *spirituality* v dokumente nazvanom *White paper ako vrodennú schopnosť a sklon*, ktorý je jedinečný pre každú osobu. Táto tendencia posúva človeka k poznaniu, láske, zmyslu, nádeji, transcencii, sunáležitosti a celistvosti. *Spiritualita* je pestovanie citlivosti k duchovným hodnotám, často sa chápe ako synonymum duchovného života vôbec. Väčšinou ide o prežívanie a vyjadrovanie vzťahu k Bohu vo vnútri určitého štruktúrovaného náboženstva alebo náboženského hnutia. Je to osobná náboženská skúsenosť a jej uskutočňovanie v živote.

V. Smékal (2002) zaraďuje k prostriedkom pestovania *spirituality* okrem tradičnej modlitby a pokánia, aj posvätné tance, spev, pobyt v prírode, poznanie svojich osobnostných rysov, reflexiu a sebareflexiu. Zároveň uvádza názor T. Keatinga o dvoch spirituálnych cestách: *jednacesta* chápe svet ako cvičné pole, miesto utrpenia, z ktorého človek odchádza do večnej

blaženosti. Pri *druhej* ceste činnosť je úlohou, ktorú dal človeku Boh na zduchovňovanie človeka a sveta. Podľa V. Smékala (2002) treba sa zaoberať spiritualitou ako cestou k múdrosti a eticky zakotvenému životu, ako nástrojom zmeny osobnosti, ako spôsobom obnovy pokoja v duši a ako cestou spásy.

Spiritualita sa môže charakterizovať aj ako dimenzia života, ktorá zrkadlí potrebu nájsť zmysel v ľudskej existencii, ale tiež ako postoj, ktorý vychádza priamo z kresťanskej tradície. Spiritualita nie je však podmienená zvyčajným členstvom v cirkvi a súhlasom s existenciou Boha (Haškovcová, 2007). Je to cesta za cieľom, ktorý nás presahuje a uskutočňuje sa v našom hodnotovom postoji (Prokop, 2006). Nie je to nejaký pravidelný čiastkový súbor presvedčení alebo praktických krokov, nie je tematicky ohraničená a akosi osamotená, ale je to integrálna stránka každodenného života (Křivohlavý, 2006). Spiritualita nám ukazuje, že ľudia nie sú len fyzické tela, ktoré potrebujú obyčajnú mechanickú ošetrovateľskú starostlivosť. Ľudia zistili, že im významne pomáha zapojenie mysle a ducha udržovať zdravie a bojovať s chorobami, traumami a životnými zmenami (Čermák, 2011). Spiritualita zvykne byť opísaná v dvojdimenzionálnom význame, ako dimenzia *vertikálna* vo vzťahu k Bohu a k transcendentnu, a tiež ako dimenzia *horizontálna* vo vzťahu k sebe samému, k ostatným a k prostrediu, ktoré človeka obklopuje (Ivanová, 2005).

Náboženstvo (religiozita) sa zvyčajne stotožňuje s organizovaným duchovným životom, zatiaľ čo *spiritualita* je mu pojmom nadradeným. Tieto dve entity sa môžu i nemusia prekrývať, ale náboženstvo je viac-menej vnímané ako nástroj k pochopeniu a vyjadreniu duchovna cez určité rituály a náboženské aktivity. Na rozdiel od spirituality je náboženstvo chápané v spojitosti s cirkvou vzťahujúcou sa ku konkrétnej náboženskej tradícii (Kutnohorská, 2007). Pri snahe presnejšie vymedziť spiritualitu je najprv potrebné oddiferencovať ju od religiozity. Religiozita (náboženskosť) bola vymedzená M. Strížencom (1997) ako osobný a kladný vzťah človeka k náboženstvu (Bohu), zahrňujúci rôzny komplex javov, najmä rôzne formy myslenia (dimenzia poznatkov - náboženské presvedčenie), prežívania (náboženské city) a konania (kult, aktivita v rámci náboženského spoločenstva). Religiozita zahrňuje teda postoj k náboženskému obsahom, ktorý sa prejavuje v individuálnom hodnotovom systéme. Rôzne stránky religiozity sú v mnohostrannom vzájomnom vzťahu s inými charakteristikami osobnosti. Na nevyhnutnosť rozlišovania religiozity a spirituality poukázali aj J. Tloczynski a i. (1997). Vychádzajúc z iných autorov religiozitu vymedzujú ako pridržanie sa presvedčení a rituálov organizovanej cirkvi alebo náboženskej inštitúcie. Spiritualitu považujú za spôsob existencie a skúsenosti, ku ktorým dochádza prostredníctvom uvedomenia si transcendentnej dimenzie osobnosti. Spiritualitu charakterizujú určité hodnoty vo vzťahu človeka k sebe, iným ľuďom, prírode, životu a tomu, čo sa považuje za „posledné platné“ (Ultimate). I keď orientácia na Absolútne (Boha) je spoločná pre religiozitu i spiritualitu, religiozitu považujú za viac kolektívnu a dogmatickú a spiritualitu za viac individuálnu, osobnú, priamu a skúsenostnú. Pôvodne religiozita zahrňovala individuálne i inštitucionálne prvky. Dnes sa často popisuje ako formálne štruktúrovaná a spája sa s náboženskými inštitúciami, predpísanou vieroukou a rituálmi. Naproti tomu spiritualita sa považuje za individuálny jav a spája sa s osobnou transcenciou, zmysluplnosťou. Zdôrazňuje sa v nej duchovná skúsenosť (napríklad mystické zážitky). Značná neurčitosť sa prejavuje aj vo vymedzeniach, ktoré uvádzajú P. Hartl a H. Hartlová (2000, s. 505, s. 506)

vo svojom psychologickom slovníku. Pri religiozite uvádzajú: „...*zbožnosť, viera v pravosť a pravdivosť náboženstva, sila viery, náboženské presvedčenie, jeho rôzna miera a jeho odraz v správaní a každodennej praxi človeka*“. Pri spiritualite: „...*duchovnosť, vyhranená zameranosť na psychickú stránku človeka; dôraz na čo najmenšiu závislosť psychiky na telesných faktoroch*.“ Naproti tomu P. C. Hill a K. I. Pargament ako uvádza M. Stríženec (2005) tvrdia, že väčšina ľudí prežíva spiritualitu v rámci organizovaného náboženského kontextu. Spiritualitu tak možno chápať ako hľadanie posvätna, proces pomocou ktorého sa ľudia snažia odhaliť a pridržať sa toho, čo považujú za posvätné vo svojom živote. Posvätno zahrňuje pojmy ako Boh, božstvo, Posledná skutočnosť, ako aj také aspekty života, ktoré majú mimoriadny charakter.Čo sa týka rozdielov medzi religiozitou a spiritualitou, poľský autor P. Socha (2000) uvádza, že každý človek prejavuje spiritualitu, bez ohľadu na jeho vzťah k náboženstvu. Pojmy duchovnosť a religiozita sa čiastočne prekrývajú. Spiritualita je nevyhnutným jadrom religiozity, avšak presahuje religiozitu. Zahrňuje formy viery v zmysle tak humanistického ako aj fundamentalistického náboženstva, meditáciu, tradičné i liberálne náboženstvo, „vyššiu kultúru“ (klasické umenie) i „nižšiu“ kultúru. Spiritualita nemusí byť nevyhnutne celostná, ale môže byť aj neusporiadaná alebo ochudobnená. Proces spirituálneho vývinu môže byť úmyselný, spontánny (začína už v detstve) alebo oboje.

Poskytovanie duchovnej starostlivosti

O histórii poskytovania duchovnej starostlivosti chorým sa píše vo Svätom písme, konkrétne v Starom zákone, ktorý predstavuje Boha ako toho, ktorý zachraňuje, vyvádza z otroctva, stará sa o človeka. Vtedajšej pastierskej kultúre bol blízky obraz pastiera, a preto sa pre Boha starajúceho a ochraňujúceho ujala, okrem iného, metafora pastiera. Kresťanstvo prinieslo nové chápanie podstaty zdravotníckeho povolania „*ako služby Bohu a bližnému, a tým i nový vzťah zdravotníkov k chorým*“ (Slabý, 1991, s. 7).“ Duchovná starostlivosť o chorých má teda kresťanské korene. Na základe biblických textov sa kresťania začali intenzívne starať o chorých a postihnutých, kde popri ošetrovaní rán a ich liečenia patrila k starostlivosti tiež modlitba a čítanie zo Svätého písma (Laca, S., 2011). Znamenalo to a dodnes znamená napodobovať Ježiša ako dobrého Pastiera uvádza autorka Opatrná (2006). V Matúšovom evanjeliu sa Ježiš Kristus stotožňuje nielen s hladnými, smädnými a úbohými, ale tiež s chorými. Konkrétne v Novom zákone sa mažeme dočítať, že Ježiš uzdravoval slovom a dotykom, občas dokonca použil materiály ako je blato alebo slinu. Lukášovo evanjelium opisuje príbeh o milosrdnom Samaritánovi: „*Istý muž sa uberal z Jeruzalema do Jericha. Cestou ho prepadli banditi, ukradli mu šaty aj peniaze, zbili ho a polomŕtveho ho nechali ležať pri ceste.Náhodou šiel tadial' kňaz, ale keď ho videl, zďaleka ho obišiel. Aj jeden chrámový sluha šiel okolo, ale ani ten mu neposkytol pomoc. Napokon šiel tade aj jeden z opovrhovaných Samaritánov. Keď videl zraneného, prišlo mu ho nesmierne ľúto. Zabudol na starú nenávisť medzi Židmi a Samaritánmi, pristúpil k nemu, ošetril mu rany olejom a vínom, obviazal mu ich, vysadil na svojho oslika, zaviezol do hostinca a tam sa oňho staral. Na druhý deň dal hostinskému dva strieborníaky a poprosil ho: Postaraj sa oňho, a ak ťa to bude viac stáť, doplatím ti, keď sa budem vracat'. Čo myslíš, spýtal sa Ježiš, ktorý z tých troch mužov sa zachoval ako bližný k tomu úbožiakovi, čo ho prepadli banditi? Ten, čo mu*

pomohol, odpovedal učiteľ Zákona. Tak teraz chod' a konaj podobne, povedal mu Ježiš“ (Lk 10, 30-37). V celom Novom zákone Ježiš vyzýva človeka k podobnému konaniu. Objasnenie toho, čo sú duchovné (spirituálne) potreby nám poskytuje aj úryvok z knihy od M. Svatošovej, v ktorej sa píše, že „*všetci máme spirituálne potreby, všetci túžime, aby náš život bol naplnený zmyslom, všetci by sme chceli zomrieť s pocitom, že sme sa aspoň pokúsili urobiť tento svet o trochu lepším miestom k prebývaniu, než bol svet, do ktorého sme sa narodili*“ (Svatošová, 2012, s. 9). Autorka M. Svatošová ďalej píše, že o duchovné potreby by sme sa mali viac zaujímať u ľudí, ktorí nežijú z viery. Tí, ktorí sú veriaci, zvyčajne vedia, čo potrebujú a ako si to zariadiť. Ale neveriaci to nevedia a práve v čase, keď prichádza vážna choroba, potrebujú pomoc so zodpovedaním si na otázky o zmysle života; potrebujú vedieť, že im bolo odpustené, že oni sami odpustili, že život, ktorý prežili, mal zmysel. Ak nie je táto potreba zmysluplnosti naplnená, nastáva stav duchovnej núdze (krízy), človek si zúfa a tým trpí. Je potrebné mu ukázať, že v každej situácii sa dá žiť zmysluplne (Svatošová, 2012). Každý človek, zvlášť zdravotník by mal nájsť svoje vlastné duchovné potreby; to znamená, čo ho naplňuje pocitom šťastia a spokojnosti a pomáha mu to byť v živote vyrovnaným. Ak zdravotník, ktorý nerozumie svojim duchovným potrebám alebo sa nimi nechce zaoberať, nemôže potom pochopiť ani to, ako môže pomôcť pacientovi s jeho duchovnými bolesťami a problémami. Pacient veľmi ľahko pozná, že mu v týchto situáciách tento človek nedokáže pomôcť, a už s ním nebude chcieť nič podobné riešiť (Svatošová, 2012). Takto potom zdravotnícky pracovník nesplní svoju povinnosť, sklame svoje poslanie – pomáhať. Stačí mať iba záujem a snahu riešiť tieto veci, i keď mu to na začiatku možno veľmi nepôjde; ako začiatok si chyby môže dovoliť, a navyiac, chybami sa človek učí. Týmto má byť povedané to, že ani neveriace sestry by nemali znižovať dôležitosť významu duchovných potrieb a ich uspokojovanie, napriek tomu, že nie sú veriace a neuznávajú existenciu Boha. Určite je vhodné, aby podľa možnosti sa o pacienta starala sestra s podobnými názormi. Lebo bolo zistené, že existuje určitý vzťah medzi duchovným blahom sestry a kvalitou poskytovanej starostlivosti v tejto oblasti. Sestra, ktorá si je vedomá určitých duchovných hodnôt, je pravdepodobne nasmerovaná tak, že je schopná odovzdať ich iným. Otázkou je, či vie alebo nevie veriaci klient to, že sestra zdieľa podobné hodnoty ako on. U veriacych a nábožensky orientovaných zdravotníckych pracovníkov hrozí riziko, že budú pacientovi svoj pohľad na svet vnucovať. Sestra by nemala manipulovať, ale skôr vyciťovať, „*kedy zvolený spôsob pomoci môže blokovať, kedy povzbudzovať a kedy zraňovať*“ (Prekop, 2004, s. 82). Veriaci pacienti nemusia taktiež chcieť hovoriť priamo o duchovných veciach, ale o starostiach bežného života a obyčajných záležitostiach. Viera pre nich často je vnútornou a intímnou záležitosťou, s ktorou sa nezverujú a chcú o nej hovoriť len za určitých okolností (Vodáčková, 2007). Sestra by teda mala byť pripravená i na odmietnutie pomoci v duchovnej a spirituálnej starostlivosti a rešpektovať pranie pacienta. Niektorí pacienti sa ostýchajú požiadať o duchovnú radu, preto volia otázky typu: Čo sa stane so mnou po smrti? Chodíte do kostola? Ak nájdú v sestre zainteresovaného poslucháča, zaujíma ich názor sestry a priamo sa jej so svojimi starosťami zverujú (Špirudová, 2006). Ak je pacient veriaci a sestra nie je, môže sa zdať, že táto varianta stretnutia nemá pre pacienta žiadne výhody. Dalo by sa čakať, že dôjde k možnému nepochopeniu a vzdialeniu sa. Neveriaca sestra však môže byť chorému užitočná i v tom, že poskytne pohľad z odstupu a môže pomôcť pacientovi mobilizovať jeho vlastné

vnútorné sily (Vodáčková, 2007). Okrem mobilizácie vnútorných zdrojov je dôležitá i pomoc zvonka, ktorá zaistí bezpečie, emočnú oporu a dôležité informácie (Paulík, 2010). Zdravotník môže ponúknuť nádej i mimo spirituálnu oblasť tým, že ocení to, čo pacient dokázal a vyjadrí rešpekt k jeho individualite. Tiež úcta k druhému človeku a altruizmus prekračujú normu egoizmu a egocentizmu (Křivohlavý, 2006). Podstata pomoci pacientovi však nemusí teda spočívať jednoznačne v ponúkaní duchovnej starostlivosti (Škrla, Škrlová 2003). Často stačí, ak je sestra chorému nablízko, má pre neho pochopenie a rešpektuje jeho autonómiu (Opatrný, 2006; Zacharová, 2007). Problémom však môže byť v určitých prípadoch to, pokiaľ pacient bytostne tuží po zdieľaní skúseností duchovného presahu. Neveriaci pracovník tejto túžbe skutočne nemusí rozumieť a dôverovať, a dokonca to v ňom samom môže vzbudiť rôzne obranné postoje až agresiu voči pacientovi (Škrla, Škrlová 2003). Niekedy ale môže byť zdravotnícky pracovník otvorený podobnému uvažovaniu ako pacient a sám môže pripustiť existenciu vyššieho zmyslu. Práve na tejto úrovni sa môže s pacientom stretnúť a poskytnúť mu priestor pre jeho uvažovanie (Vodáčková, 2007). Vzhľadom k prevažujúcej sekularizácii našej spoločnosti je najpravdepodobnejšie stretnutie neveriaceho pacienta a neveriacej sestry. Ale aj v tak štandardnej situácii sa môže stať, že pacient v kríze začne uväzovať o duchovnom rozmere svojej situácie. I v prípade, že sestra duchovnú oblasť života odmieta, je spirituálna dimenzia súčasťou pacientovej osobnosti a ona nemôže predstierať, že nechápe, čo pacient hovorí, alebo že o to nemá záujem (Škrla, Škrlová 2003). „Zdravotnícky pracovník musí vedieť využiť všetkých dostupných foriem komunikačných zručností tak, aby chorého psychicky podporil a vhodne motivoval v diagnosticko-terapeutickom procese. Je nutné dávať pacientovi na vedomie jeho ľudské hodnoty a jedinečné postavenie v celom ošetrovateľskom a liečebnom systéme zdravotníckej starostlivosti (Zacharová, 2007, s. 92).“ Preto je potrebné, aby význam role sestry bol podporovaný a ich vzdelávaniu bola venovaná patričná pozornosť a to má priviesť sestry učiť sa nové trendy v klinickej praxi a teórii, a tiež premýšľať nad vlastným profesionálnym a odborným rastom (Kilíková a kol., 2013). Aj keď sestra nemá v poskytovaní starostlivosti v duchovnej oblasti dostatok vedomostí a skúseností, i tak by mala byť schopná odporúčať overený kontakt na duchovného či inú kvalifikovanú osobu, ak má pacient takýto záujem (Vodáčková, 2007). Je dôležité, aby sestra dala pacientovi možnosť si o takúto pomoc požiadať (Prekop, 2004). Zdravotník by sa mal spojiť s osobou (s tzv. „zdrojom pomoci), ktorý pacientovu potrebu v duchovnej oblasti dokáže uspokojiť, podporuje ho a dodáva mu silu v ťažkých situáciách.

Záver

Spiritualita ako dimenzia osobnosti človeka je mnohodoménový psychologický konštrukt. Znamená to hľadanie osobného spojenia s transcendentnom (s tým čo nás presahuje, je vyššie a dokonalejšie ako my) ako aj uznanie určitej závislosti od tejto transcendentnej skutočnosti, jej prežívanie v bežnom živote zdravia, ťažkej choroby i samotného zomierania. Zväčša je to niečo nemateriálne, samotný Boh, Vyššia sila, božstvo, Príroda, Vesmír. So spiritualitou sa spája subjektívny zážitok posvätna, zaoberanie sa s „poslednými záležitosťami“, hľadanie určitého zmyslu, istoty, súvislosti, výšin ľudských možností, a to aj za pomoci sestry v čase ošetrovateľskej starostlivosti. Čo sa týka odlišenia

spirituality od religiozity, v *religiozite* ide o pridržanie sa presvedčení a rituálov organizovanej cirkvi, náboženskej inštitúcie, *spiritualita* je skôr individuálny jav, charakterizujú ho určité hodnoty (vo vzťahu k sebe, iným ľuďom, prírode, životu) a zdôrazňuje sa v ňom duchovná skúsenosť (najvyššou formou sú mystické zážitky).

Použitá literatúra

- ASERVIC. Resources. 2009. In: *Spiritual competencies*. [online]. 2009. [cit. 10.10.2016]. Dostupné na internete <http://www.aservic.org/resources/spiritual-competencies/>.
- DROBNÁ, L. 2015. *Organizácia duchovnej starostlivosti o chorých v troch nemocniciach*. In: Diplomová práca. Praha : UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE KATOLICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA. Katedra pastorálnych oborů a právnických věd. 91 s.
- HARTL, P. - HARTLOVÁ, H. 2000. *Psychologický slovník*. Praha : Portál 2000.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přepr. vyd. Praha : Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
- IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
- KILÍKOVÁ, M. A KOL. 2013. *Teorie moderního ošetrovatelství I*. Vysoká škola zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžbety, Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna. Přebíram : 2012, 196 s. ISBN 978-80-260-3755-2.
- 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 problematice sociálních a spirituálních kompetencii sociálních profesii*. In: CHYTILOVÁ, Oldřich, MATULAYOVÁ Tatiana. Výzvy pre sociálne profesie v modernej spoločnosti. Zborník príspevkov. 1. vydanie. Prešov : Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2011. [cit. 05.10.2016]. 14 s. ISBN 978-80-555-0336-3. Dostupné na internete: <http://pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Matulayova2/>.
- KUTNOHORSKÁ, J. 2007. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 163 s. ISBN 978-802-4720-692.
- LACA, P. 2015. *Ošetrovateľská etika ako súčasť profesijnej etiky a jej význam v zdravotníckej profesii*. In: Supplement vybraných kapitol vo vedných odboroch sociálna práca a ošetrovatelstvo III. PŘÍBRAM : Ústav sv. Jána Nepomuka Neumana, 2015, s. 203-220. ISBN 978-80-906146-2-8.
- LACA, S. 2013. *Sociálna práca v paliatívnej a hospicovej starostlivosti*. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2012, 301 s. ISBN 978-80-8132-051-4.
- LACA, S. 2011. *Vybrané kapitoly z etiky pre sociálno-zdravotnícke profesie*, Bratislava : Beki desing, Vysoká škola zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžbety, s. 2011, s. 264, ISBN 978-80-8132-015-6.
- OPATRNÁ, M. 2012. *Článek pro sestry: Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému?* [online]. [citované: 2016-10-10]. Dostupné na: http://www.eurochaplains.org/enhcc_library/opatrna2006-1_czech.pdf.
- OPATRNÝ, A. 2003. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. 3. (dopl.) verze. Praha, 2003 (dotisk 2006): Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství Pražském, 53 s. ISBN 25.0.

- POLHORSKÁ, M., SCHMIDTOVÁ, Z., ZRUBCOVÁ, D. 2006. *Multidisciplinárna podpora*. In: *Sestra a lekár v praxi*, č. 7-8, roč. V., 2002, s. 31. ISSN 1335-9444.
- PORUBČANOVÁ, P. 2005. *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti*. Trnava : SSV, 2005, 277 s. ISBN 80-7162-581-7.
- PREKOP, J. 2004. *Empatie: vcítění v každodenním životě*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 131 s. ISBN 80-247-0672-5.
- PROCHÁZKA, Pavel. *Duchovní doprovázení*. Praha: Institut vzdělávání ECM, 2013. ISBN 978-80-7356-034-8, s. 46
- SIMOČKOVÁ, V. 2002. *Zabránit rutine*. In: *Sestra a lekár v praxi*, č. 12, roč. I., 2002, s. 38. ISSN 1335-9444.
- SLABÝ, A. 1991. *Pastorální medicína a zdravotní etika*. Praha : Karolinum, 1991. 186 s. ISBN 80-7066-411-8.
- SMĚKAL, V. 2002. *Spiritualita v denním životě člověka*. In: Galvas, Z. (Ed.): *Homo religiosus*. Vybrané aspekty psychologie náboženství. Praha : Českomoravská psychologická společnost 2002a, s. 18-34
- SOCHA, P. 2000. *Psychologia rozwoju duchowego – zarys zagadnienia*. In: Socha, P. (Eds.): *Duchowy rozwój czlowieka*. Krakow : Univ. Jagiellónskiego Krakow 2000
- STRÍŽENEC, M. 1997. (Ed): *Duchovný rozmer osobnosti. Interdisciplinárny prístup*. Bratislava : Ústav experimentálnej psychologie SAV, 1997.
- STRÍŽENEC, M. 2005. *Spiritualita a jej zisťovanie*. [online]. 2011. [cit. 09-09-2016]. Dostupné na internete: <http://www.saske.sk/cas/archiv/1-2005/strizenec.html>.
- SVATOŠOVÁ, M. 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha : Grada publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9, s. 21.
- SVÁTÉ PÍSMO STARÉHO A NOVÉHO ZÁKONA. 2000. Trnava : SSV, 2000.
- ŠKRLA, P. – ŠKRLOVÁ, M. 2003. *Kreativní ošetrovateľský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
- ŠPIRUDOVÁ, L. 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 252 s. ISBN 80-247-1213-X.
- TLOCZYNSKI, J. - KNOLL, Ch. - FITCH, A. 1997. *The relationship among spirituality, religious ideology, and personality*. *Journal of Psychology and Theology*, 25, 1997, 2, s. 208-213.
- VODÁČKOVÁ, D. 2007. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 543 s. ISBN 978-80-7367-342-0.
- ZACHAROVÁ, E. 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5
- ZANDLER, M. 2004. *Křesťan a zdraví: hledání křesťanské cesty ke zdraví*. Svitavy, Řím : Trinitas; Křesťanská akademie, 2004. ISBN 80-86036-93-6, s. 14.

Kontaktná adresa

ThLic. Peter Laca, PhD.
Kósu Schoppera 22
048 01 Rožňava
email: peter.laca16@gmail.com

IMPLEMENTÁCIA ALTERNATÍVNYCH METÓD V OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI O SENIOROV S DEMENCIOU PRI ALZHEIMEROVEJ CHOROBE

¹ Lancošová Katarína, ²Tkáčová Ľubomíra

¹ Psychiatrická nemocnica n.o. Michalovce,

²Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava- Detašované pracovisko Michalovce, Ústav Bl. Metoda Trčku

Abstrakt

Úvod: Populačné starnutie má nesmierny vplyv na ďalší vývoj spoločnosti, pretože väčšina populácie trpí vysokým výskytom chronických chorôb a ranými psychickými poruchami. K najčastejším patrí Alzheimerova choroba, ktorá spôsobuje zníženie intelektu a obvykle aj poruchu ďalších funkcií. Zhoršenie kognitívneho deficitu a úsudku narušuje bežný život. Cieľom tejto práce je popísať alternatívne metódy a poukázať na to, aké benefity by mohli používané metódy priniesť v zariadeniach sociálnych služieb.

Metodika: Ako metódu výskumu sme zvolili dotazník vlastnej konštrukcie. Rozdali sme celkovo 200 dotazníkov. Z celkového počtu rozdaných dotazníkov ho vyplnilo 92 sestier zo zariadení, kde využívajú alternatívne metódy a 93 sestier zo zariadení, kde využívajú konvenčné metódy. Výskum prebiehal v mesiacoch február – august 2016. Pri overovaní hypotéz sme vždy porovnávali odpovede sestier rozdelené do dvoch skupín. Používali sme štandardné štatistické testy: Studentov t- test, Pearsonov Chí-kvadrát.

Výsledky: Náš výskum potvrdil, že je rozdiel medzi zariadeniami, kde využívajú a kde nevyužívajú alternatívne metódy pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Možno konštatovať, že v zariadeniach, kde využívajú tieto metódy liečby Alzheimerovej choroby, sú viaceré negatívne prejavy správania sa klientov prítomné vo významne menšej miere než je tomu u klientov zariadení využívajúcich len konvenčné metódy liečby ACH. V týchto zariadeniach taktiež venujú viac času komunikácii a pohybovým aktivitám s klientmi. V druhej skupine zariadení je naopak významne častejšia aplikácia psychofarmák.

Záver: Alternatívne metódy majú potenciál na zlepšenie efektivity starostlivosti o klientov s Alzheimerovou chorobou. Významnú úlohu tu zohrávajú sestry, ktoré svojou odbornou starostlivosťou dokážu eliminovať nepríjemné príznaky tohto ochorenia a vzbudiť tak u klienta pocit bezpečia a istoty.

KLúčové slová: Alzheimerova choroba. Snoezelen. Validácia. Naomi Feil. Bazálna stimulácia.

Abstract

Introduction: The population aging process has enormous effect on further society evolution because of high occurrence of chronic diseases and starting mental defects. The most common is Alzheimer's disease which causes reduction of intellect and usually defect of other attributes too. Normal life is affected by worsening of cognitive shortage and deduction. Target of this thesis is to describe alternative methods and to point on benefits which could be brought by using of these methods in elderly care homes.

Methodology: We have chosen self construction questionnaire as our research method. We distributed totally 200 answering sheets. We got back fulfilled answer sheets from 92 nurses working with alternative methods and from 93 social care homes nurses, where conventional methods are used, from all distributed questionnaires. The research was made in period from February till August 2016. We checked hypothesis always by evaluation of answers divided into two groups. We used standard statistics tests: L Student T-Test, Pearson Chi-Square Test.

Results: Research we made confirmed differency between homes using of alternative caring methods and social services without using of alternative methods. We can issue following statement, there occur significant less negative client's behaviour reactions in homes using these methods of treating Alzheimer's disease as behaviour of clients treated with traditional methods. The clients communicate more often and do more motion activities and trainings in these elderly care homes. In the other homes there is more often application of psychic medicaments common.

Closure: Alternative methods have potential to improve efficiency in caring of Alzheimer's disease clients. The most important part are nurses, they can with their expert knowledge and care eliminate uncomfortable signs of this disease and with their input clients are affected to feel secure and safe.

Key words: Alzheimer disease. Snoezelen. Validation. Naomi Feil. Base stimulation.

Úvod

Demencia Alzheimerovho typu patrí podľa Svetovej zdravotnickej organizácie (WHO) medzi desať hlavných ochorení, ktoré budú s prehlbujúcim sa starnutím obyvateľstva v blízkej budúcnosti ohrozovať zdravie a život ľudí. Alzheimer's Disease International na svojich stránkach prináša štatistické údaje, ktoré ukazujú súčasný stav i predpokladané nárasty počtu pacientov s demenciou v celosvetovom meradle. Podľa údajov z roku 2013 bolo registrovaných 44,4 miliónov pacientov s demenciou, pre rok 2030 sa predpokladá nárast na 75,6 miliónov. Každý rok je to o 7,7 milióna ľudí viac, pričom každý nový prípad demencie pribudne každé štyri sekundy. Informačná kampaň, sociálna a zdravotnícka starostlivosť stojí svet vyše 600 biliónov dolárov ročne. Slovenská Alzheimerova spoločnosť uvádza počet pacientov trpiacich demenciou na Slovensku na 50 až 60 tisíc, o ktorých sa stará približne 100 až 150 tisíc rodinných príslušníkov a opatrovateľov. Prognózy uvádzajú predpoklad nárastu počtu chorých v rozvinutých krajinách do roku 2040 o 100 percent. Predpoklad nárastu v SR hovorí až o potenciálnych 180 tisícoch chorých a tým aj priamoúmernom počte opatrovateľov (Hirtlová, 2015). Väčšina typov demencií je nezvratná. U ľudí nastupuje ochorenie v staršom veku a postupne sa zhoršuje z dôvodu poškodenia mozgu. V priebehu 20. storočia starnutie nabralo nový rozmer, a to od starnutia individuálneho k starnutiu celospoločenskému. Population ageing – starnutie populácie je v súčasnej dobe celosvetovo skloňovaným termínom a starnutie ako také je označované za jednu z hlavných charakteristik

budúceho demografického vývoja (Balogová, Bramušková, 2016). Ťažko môžeme ovplyvniť, čo si človek do svojej staroby prináša. Nevieme, aké sú jeho hodnoty a skúsenosti z doposiaľ prežitého života. Je prirodzené, že si so sebou prináša vlastné postoje a priority, ktoré môžu mať aj silné egoistické črty (Vagovičová, Puteková, 2013). Ani dnes nepoznáme účinný spôsob, ako demenciu vyliečiť. Existuje však niekoľko spôsobov, ako možno priebeh demencie spomaliť a udržať tento stav čo najdlhšie na dobrej úrovni. Tak ako pre každého z nás aj pre človeka s Alzheimerovou demenciou je dôležité vykonávať zmysluplné činnosti, ktoré prinášajú pôžitok jemu i ostatným. Preto je vhodné pre takéhoto pacienta pripraviť stereotypný denný režim, v ktorom sa bude dobre orientovať. Je potrebné ho zapájať počas dňa do každodenných činností, ktoré dokáže vykonávať (Puteková 2016). Každý pacient má po určení diagnózy predpísané lieky, ktoré spomaľujú ochorenie a pomáhajú udržiavať poškodené poznávacie funkcie ako pamäť, pozornosť, reč či myslenie. Okrem nich lekár môže predpísať aj lieky, ktoré pomáhajú pri zmierňovaní úzkosti, depresie, halucinácií a iných neželaných prejavov správania pod vplyvom ochorenia (Vavrušová et al., 2012). Netreba zabúdať i na liečbu bolesti. V rámci komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti je práve bolesť jedným z hlavných príznakov, ktorým je potrebné u pacienta s demenciou venovať zvýšenú pozornosť. Neliečená bolesť výrazne znižuje kvalitu života týchto pacientov, môže byť prehliadnutým signálom závažného akútneho ochorenia, a tiež môže viesť k poruchám správania až k agresivite (Kabátová, 2016). Popri takejto liečbe má klient na výber aj z viacerých prístupov a druhov terapií, ktoré aktivizujú človeka s demenciou a udržiavajú jeho stav. Je veľmi dôležité vybrať takú aktivizáciu, ktorá človeka baví a je preňho zaujímavá. Využitie aj nefarmakologických prístupov je u ľudí s demenciou veľmi dôležité. Umožňujú im zostať aktívnymi, zmysluplne využívať čas, zažívať pekné chvíle, spomaliť postup choroby a mať čo najdlhšie dobrú kvalitu života (Vavrušová et al., 2012). Martinková (2011) udáva, že nefarmakologické intervencie sú preferovanou metódou počiatočnej intervencie pre zvládanie i problémového správania u pacientov s Alzheimerovou chorobou. Väčšina z intervencií má pozitívny, aj keď nie vždy významný význam. Vhodne nakombinované nefarmakologické intervencie, ktoré odrážajú potreby a schopnosti klientov môžu vyústiť do väčšej pohody, ako pre klientov, tak i pre ošetrojúci personál.

Validácia podľa Naomi Feil

U starých ľudí, zvlášť u dementných, dochádza k zmene správania. Metóda Validácie, ktorej autorkou je Naomi Feil, pomáha v komunikácii s týmito ľuďmi. Táto metóda rešpektuje jedinečnosť a neopakovateľnosť každého jedinca a je zameraná na diagnostiku a rozvoj schopností (respektíve spomalenie rozvoja choroby) u starších klientov v rôznych štádiách demencie. Vychádza z toho, že pre starých ľudí je veľmi dôležitou minulosť, empatické načúvanie, pomoc doriešiť veci z minulosti a dospieť k dôležitým rozhodnutiam skôr, ako zomrú. Ak starý chorý človek nenachádza prijatie a empatiu, stiahne sa do seba. Validácia ponúka konkrétne terapeutické techniky a postupy pri komunikácii so starými dementnými ľuďmi (Tavel, 2006). Poukazuje na to, že človek počas života musí prekonať určité vývinové úlohy. Vo vyššom veku, na sklonku života sa k nim vracia a bilancuje prežité roky. Dostáva sa k udalostiam, ktoré neboli spracované dostatočne, alebo sa javia ako životné krivdy, krízy, potlačené traumy a podobne. Pri postupnej strate schopností orientácie v prítomnosti

a nedávnej minulosti, ktorou trpí človek s demenciou, je jeho snahou dosiahnuť rovnováhu, to znamená vyrovnanie sa so životom, ktorý jedinec prežil a prijatím toho dobrého aj zlého, čo ho na tejto ceste postretlo. Validácia prináša do chaosu spôsobeného dezorientáciou spokojnosť a vyrovnané prežitie staroby (Hubináková, 2015).

Posledné štádium nedostatočne orientovaných a dezorientovaných ľudí sa nazýva spracovanie. **V tomto štádiu Naomi Feil rozlišuje štyri fázy:**

- prvá fáza: nedostatočná orientácia, čiastočná orientácia, nešťastné rozpoloženie;
- druhá fáza: dezorientácia v čase - strata kognitívnych schopností a orientácie v časovom slede (hodinový čas);
- tretia fáza: opakujúce sa pohyby - nahrádzajú komunikáciu;
- štvrtá fáza: vegetovanie - úplné stiahnutie sa do seba (Feil, Klerk-Rubin, 2015).

Naomi Feil vypracovala rôzne techniky pre jednotlivé stupne demencie. Ponúka postupy, ktoré by mohli byť v danom stave klienta užitočné.

Techniky validácie sa odlišujú od iných terapií v týchto bodoch:

- pri validácii nedochádza k hádkam a konfrontácii so starým človekom;
- validácia sa nesnaží o zlepšenie orientácie v čase, ak o to nie je zo strany chorého človeka záujem;
- pri validácii sa nepracuje s pozitívnym alebo s negatívnym posilňovaním s cieľom ovplyvňovať správanie;
- terapeut nie je pri validácii vnímaný ako autorita, ale ako starostlivý pomocník (Ondriová, 2014).

Na záver je potrebné si uvedomiť, že klient si vyberá na komunikáciu nás, nie my jeho. Človek s demenciou si vyberá podľa emocionálnej sympatie, nie podľa kognitívneho potenciálu. Z toho vyplýva, že nám ponúka svoju realitu, to, čo ho najviac trápi alebo naopak teší a očakáva, že dokážeme nielen do nej vstúpiť, ale aj v nej zotrvať. Dúfa, že práve tá osoba ich nesklame a ustojí aj príval emócií. Jednoznačne ide o náročnú komunikáciu. Úlohou opatrovateľa je vedieť „dešifrovať“ vypovedané, dať stavu dezorientácie zmysel a uznať, že to, čo prežíva je pravdivé a skutočné (Feil, Klerk-Rubin, 2005).

Bazálna stimulácia

Bazálna stimulácia je komunikačný, interakčný a vývoj podporujúci stimulačný koncept, ktorý sa orientuje na všetky oblasti ľudských potrieb. Koncept bazálnej stimulácie využíva mnoho techník a tréningových programov, ktorých cieľom je podpora vnímania, komunikácie a hybnosti klientov. Profesor Dr. Andreas Fröhlich zostavil začiatkom sedemdesiatych rokov minulého storočia koncept Bazálnej stimulácie na podklade vedeckých poznatkov vo vedných odboroch fyziológie, neurológie, embryológie a vývojovej psychológie. Vychádzal z tvrdenia, že je nutné najprv sprostredkovať vnemy zo svojho tela a stimulovať vnímanie telesnej schémy ako predpoklad vývoja či udržania pohybových, ale aj kognitívnych a komunikačných schopností, čo za štyridsať rokov aplikácie konceptu bazálnej stimulácie v praxi potvrdil (Friedlová, 2012). Cieľom bazálnej stimulácie je podporiť vnímanie tak, aby u postihnutých dochádzalo k stimulácii vnímania vlastného tela, k podpore rozvoja vlastnej identity, k nadviazaniu komunikácie s okolím, k zlepšeniu orientácie v čase a mieste, k schopnosti lokomócie a k ozdraveniu funkcií organizmu (Gajdošová, 2015). Základnou

komunikačnou technikou pri bazálnej stimulácii je dotyk. Je to najjednoduchšia prirodzená forma komunikácie. Každú intervenciu u klienta začíname a končíme ritualizovaným „iniciálnym dotykom“. Vykonávajú ho všetci, ktorí prídu do kontaktu s klientom. Dotyk musí byť pokojný, celou plochou dlane, snažíme sa vyvarovať uponáhľaným dotykom, ktoré vzbudzujú neistotu a nepokoj. Na základe biografickej anamnézy zvolíme najvhodnejšie miesto na klientovom tele. Najčastejšie je to rameno alebo ruka. Toto zvolené miesto je zaznamenané aj v zdravotnej dokumentácii. „Iniciálny dotyk“ zohráva dôležitú úlohu, ktorej cieľom je poskytnúť klientovi orientáciu a pocit dôvery.

Prvky bazálnej stimulácie delíme na:

základné prvky:

- somatická stimulácia;
- vestibulárna stimulácia;
- vibračná stimulácia;

nadstavbové prvky:

- optická stimulácia;
- auditívna stimulácia;
- taktilno-haptická stimulácia;
- olfaktorická stimulácia;
- orálna stimulácia (Friedlová, 2003).

Všetky tieto stimulačné intervencie sa odvíjajú od dokonalej znalosti klientovej biografie. Stimuláciou jednotlivých ľudských zmyslov dochádza ku znovupodnecovaniu príslušných nervových komplexov, dochádza k vyvolaniu spomienok, ktoré poskytujú nervovému systému nové impulzy, ktoré pomáhajú stimulovať rehabilitáciu a vlastnú organizáciu mozgu (Pickenhain, 2000). Autobiografická anamnéza v koncepte bazálnej stimulácie sa opiera o návyky klienta, vyzdvihuje spôsob života klienta pred insultom a je nevyhnutná pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti (Gajdošová, 2015).

Snoezelen

Snoezelen je multifunkčná metóda, ktorá sa realizuje v obzvlášť príjemnom a upravenom prostredí pomocou svetelných a zvukových prvkov, vôní a hudby, pričom jej cieľom je vyvolanie zmyslových pocitov. Celá koncepcia Snoezelen je založená na celostnom prístupe, naplňuje potreby prijatia a porozumenia klienta v atmosfére dôvery a uvoľnenosti. V Snoezelen sa spájajú terapeutické prvky s prvkami špeciálno-liečebno-pedagogickými, s možnosťou ich prispôsobenia špecifickému postihnutiu. Louise Haggar a Roger Hutchinson charakterizujú Snoezelen ako „splnomocňujúci prístup“, teda citlivý a vnímavý, starostlivý, nedirektívny prístup v atmosfére bezpečia a istoty, ktorý je povzbudzujúci. Pozornosť nie je prvotne zameraná na výsledok, ale zámerom je skôr asistovať klientovi pri získavaní maximálneho potešenia z aktivít, ktorým sa spolu s terapeutom venuje.

Medzi základné princípy patrí:

- špeciálne prostredie kontrolované a ovplyvňované klientom;
- možnosť výberu, ponúknuť klientovi možnosť voľby;
- bezpečná a príjemná atmosféra;

- rešpekt, ovzdušie radosti a pohody;
- dobrovoľnosť a sloboda bez nátlaku konať a dosiahnuť výsledok;
- dôraz na dôverný vzťah medzi klientom a terapeutom;
- individuálny prístup v starostlivosti;
- tvorivý terapeutický prístup (Ponechalová, 2009).

V snoezelen sa prevádza rovnomerná terapia. Ide o multisenzorickú terapiu, prostredníctvom ktorej pôsobia na zmysly rôzne technické zariadenia a pomôcky. Cez zmysly sa organizmus stimuluje, či upokojuje. Snoezelen pomáha redukovať stres a stereotypné správanie, taktiež znižuje agresívne správanie a formy seba-poškodzovania. Poskytuje nádherné, neobyčajné zmyslové zážitky a podieľa sa na zlepšení a rozvíjaní kognitívnych schopností, koncentrácie, motivácie. Snoezelen u demenčného seniora pozitívne vplýva na:

- rozvoj kognitívnych schopností a komunikácie;
- podporu existujúcich zručností;
- zlepšenie schopností relaxácie a uvoľnenia;
- zlepšenie koncentrácie;
- elimináciu nepokoja, agresívneho správania;
- zníženie pocitu strachu;
- zlepšenie kvality spánku (Orieščiková, Hrčová, 2013).

Existujú rôzne typy Snoezelen miestností. Od použitých farieb závisí nielen atmosféra miestnosti, ale aj cieľ jej použitia. V bielej miestnosti je možné pomocou projektorov premietiť rozmanité efekty na biele steny, podlahu i strop. Je najčastejšie používaná ako voľnočasová aktivita a možnosť relaxácie aj pre klientov. Šedá miestnosť je zvukovo izolovaná, minimálne zariadená miestnosť redukujúca podnety, vybavená záťažovou vestou, malou skrýšou a študijným kútikom. Toto prostredie je vhodné pre klientov, ktorí majú problémy s pozornosťou. V tmavej miestnosti je možné premietiť efekty s maximálnym možným rozlíšením bez ďalších nežiaducich, rozptyľujúcich zrakových vnemov. Využívaná je predovšetkým ku zrakovej stimulácii (Tichá, 2011). Vodná zóna na proprioreceptívnu stimuláciu poskytuje podporu človeka a umožní mu hýbať sa spôsobom, ktorý nie je v bežných podmienkach mimo vody možný. Pohyb vo vode je dobrým cvičením a pomáha vyvíjať telesný koncept (Orieščiková, Hrčová, 2013). Zriaďovanie miestností Snoezelen je finančne náročné, preto sa miestnosti u nás budujú zväčša svojpomocne s minimálnym technickým vybavením. Na Slovensku tiež chýbajú možnosti vzdelávania a poradenstva v oblasti Snoezelen, miestnosti sa preto nezriedka využívajú bez potrebných znalostí metodiky a bezpečnostných opatrení, so zredukovaným terapeutickým potenciálom. Preto je potrebné venovať sa tejto problematike. Poukázať na potrebu získavania financií a vedomostí o aplikácii inovatívnych alternatívnych metód do ošetrovateľskej starostlivosti (Ponechalová, 2009). Súčasná meniacia sa demografická situácia sa stáva pre zdravotníckych pracovníkov výzvou, najmä v súvislosti so zabezpečením účinnej, individualizovanej a vekovo špecifickej starostlivosti (Grešš Halász, Wiczmányová, 2016).

Použitá literatúra

- BALOGOVÁ, E. – BRAMUŠKOVÁ, J. 2016. Podvýživa seniorov- príčiny a riziká. In *Deinštitucionalizácia sociálnych služieb v kontexte pomáhajúcich profesií*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva sociálnej práce sv. Alžbety, 2016. ISBN 978-80-8132-144-3, s.8-13.
- FEIL, N.- de KLERK-RUBIN, V. 2005. *Validation Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*. Mnichov : Reinhardt, 2005. 166 s. ISBN 3-497-01794-9.
- FEIL, N. - de KLERK-RUBIN, V. 2015. *Validácia*. Bratislava : OZ Terapeutika, 2015. 186 s. ISBN 978-80-971766-1-7.
- FRIEDLOVÁ, K. 2003. *Bazálna stimulácia v práci sestry*. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2003, č.1., roč. 13, s. 15-17.
- FRIEDLOVÁ, K. 2012. Uplatnenie konceptu Bazálna stimulácia v neonatológii. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2012, č.3, roč. 22, s. 43-44.
- GAJDOŠOVÁ, L. 2015. Uplatnenie konceptu bazálnej stimulácie v ošetrovateľskej praxi. In *Ošetrovateľský obzor*. ISSN 1336-5606, 2015, č.1-2, roč. 12, s. 15-21.
- GREŠŠ HALÁSZ, B. –WICZMÁNDYOVÁ, D. 2016. Kategórie pokročilej praxe sestier. In *Deinštitucionalizácia sociálnych služieb v kontexte pomáhajúcich profesií*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva sociálnej práce sv. Alžbety, 2016. ISBN 978-80-8132-144-3, s.92-95.
- HIRTLOVÁ, P. 2015. Problematika neurodegeneratívnych ochorení v dokumentoch domácej i medzinárodnej politiky. In *Aktivizácia seniorov a nefarmakologické prístupy v liečbe Alzheimerovej choroby – Zborník príspevkov z VII. medzinárodnej vedeckej konferencie v Bratislave*. Bratislava: Slovenská Alzheimerova spoločnosť Centrum MEMORY n.o. Neuroimunologický ústav SAV, 2015. ISBN 978-80-971103-3-8, s. 13-28.
- HUBINÁKOVÁ, L. 2015. Validácia podľa Naomi Feil. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2015, č.3-4, roč. 14, s. 37-38.
- KABÁTOVÁ, O. 2016. Posudzovanie bolesti u pacienta s Alzheimerovou demenciou In: *Spoločne proti Alzheimerovej chorobe. - Piešťany : AkSen - aktívny senior o.z., 2016. - ISBN 978-80-971833-1-8. - CD-ROM; s. 50-55.*
- MARTINKOVÁ, J. 2011. Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s Alzheimerovou chorobou. In: *Ošetrovateľstvo*. Prague: Ottova tiskárna s.r.o., 2011. s. 119 – 134. ISBN 978 80-260-1322-8.
- ONDRIOVÁ, I. 2014. Validácia terapie u chorých s Alzheimerovou demenciou. In *Lekárske listy*. ISSN 1335-4477, 2014, č.23, roč.29, s.8-10.
- ORIEŠČIKOVÁ, H.- HRČOVÁ, J. 2013. Snoezelen - iný svet: základná filozofia a zásady budovania multisenzorických miestností. In *Efeta*. ISSN 1335-1397, 2013, č. 3, roč. 23, s.11.
- PICKENHEIN, L. 2000. *Basale Stimulation. Neurowissenschaftliche Grundlagen*. 2.Auf Duesseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben, 2000.149 s. ISBN 3910095321.
- PONECHALOVÁ, D. 2009. *Snoezelen. Úvod do tematiky*. [online]. 2009. [cit. 2016.04.22]. Dostupné na internete: <http://szsapstrnava.edupage.org/files/snoezelen.pdf>.
- PUTEKOVÁ, S. 2016. Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s Alzheimerovou demenciou v domácom prostredí. In: *Spoločne proti Alzheimerovej chorobe. Piešťany, AkSen-aktívny senior o.z. 2016, ISBN 978-80-971833-1-8. - CD-ROM; S. 39-44.*

- TAVEL, P. 2006. Validácia - terapeutický prístup k starým dementným pacientom. In *Psychiatria : časopis psychiatrov na Slovensku*. ISSN 1335-423X, 2006, č. 3-4, roč. 13, s. 182-191.
- TICHÁ, K. 2011. *Metoda Snoezelen*. [online]. 2011. [cit. 2016.04.22]. *Prohuman – Odborný internetový časopis - sociálna práca, psychológia, pedagogika, sociálna politika, zdravotníctvo, ošetrovatelstvo*. Dostupné na internete: <http://www.prohuman.sk/socialna-praca/metoda-snoezelen>.
- VAGOVIČOVÁ, E., PUTEKOVÁ, S., 2013, Etické aspekty starostlivosti o seniorov v ošetrovatelstve In: *Diagnóza v ošetrovatelství*. - ISSN 1801-1349. - Roč. 9, č. 6 (2013), s. 18-19.
- VAVRUŠOVÁ, L. et al., 2012. *Demencia*. Martin: Osveta, 2012. 180 s. ISBN 978-80-8063-382-0.

DIMENZIE HOSPICOVEJ STAROSTLIVOSTI

¹Magurová Dagmar, ¹Majerníková Ludmila, ²Galdunová Helena,

¹Eliášová Anna, Zakutná Lucia

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, ¹Katedra ošetrovateľstva,

²Katedra pôrodnej asistencie

Abstrakt

Úvod: Základ paliatívnej medicíny a starostlivosti je v hospicovom hnutí, ktorého vznik podmienila zmena názorov na smrť a umieranie. Hospicová starostlivosť je filozofia holistickej starostlivosti, systém zdravotnej a sociálnej starostlivosti, ktorá je vrcholom ľudskej etiky. Paliatívna starostlivosť podporuje život a umieranie považuje za prirodzený proces, neurýchljuje ani neodďaľuje smrť, poskytuje úľavu od bolesti a ostatných symptómov, pomáha rodine vyrovnáť sa s chorobou klienta a so zármutkom po jeho smrti. Na človeka nazeráme ako na mnohodimenzionálnu podstatu niečoho, čo je jestvujúce. Napriek špecifickosti jednotlivých dimenzií človeka je potrebné zdôrazniť ich vzájomnú jednotu.

Jadro práce: Psychosociálna dimenzia u nevyliciteľne chorých a umierajúcich ľudí je veľmi citlivá téma, preto je nutné pristupovať k nej citlivo a individuálne. Je potrebné brať do úvahy fakt, že potreby sú v terminálnej fáze choroby modifikované a špecifické. Vzhľadom na uvedený fakt je nutné rešpektovať aj špecifické dimenzie súvisiace s hospicovou starostlivosťou. Nevyliciteľná choroba mení smer v trajektórii života človeka. Ide o zmenu perspektívy a hodnôt, keď človek prehodnocuje svoje priority, zmenu v zmysle života. Pre identifikáciu psychosociálnych potrieb umierajúcich je vhodný prístup zisťovania perceptívnych potrieb, teda hodnotenie dôležitosti jednotlivých potrieb priamo umierajúcim, prípadne jeho rodinou. Využitie kazuistiky ako kvalitatívnej metódy nám umožnilo poukázať na potrebu podpory psychosociálnej oblasti u klientov v paliatívnej a hospicovej starostlivosti.

Záver: Nutné je venovať dostatočnú pozornosť psychosociálnej dimenzii pri starostlivosti o nevyliciteľne chorých pacientov s následnou analýzou a hľadaním možnosti ich napĺňania a uplatnenia v praxi. Kvalitnou ošetrovateľskou starostlivosťou zabezpečíme umierajúcemu pacientovi uspokojenie bio – psycho – sociálnych a duchovných potrieb s individuálnym prístupom, nakoľko človek zomiera za jedinečných a neopakovateľných okolností. Vzhľadom na uvedený fakt musíme poskytovať vysoko humánnu ošetrovateľskú starostlivosť s prihliadnutím na všetky špecifické dimenzie paliatívnej a hospicovej starostlivosti.

Kľúčové slová: Hospicová starostlivosť. Dimenzia. Kazuistika. Multidisciplinárny tím.

Abstract

Introduction: The basis of palliative medicine and care is in the hospice movement, whose origin conditions the changing of views on death and dying. A hospice care is a philosophy of a holistic care, the system of health and social care, which is the top of human ethics. The palliative care stimulate life and also consider death as a natural process, it does not accelerate and delay death, it provides a concession from pain and other symptoms, it helps to family to cope with the disease of the client and also with grief after his death. We look on the person as on a multi-dimensionally essence of something, which is existing. In spite of the specificity of the various dimensions of human it is necessary to emphasize their mutual unity.

Core work: A psychosocial dimension in the incurably ill and dying people is a very sensitive topic, so it is necessary to access to it sensitively and individually. It is necessary to consider the fact that the needs at the terminal stage of the disease are the modified and specific. Given that fact, it is also necessary to respect the specific dimensions associated with the hospice care. The incurable disease changes the direction of the trajectory of human life. This is a change in the perspective and values when the one is reviewing its priorities, the change in the meaning of the life. To identify the psychosocial needs of the dying people it is an appropriate approach of finding of perceptive needs, hence the ranking of importance of individual needs directly by dying person by or his family. The using of case studies as a qualitative method has allowed us to highlight the need for support of psychosocial area with clients in palliative and hospice care.

Conclusion: It is necessary to pay a sufficient attention to the psychosocial dimension in the care of incurably ill patients with a subsequent analysis and with a finding possibilities for their fulfillment and application in the practice. By the qualitative nursing care we provide to a dying patient a satisfaction of bio - psycho - social and spiritual needs with an individual approach, as man dies in a unique and unrepeatable circumstances. Given that fact, we must provide the high human nursing care, in consideration of the all specific dimensions of the palliative and hospice care.

Key words: Hospice care. Dimension. Case report. Multidisciplinary team.

Úvod

Základ paliatívnej medicíny a starostlivosti je v hospicovom hnutí, ktorého vznik podmienila zmena názorov na smrť a umieranie. **Hospicová starostlivosť** je filozofia holistickej starostlivosti, systém zdravotnej a sociálnej starostlivosti, ktorá je vrcholom ľudskej etiky. Podľa svetovej zdravotníckej organizácie (WHO 2002) základná a východisková definícia znie: „**Paliatívna starostlivosť** je prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín, súvisiacu s problémami, ktoré prináša život ohrozujúce ochorenie tým, že včas identifikuje a neodkladne diagnostikuje a lieči bolesť a iné fyzické, psycho- sociálne a duchovné problémy a tým predchádza a zmierňuje utrpenie “ (Smoleňová a kol. 2008, s. 12). Na človeka nazeráme ako na **mnohodimenzionálnu** podstatu niečoho, čo je jestvujúce. Napriek špecifickosti jednotlivých dimenzií človeka je potrebné zdôrazniť ich vzájomnú jednotu (Dobříková- Porubčanová 2005).

Paliatívna a hospicová starostlivosť

Paliatívna starostlivosť podporuje život a umieranie považuje za prirodzený proces, neurýchľuje ani neodďaľuje smrť, poskytuje úľavu od bolesti a ostatných symptómov, pomáha rodine vyrovať sa s chorobou klienta a so zármutkom po jeho smrti Payneová a kol. (2007). Sláma a kol. (2007) V rámci delenia paliatívnej starostlivosti rozlišujeme *všeobecnú paliatívnu starostlivosť a špecializované služby paliatívnej starostlivosti*, indikované v prípade, ak nevyliciteľne chorí, zomierajúci a ich rodina majú problémy presahujúce rámec poskytovateľov všeobecnej paliatívnej starostlivosti (Magurová 2015). Paliatívny prístup, špecializované intervencie a špecializovaná paliatívna starostlivosť tvoria *tri roviny paliatívnej starostlivosti*. **Paliatívny prístup** - základná starostlivosť, zameraná na základné vedomosti a zručnosti, ktorými disponujú všetci zdravotnícki pracovníci, starajúci sa o pacientov so život ohrozujúcim alebo terminálnym ochorením, s nutnosťou rozpoznať základné fyzické a psychické symptómy, a zaisťiť potrebné intervencie na ich riešenie. **Špecializované intervencie** - špecializovaná starostlivosť, využívajúca sa v prípadoch komplikovanej ošetrovateľskej starostlivosti, s nutnosťou pomoci špecialistov. **Špecializovaná paliatívna starostlivosť**, poskytovaná zdravotníkmi pracovníkmi, ktorí majú špecializáciu v odbore paliatívnej medicíny. Špecialisti môžu pôsobiť ako poradcovia alebo môžu byť primárnymi poskytovateľmi starostlivosti (O, Connor, Aranda 2005). Paliatívny prístup v starostlivosti o chorého sa nekončí smrťou pacienta, ale plynulo prechádza do pozitívneho prístupu na zníženie utrpenia a na podporu porozumenia zo straty blízkej osoby (Šíp, Šípová 2014). Paliatívna starostlivosť resp. medicína sa na Slovensku poskytuje formou ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti.

- **Ambulantnú zdravotnú starostlivosť** v odbore paliatívna medicína vykonávajú *mobilné hospice, ambulancie paliatívnej medicíny a stacionárne paliatívnej medicíny*.
- **Ústavnú zdravotnú starostlivosť** v odbore paliatívna medicína zabezpečujú *hospice, oddelenia paliatívnej medicíny a jednotky paliatívnej medicíny*.

Hospicové hnutie je ucelený systém pomoci zomierajúcim a ich rodinám, ktorý sa snaží o svoju vlastnú identitu v súčasnom systéme víťaznej medicíny. **Hospicová starostlivosť** je filozofia holistickej starostlivosti, systém zdravotnej a sociálnej starostlivosti hľadajúci možnosti ako obnoviť dôstojnosť a zmysel osobného naplnenia zomierajúceho, pričom dôraz je kladený na pacienta a rodinu; cieľom je zlepšenie kvality zostávajúceho života; princípom je holistická filozofia života a umierania. **Filozofia hospicu** je filozofia holistická. Vznik hnutia podmienila zmena názorov na smrť a umieranie. Odosobnenie starostlivosti o terminálne chorých sa stala sociálnym problémom, v ktorom existujúci zdravotnícky systém zlyhal. Hospicová starostlivosť nepredlžuje život, ani neurýchľuje smrť. Je naopak vrcholom ľudskej etiky.

Psychosociálna dimenzia u nevyliciteľne chorých a umierajúcich

Psychosociálna dimenzia u nevyliciteľne chorých a umierajúcich ľudí je veľmi citlivá téma, preto je nutné pristupovať k nej citlivo a individuálne. Je potrebné brať do úvahy fakt, že potreby sú v terminálnej fáze choroby modifikované a špecifické. Vzhľadom na uvedený fakt je nutné rešpektovať aj špecifické dimenzie súvisiace s hospicovou starostlivosťou. Nevyliciteľná choroba mení smer v trajektórii života človeka (Dobříková 2008). Ide o zmenu

perspektívy a hodnôt, keď človek prehodnocuje svoje priority, zmenu v zmysle života. Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti vychádzame z holistického prístupu, pričom jedinca chápeme ako jednotu bio – psycho – sociálnu a spirituálnu s rešpektovaním jeho potrieb. Pre identifikáciu **psychosociálnych potrieb** umierajúcich je vhodný prístup zisťovania perceptívnych potrieb, teda hodnotenie dôležitosti jednotlivých potrieb priamo umierajúcim, prípadne jeho rodinou (Bužgová 2011). Najzávažnejším **psycho – sociálnym aspektom** zomierajúcich je neistota, obavy, strach a úzkosť. Veľmi často sú to obavy a neistota z bolesti, nepríjemných pocitov, osamelosti, ako aj obavy o vlastný život. Ich závažnosť spočíva v závislosti od intenzity a sily prežívanej emócie, ktoré podmieňuje emotivita a emocionalita osobnosti (Smoleňová a kol. 2008; Magurová 2015). S psychickými potrebami súvisí aj podpora pacienta v napĺňaní jeho duchovných potrieb. **Sociálne potreby** sú v terminálnej fáze choroby modifikované a špecifické. Najčastejšími problémami v sociálnych potrebách nevyliciteľne chorých a zomierajúcich pacientov sú: **pocit osamelosti, porucha adaptácie, porucha sociálnej interakcie, porucha verbálnej komunikácie, porucha plnenia rolí a sociálna izolácia** (Lukacková 2012). Sociálna opora je jedným z dôležitých protektívnych faktorov pri zvládaní stresu z ochorenia a liečby, a to najmä v období, keď jedinec nedisponuje dostatočnými osobnostnými protektívnymi zdrojmi. Nutné je venovať dostatočnú pozornosť **psychosociálnej dimenzii pri starostlivosti o nevyliciteľne chorých** pacientov s následnou analýzou a hľadaním možnosti ich napĺňania a uplatnenia v praxi. Uvádžame prioritné úlohy so zameraním na multidisciplinárny tím a ich pomoci rodinným príslušníkom s cieľom **rešpektovania špecifických dimenzií** súvisiacich s hospicovou starostlivosťou.

Je nevyhnutné, aby multidisciplinárny tím:

- Akceptoval vnútorné prežívanie choroby chorého
- Monitoroval a zaznamenával zmeny v kognitívnych funkciách
- Povzbudzoval chorého v komunikácii
- Skvalitnil si komunikačné zručnosti
- Vytváral pokojné prostredie medzi členmi multidisciplinárneho tímu
- Zabezpečil holistický prístup pri starostlivosti o chorých
- Zabezpečil uspokojenie bio – psycho - sociálnych a duchovných potrieb
- Citlivo vnímal a počúval priania chorého
- Komunikoval s príbuznými a usmerňoval ich
- Pomáhal chorému prechádzať štádiami vyrovnávania sa so smrťou

Pre rodinných príslušníkov:

- Aktivizovať zdroje sociálnej opory
- Kontaktovať sa s rodinou, motivovať ich k podpornému správaniu sa, ponúknuť im pomoc psychológa
- Zabezpečovať a podporovať kontakt rodiny s chorým
- Informovať príbuzných o vhodnom spôsobe komunikácie s chorým
- Aktivizovať rodinu k pravidelným návštevám a zapájať ju do starostlivosti
- Citlivo a pravdivo informovať rodinu o zdravotnom stave ich príbuzného

Kazuistika

Využitie kazuistiky ako kvalitatívnej metódy nám môže byť nápomocné v situáciách, kedy chceme poukázať na potrebu podpory psychosociálnej oblasti u klientov v paliatívnej a hospicovej starostlivosti..

Stanovený problém: Napĺňanie psychosociálnych potrieb človeka v hospicovejstarostlivosti. Hlavným cieľom bolo priblížiť psychosociálne potreby a poukázať na dôležitosť ich napĺňania u nevyliciteľne chorého človeka.

Čiastkové ciele:

- Získať údaje o pacientovi, o jeho psychosociálnych potrebách
- Analyzovať psychosociálne dimenzie pacienta
- Hľadať možnosti pre napĺňanie psychosociálnych potrieb a ich uplatnenie v praxi

Posúdenie z hľadiska anamnestických údajov - Išlo o 55 ročnú pacientku v hospicovej starostlivosti. Pacientka prekonala bežné detské ochorenia, predtým zdravá, neliečila sa na žiadne ochorenia. Taktiež neguje operácie a úrazy. Pred tromi rokmi jej diagnostikovali karcinóm prsníka.*Rodinná anamnéza:* pochádza z úplnej rodiny, má jedného 50 ročného, doposiaľ zdravého súrodenca. Obaja rodičia už nežijú. Matka zomrela náhle v 60 rokoch na infarkt myokardu a otec na starobu. *Sociálna anamnéza:* pacientka je vydatá, bývala v štvorizbovom byte so synom a manželom. *Životný štýl:* pacientka uvádza, že z dôvodu rodinnej situácie žila v neustálom strese. Nepozná, čo je mať pravidelný príjem stravy, minimálne trikrát do dňa, pretože to z pracovných dôvodov nevládala. Škodlivé látky neguje. Zo záľub uvádza, že rada sledovala filmy a čítala knihy. *Lekárske diagnózy:* Ca mamae 1. sin. – exulcerovaný tumor a početné metastázy do skeletu. V súčasnosti je imobilná, má inkontinenciu moču a stolice III. stupňa a malígnu kachexiu.

Katamnéza - Pacientka bola do Hospicu prijatá pred 11 mesiacmi tohto roku z dôvodu pokročilej rakoviny prsníka už s metastázami do kostí. Uvádza, že dôvodom terajšieho stavu je jej aktívny život plný stresových situácií. Na svoje detstvo spomína ako na veľmi dobré, príjemné. Jej vzťah s rodičmi veľmi dobrý, kamarátsky, dovtedy, kým začala navštevovať strednú školu a spolu s tým spoznávať aj iné spôsoby života, ktoré sa predtým iba v kruhu rodiny nedali spoznať. V tomto období sa jej vzťah s rodičmi narušil a prestala s nimi udržiavať kontakt. Pôvodne vyštudovala za krajčírku, ale táto práca ju nenapĺňala. Počas stredoškolského štúdia sa zamilovala do terajšieho manžela, za ktorého sa v osemnástich rokoch vydala a mala s ním jedného syna. Manžel bol povahou extrovert a stále chcel byť stredobodom pozornosti. V priebehu manželského života sa začali objavovať problémy týkajúce sa predovšetkým jeho nezájmu o rodinný život, o výchovu syna, bývanie, atď. To ju veľmi trápilo. Manžel sa už ale postupne prestal podieľať na chode domácnosti, neprispieval jej finančne na výživu, či starostlivosť o syna. Často dlho pracoval a voľné chvíle trávil väčšinou v hostinci odkiaľ prichádzal domov opitý. Viazla komunikácia, manžel si ju prestával vážiť, fyzicky ju týral, často musela prespávať mimo domu. V tom čase začala rapídne chudnúť. Za obdobie zopár mesiacov schudla 30 kg. Pred dvomi rokmi na jeseň si nahmatala hrčku v ľavom prsníku, no nikomu z rodiny sa s tým nezdôverila. Navštívila svojho odborného lekára, absolvovala komplex vyšetrení po ktorých jej bol diagnostikovaný karcinóm prsníka. Následne jej odporúčali operačný zákrok, s následnou chemoterapiou a rádioterapiou. Nakoľko bola živiteľkou rodiny, nechcela byť práceneschopná odmietla

ponúknutú možnosť liečby. K tomuto rozhodnutiu prispel aj fakt, že pacientka nedôverovala lekárom a taktiež nepripúšťala, že jej stav je až tak závažný. Jej fyzický a psychický stav sa zhoršoval, bola nesústredená, čo sa prejavilo aj na jej pracovnom výkone. V práci dostala výpoveď. Dôvodom jej vyčerpania bolo progredujúce ochorenie. Naďalej negovala svoj zdravotný stav i napriek tomu, že nález sa postupne zväčšoval. Bola depresívna, sama a opustená vo vlastnom byte. Začala mať problémy s chôdzou. Jedného dňa v kúpeľni stratila rovnováhu a spadla. Po niekoľkých hodinách ju našiel syn bezmocnú ležať na zemi a zavolať rýchlu záchranú službu, ktorá ju previezla do nemocnice, kde ju hospitalizovali. Pokročilé štádium ochorenia, početné metastázy v kostiach spôsobili, že pacientka ostala imobilná, slabá, inkontinentná, úplne odkázaná na pomoc druhej osoby. Bola presvedčená, že tento stav spôsobil u nej dlhodobý stres. Pochopila, že v takomto stave sa nedokáže sama o seba postarať a v konečnom dôsledku ani nemá nikoho, kto by sa o ňu postaral. Požiadala preto svojho brata, aby jej pomohol nájsť riešenie. Ten začal hľadať možnosti. Vzhľadom na pokročilé štádium ochorenia mu odporučili umiestnenie v hospici. V januári tohto roku bola s jej súhlasom umiestnená v hospicovom zariadení. Už pri prvom stretnutí pacientka s nami komunikovala bez problémov, otvorene a úprimne. Pri rozprávaní svojho životného príbehu plakala. Hovorila o tom, ako sa starala o rodinu, plnila im všetky prania a keď ona následkom ochorenia potrebovala pomoc, nemal jej kto pomôcť. Uviedla, že nemá nikoho z rodiny, kto by ju utešil, ale naopak je rada, že je v tomto zariadení. Pacientka bola veľmi vďačná za čas, ktorý môže prežívať tu v hospici, kde je prioritou ústretový režim a kde všetci zamestnanci robia všetko preto, aby zabezpečili čo najväčšiu kvalitu života. Na nové prostredie sa adaptovala veľmi dobre a pochvaľuje si starostlivosť celého personálu vrátane dobrovoľníkov, pretože vie, že sa od príbuzných starostlivosti nedočká. Jej najväčšou útechou je kňaz a prijímanie sviatostí. Ochorenie naďalej popiera a verí, že fyzická zdatnosť sa jej ešte vráti. Ako sama hovorila: „*Smrť sa bojím ale ju nedopustím... život sa neodníma, iba mení*“.

Analyza, interpretácia - Pacientka uvádza, že celý život je preňu veľké sklamanie. Pri prvom kontakte s nami pôsobila veselo a zdalo sa, že je so svojou životnou situáciou zmierená. Počas rozhovoru sme však pozorovali, že pacientka nikdy nespomenula ochorenie a na otázky k tejto téme sa vždy vyhýbala. Z toho dedukujeme, že svoju chorobu neprijala. Strach z ochorenia a smrti v sebe potláča tým, že seba aj okolie presviedča o tom, že je v hospici len ubytovaná, pretože sa o ňu doma nemá kto postarať, ale keď nadobudne fyzické sily pôjde domov. Občas sme pozorovali zmenu nálad a zabiehavé myslenie. Svoj terajší psychický a fyzický stav pripisuje stresu z minulosti. Odmietla fakt, že je v pokročilom štádiu nádorového ochorenia a jej život sa pomaly blíži ku koncu. Skutočnosť popiera, samu seba presviedča o tom, že to nie je s ňou až také zlé. U pacientky pozorujeme smútok z toho, že stráca fyzické sily, čo následne ovplyvňuje aj jej psychický stav. Odmietla aj psychologickú pomoc, nakoľko uvádza, že ona to nepotrebuje. Uvádza, že jedno z najkrajších období za poslednú dobu prežíva práve v hospici, kde jej je všetkými členmi vrátane kňaza poskytovaná profesionálna a láskavá starostlivosť. Pozorovaním a vzájomným rozhovorom sme u pacientky zistili prítomnosť nenaplnených psychosociálnych potrieb, ako je znížená sebaúcta a sebakoncepcia v súvislosti s neprijatím ochorenia a vyhýbania sa téme ohľadom neho; stres, ktorý sa prejavuje psychickou zmenou, strachom z ochorenia a zo smrti; sociálna izolácia vzhľadom na absenciu návštev a podporu zo strany rodinných príslušníkov;

smútok z toho, že má nedostatok fyzických síl, potrebných ku skvalitneniu života; sklamanie a hnev voči manželovi a synovi za to, že sa jej nedostalo lásky a uznania. Naplnené spirituálne potreby v nej vzbudzujú nádej, že ešte vstane z lôžka. Potrebu istoty a bezpečia jej zabezpečuje a dodáva viera v „Boha“ a dôvera v hospicový tím. Na základe týchto nenaplnených potrieb multidisciplinárny tím naplánoval a následne realizoval intervencie s cieľom zabezpečiť čo najvyššiu možnú kvalitu života:

- akceptoval zmenu nálad;
- vypočul problémy pacientky z jej pohľadu;
- volil adekvátny spôsob komunikácie s uplatnením prvkov empatie;
- povzbudzoval ju, aby rozprávala o svojich pocitoch;
- sledoval jej verbálne a neverbálne prejavy psychického stavu;
- poskytoval jej duchovnú podporu;
- zabezpečil jej účasť na svätej omši;
- oslovil príbuzných, aby nadviazali kontakt s pacientkou, či už telefonický, alebo osobný prostredníctvom návštev.

Diskusia - Starostlivosť o nevyliciteľne chorých a umierajúcich má okrem uspokojovania biologických potrieb taktiež aj psychosociálny rozmer. Pri uspokojovaní psychosociálnych potrieb je nevyhnutné disponovať informáciami o emocionálnom stave pacienta a jeho sociálnych problémoch. Aj keď v niektorých prípadoch sa nestotožňujeme s postojom pacienta, je dôležité prejavíť mu za každej situácie úctu, dodať mu pocit dôvery a bezpečia. Pacientovi neupierame právo byť informovaný o svojom zdravotnom stave. V uvedenej kazuistike sme mohli pozorovať pacientku, ktorá trpela nevyliciteľným ochorením, ktorom bola informovaná, ale realitu ochorenia odmietala prijať. Aj keď pôsobila veselo a zdalo sa, že je so svojou životnou situáciou zmierená, z rozhovoru sme zistili, že nikdy nespomínala ochorenie a otázkam k tejto téme sa zakaždým vyhýbala. Po celý čas svoj psychický a fyzický stav pripisovala stresu z minulosti. Seba aj okolie presviedčala o tom, že je tam umiestnená a keď fyzicky pookreje tak pôjde domov. Skutočnosť popiera a naďalej tvrdí, že to nie je s ňou až také zlé. Odmietla aj naďalej pomoc psychológa a sociálny kontakt jej zabezpečuje hospicový tím, vrátane kňaza a dobrovoľníkov. U pacientky sme pozorovaním a vzájomným rozhovorom zistili prítomnosť nenaplnených psychosociálnych potrieb, tak ako sme to uviedli v časti analýza a interpretácia. Na základe uvedenej kazuistiky môžeme usúdiť, že pacientka vzhľadom na nie pokročilý vek, ako aj na jej presvedčenie o tom, že jej zdravotný stav bol príčinou toho, že sa jej rozpadlo manželstvo nedokázala prijať svoje ochorenie. Jediný pocit istoty jej dodávala viera v „Boha“. Môžeme skonštatovať, že pacientka sa cíti osamelá, aj keď má v blízkosti sociálny kontakt so zdravotníckym personálom, dobrovoľníkmi a kňazom, chýba jej kontakt s rodinnými príslušníkmi. Naďalej odporúčame uspokojenie spirituálnych potrieb, podporu verbálnej komunikácie, aktívneho vypočutia pocitov pacientky s cieľom emocionálneho uvoľnenia a psychickej podpory. Dôležité je ak má pacient podporu v rodine a nie je na svoje ochorenie sám, môže sa podeliť s blízkymi o svojich obavách z ochorenia. Pacienti potrebujú cítiť podporu druhej osoby. V praxi sa stretávame aj s tým, že sa rodina izoluje od chorého a nenavštevuje ho z dôvodu, že sa obávajú stretnutia, nevedia ako sa majú k nevyliciteľne chorému správať a ako s ním

komunikovať. V týchto situáciách je často potrebná pomoc psychológa. Z praxe vieme, že ak človek s nevyliciteľným ochorením dostáva dostatočnú emocionálnu podporu od rodiny je viac aktívnejší, neopúšťa sa a má väčšiu motiváciu bojovať. Pozornosť je potrebné venovať aj komunikácii, ktorú je nutné prispôbiť veku, pohlaviu, závažnosti ochorenia, citového rozpoloženia a momentálnej situácii v akej sa pacient nachádza. Pacientka v uvedenej kazuistike sa zamýšľa nad zomieraním a smrťou, ale naplnené spirituálne potreby v nej vzbudzujú nádej. Duchovná starostlivosť patrí neodmysliteľne k starostlivosti o nevyliciteľne chorých.

Záver

Nutné je venovať dostatočnú pozornosť psychosociálnej dimenzii pri starostlivosti o nevyliciteľne chorých pacientov s následnou analýzou a hľadaním možnosti ich napĺňania a uplatnenia v praxi. Psychosociálna dimenzia u nevyliciteľne chorých a umierajúcich ľudí je veľmi citlivá téma, preto je nutné pristupovať k nej citlivo a individuálne. Kvalitnou ošetrovateľskou starostlivosťou zabezpečíme umierajúcemu pacientovi uspokojenie bio – psycho – sociálnych a duchovných potrieb s individuálnym prístupom, nakoľko človek zomiera za jedinečných a neopakovateľných okolností. Vzhľadom na uvedený fakt musíme poskytovať vysoko humánnu ošetrovateľskú starostlivosť s prihliadnutím na všetky špecifické dimenzie paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Prítomnosť druhých ľudí vytvára sociálny akt, ktorý spolu s láskavým sprevádzaním môže vytvoriť predpoklad pre dôstojné umieranie a smrť.

Použitá literatúra

- ANDRAŠIOVÁ, M. et al. 2002. *Hospic a paliatívna starostlivosť* /príručka pre dobrovoľníkov/. Bratislava: Oto Németh, 2002. 54 s. ISBN 80-968416-0-2.
- BUŽGOVÁ, R., 2011. Hodnocení psychosociálních potřeb terminálně nemocných. In *Kontakt*. roč. 13, č. 3, s. 265- 274. ISSN 1212- 4117.
- DOBŘÍKOVÁ- PORUBČANOVÁ, P. a kol., 2005. *Nevyliciteľne chorí v súčasnosti. Význam paliatívnej starostlivosti*. 1. vyd. Trnava: Spolok Svätého Vojtecha. 2005. ISBN 80-7162- 581- 7.
- DOBŘÍKOVÁ, P., 2008. Psychické problémy nevyliciteľne chorých a úlohy psychológa v paliatívnej starostlivosti. In: *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. roč. 1, č. 3, s. 135- 138. ISSN 1337- 6896.
- HAŠKOVCOVÁ, M. 2000. *Thanatologie*.1.vyd. Praha. Galén, 2000.191 s. ISBN 80-7262-034-7.
- Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti platná s účinnosťou od 1.7.2006*
- LUKACKOVA, V., 2012. Ošetrovateľská starostlivosť o paliatívnych pacientov. In *Florence*. roč. 8, č. 5, s. 22- 24. ISSN 1801- 464X.
- MAGUROVÁ, D. 2015. *Vybrané kapitoly paliatívnej a hospicovej starostlivosti*. Prešov: PU v Prešove, 2015.164s. ISBN 978-80-555-1317-1.
- Ó CONNOR, M., ARANDA, S., 2005. *Paliatívni péče: pro sestry všech oborů*. Praha: GradaPublishing. 2005. ISBN 80- 247- 1295- 4.

- PAYNE, J. et al. 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
- SLÁMA, O. a kol., 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. 2007. ISBN 978- 80-7262- 505- 5.
- SMOLEŇOVÁ, L. a kol., 2008. *Vybrané kapitoly z paliatívnej starostlivosti*. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis. 2008. ISBN 978- 80- 8082-197- 5.
- ŠÍP, M., ŠIPOVÁ, M., 2014. *Kvalita ľudského života v kontexte paliatívnej starostlivosti*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity. 2014. ISBN 978- 80- 555- 1223- 5.

Kontakt autora

PhDr. Dagmar Magurová, PhD.
PU v Prešove, FZO, Katedra ošetrovateľstva
dagmar.magurova@unipo.sk

VOJOPOMOCNÁ SKUPINA AKO DÔLEŽITÝ ATRIBÚT KOMUNITNEJ SOCIÁLNEJ OPORY PACIENTA S NÁDOROVÝM OCHORENÍM

¹Majerníková Ludmila, ¹Magurová Dagmar, ¹Obročníková Andrea, ¹Eliašová Anna
¹Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Úvod: Vysoká incidencia nádorových ochorení v Slovenskej republike podnecuje ku komplexnému riešeniu situácie pacientov so zhubnými nádorovými ochoreniami. V rámci celkového prístupu je nesporne potrebné riešiť u týchto klientov aj otázku sociálnej opory a podpory. Sociálna opora a dobré sociálne vzťahy významne prispievajú k zdraviu a ich nepopierateľný protektívny význam sa preukázal aj v súvislosti s riešením chronických ochorení.

Jadro práce: Práca poukazuje na dôležitosť fungovania sociálnej podpory v rámci pôsobenia v komunite onkologických klientov. Poskytuje prierez historickým vývojom svojpomoci ako aj svojpomocných skupín. Analyzuje základné teórie svojpomoci, ktoré je vhodné aplikovať u onkologických klientov, pričom vychádza zo štúdií, ktoré poukazujú na nesporný prínos v rovine prežívania i kvality života u týchto klientov.

Záver: Klinické pozorovania a výsledky štúdií poukazujú, že sociálna opora poskytovaná onkologickým klientom môže byť veľmi užitočná. Preto je nevyhnutné, aby sa u nás zlepšil multidisciplinárny prístup svojpomoci v rámci holistickej starostlivosti o klientov aj mimo nemocničného zariadenia.

KLúčové slová: Svojpomocná skupina. Nádorové ochorenia. Sociálna opora.
Ošetrovateľstvo.

Abstract

Introduction: The high incidence of cancer in the Slovak Republic encourages a comprehensive solution to the situation of the patient so malignancy. Within the overall approach it is undoubtedly a need to address with these clients and even the question of social support can support. Social support good social relationships contributes significantly to the health of their undeniable protective Relevance has even demonstrated in responding to chronic diseases.

Core of work: The work shows the importance that social support in the framework of action in the community oncology guests. It provides cross-sectional historical development of self-help and even as self-help groups. It analyzes the basic theory of self-help, which should be applied in cancer guests and is based on studies that shows the unquestionable benefit in the plane of survival and quality of life for these clients.

Conclusion: Clinical observation of the results of studies present that social support provided to client with cancer can be very useful. It is therefore necessary to improve with us a multidisciplinary approach within a holistic self-help customer care and even outside hospital facilities.

Key words: Self-help groups. Cancers. Social support. Nursing.

Úvod

Sociálna opora je súborom rôznorodých podporných aktivít, pochádzajúcich z podporných zdrojov z prostredia klienta. K týmto zdrojom patria predovšetkým rodina, príbuzní, priatelia, známi, ale tiež profesionáli na rôznych pracovných miestach (napríklad lekár, sestra, ošetrovateľ, terapeut, sociálny pracovník, psychológ). Podstata sociálnej podpory spočíva vo vedomí, že iní ľudia sú nám k dispozícii a sú nám ochotní v prípade potreby poskytnúť pomoc. Dosiaditeľnou sociálnou oporou rozumieme takú formu pomoci, ktorá je ľahko dostupná v bezprostrednom okolí konkrétneho človeka, a to v oficiálnej i neoficiálnej rovine. Vo vzťahu k tejto rovine môžeme hovoriť o sociálnej opore aj ako o osobnom zdroji, v tomto zmysle sociálna opora zahŕňa všetky zdroje pomoci, ktoré sú k dispozícii pre daného človeka v rámci jeho individuálnej sociálnej siete. Vo všeobecnosti môžeme konštatovať, že vnímaná sociálna opora, čiže ten typ sociálnej opory, o ktorej jednotlivec reálne uvažuje, je odrazom sociálnych vzťahov v prostredí, do ktorého jednotlivec patrí (Verešová, 2007). Každý rok i napriek pokrokom vo výskume a v medicíne sú 3,2 miliónom Európanov diagnostikované nové onkologické diagnózy. Onkologické choroby predstavujú od 70. rokov minulého storočia - po ústupe výskytu infekčných ochorení a úmrtí na ne, vysokým percentuálnym podielom druhú najčastejšiu príčinu smrti v populácii mužov aj žien vo všetkých krajinách Európskej únie; na prvom mieste stoja kardiovaskulárne choroby. Žiaľ, v štatistikách incidencie zhubných nádorov patrí Slovenská republika na popredné miesta nielen v porovnaní s krajinami Európskej únie ale i v celosvetovom porovnaní. Štatistické ukazovatele poukazujúce na skutočnosť, že počet prípadov novohlásených zhubných nádorov v SR sa každoročne zvyšuje, považujeme za alarmujúce (Safei-Diba et al. 2012, Hlava et al., 2010). U klientov trpiacich nádorovým ochorením bola jednoznačne dokázaná prospešnosť sociálnej podpory nielen v oblasti zvýšenia kvality života, ale aj prežívania, ako na to poukazujú viaceré štúdie (Atkinsonová a kol., 1995, Žiaková, 2002).

Jadro práce

Sociálna opora a dobré sociálne vzťahy významne prispievajú k zdraviu a je nepopierateľný protektívny význam existencie sociálnej opory. Sociálna opora pôsobí v rovine individuálnej, ale aj v rovine sociálnej. U ľudí, u ktorých absentuje sociálna a emocionálna opora, trpia viacerými psychickými zdravotnými problémami. Křivohlavý (2009, s. 94) definuje sociálnu oporu ako „pomoc, ktorá je poskytovaná druhými ľuďmi človeku, ktorý sa nachádza v záťažovej situácii.“ Jednotlivec poskytovanú pomoc interpretuje jemu vlastným spôsobom, na chápanie a prijatie ponúkanej pomoci, respektíve poskytovanej sociálnej opory, má veľký vplyv predchádzajúca osobná skúsenosť jednotlivca. Ďalšie definície vymedzujú sociálnu oporu ako existenciu alebo prístupnosť, blízkosť osôb, ktorým jedinec verí, môže sa na nich spoľahnúť a ktorí v ňom vyvolávajú presvedčenie, že o neho stoja, vážia si ho, majú ho radi a sú mu ochotní poskytnúť pomoc a *starostlivosť* „*Svojpomocná skupina je malá dobrovoľná organizácia, ktorá sa skladá z jednotlivcov s podobnými zdravotnými, sociálnymi či každodennými starosťami*“ (Bútorá, 1991). Svojpomocné skupiny sú založené na predpoklade, že postihnutej osobe môže najviac pomôcť osoba, ktorá prešla, alebo prechádza v súčasnosti podobnou situáciou (Mohapl, 1992). Často je

tento pojem (svojpomocná skupina) zamieňaný či stotožňovaný so svojpomocným hnutím. Pod svojpomocným hnutím rozumieme v širšom význame celú škálu najrôznejších svojpomocných aktivít: svojpomocné skupiny, svojpomocné organizácie a podporné systémy i alternatívnu starostlivosť.

História svojpomocných skupín

Liečebný potenciál skupiny je známy od pradávna. Na počiatku ľudstva sa na uzdravovaní svojho druhu podieľalo viacero dospelých členov kmeňa alebo ľudí. Formy pomoci boli rozličné, napr.: spoločný obrad, tanec, rituálny spev, obeta a iné. Chorý neniesol bremeno svojho ochorenia sám, jeho blízki sa o neho zaujímali a snažili sa mu pomôcť. Táto skupinová účasť, alebo solidarita, charakteristická pre dnešnú profesionálne vedenú skupinovú terapiu, tak pre súčasné laické svojpomocné skupiny sa aj v minulosti netýkali len choroby, ale aj akýchkoľvek krízových situácií jednotlivca (ťažký pôrod, zranenie, posadnutosť zlým duchom) i skupín (hlad, sucho, živelné pohromy a iné). V období stredoveku a renesancie bola vzájomná pomoc skôr výnimkou ako pravidlom a vzťahovala sa na príslušníkov danej skupiny (napr.: cechu). Až s rozmachom priemyselnej revolúcie začína obdobie masovejšieho združovania jednotlivcov do podporných organizácií, vzájomnú pomoc môžeme hlavne pozorovať medzi nepriviligovanými a sociálne slabými vrstvami. Išlo hlavne o pomoc pri hlade, chorobe, úrazoch, smrti živiteľa, nezamestnanosti a pod. (Bútora, 1991). V 20. storočí vznikali, inštitucionalizovali sa a centralizovali sa skupiny vzájomnej pomoci, ktoré sa vo veľkej miere menili na organizácie zastupujúce záujmy určitej profesie. Medzi priekopníkov sociálnej práce v medicíne patrila americký lekár Pratt. Zaviedol skupinové sedenie pacientov s tuberkulózou. Tieto stretnutia mali za úlohu vytrhnúť pacientov z neplodného sebaopozorovania a sebaľútosti. Pratt motivoval iných lekárov k tomu, aby zorganizovali podobné sedenia s ľuďmi s problémami ako je vysoký krvný tlak, diabetes mellitus, podvyživené deti a ich matky, čiže všade tam kde znela potreba vzájomnej pomoci a sociálnej podpory. Biererovi sa pripisuje založenie prvého klubu v oblasti psychoterapie a to v roku 1938 v Anglicku. Bol to klub pre duševne chorých pacientov. Ako jedna z najvhodnejších foriem základnej psychologickkej a sociálnej pomoci onkologickým pacientom sa v priebehu posledných rokov ukázala forma tzv. podporných skupín, resp. svojpomocných skupín (Harris a kol., 2000, Siegel, 1990, Reynolds, 1991). Slúži ako „neviditeľná záchranná sieť a tvoria ju tí, ktorí prežili onkologickú liečbu a už sa s ňou vyrovnali tak, že sa môžu stať zdrojom poučenia a podpory. Organizovanú podobu nadobudli v USA v roku 1973, keď vznikla prvá podporná skupina pacientiek s rakovinou prsníka, a odvtedy poskytla pomoc tisícom žien s podobným problémom (Harris a kol. 2000). V súčasnosti sú preferované organizované podporné skupiny vedené odborníkmi, a to onkológmi, psychológmi, sociálnymi pracovníkmi, fyzioterapeutmi, odborníkmi na lymfodrenáž a podobne, ktorí sami úspešne prekonalí toto ochorenie. Sledovanie kvality života, prežívanie a vyrovnávanie sa s ochorením jednoznačne prinieslo prínos pre drvivú väčšinu zúčastnených osôb. V súčasnosti vo svete úspešne prebiehajú tzv. školenia dobrovoľníkov – laikov z radov onkologických pacientov, ktorí po ukončení tzv. psychologického, právneho a sociálneho minima vyhľadávajú ťažko chorých pacientov v domácom ošetrovaní a ponúkajú im pomoc

(Siegel, 1990, Reynolds, 1991, Pekárek, Vokolek, 1998). U nás má stretávanie v podporných skupinách skôr „voľný“ charakter, je to možné chápať ako prejav ľudskej podpory a spolupatričnosti, hoci snaha o organizovanie sa ukazuje čoraz aktuálnejšia. Svojpomocné skupiny na Slovensku začínajú mať odborný program (prednášky, komunity, liečebné a rekondičné pobyty) a zabezpečuje ich malá skupina dobrovoľníkov z radov pacientiek. Táto forma u nás nemá tradíciu, skôr si ju len buduje a ustavične naráža na mocnú verejnú mienku, ktorá presadzuje skôr „skrytú formu“ liečby rakoviny. V dnešnej dobe máme veľký počet rôznorodých klubov a svojpomocných skupín, ktoré pomáhajú ľuďom prekonať prekážky a žiť normálnym životom. Patria tu samostatné kluby, či kluby a skupiny združené do národných, či celosvetových organizácií. (Bútora. 1991).

Typológia svojpomocných skupín

Rozlišujeme tieto štyri typy svojpomocných skupín:

Skupiny zamerané na zmenu správania svojich členov: majú snahu kontrolovať, alebo odstrániť problematické správanie, napr.: alkoholici, obézni, hazardní hráči, a pod.

Skupiny združujúce ľudí v ťažkých stresových situáciách: ich cieľom je znižovať pôvodný stres a to prostredníctvom vzájomnej podpory, vymieňaním si rád a skúseností. Tu patria napr.: ľudia s emocionálnymi problémami, rodičia bez partnerov, chorí so zhubnými nádorovými ochoreniami a ich rodiny, s chronickými ochoreniami a iné.

Skupiny orientované na prežitie: skladajú sa z členov, ktorých spoločnosť označuje za ľudí odchyľujúcich sa od normy, alebo ich diskriminuje pre hodnoty, ktoré vyzdvihujú, alebo pre ich spôsob života. Úlohou skupín je pomoc pri udržovaní alebo zvyšovaní sebaúcty a pozitívneho obrazu o sebe u jej členov, a to vzájomnou podporou a rastom sebavedomia, rovnako ako zlepšovaním ich postavenia pôsobením na spoločenské postoje a normy. Napr.: skupiny pre rast uvedomenia žien, rôzne skupiny pre rast alebo etnickú podporu, skupiny bojujúce za práva homosexuálov a pod.

Skupiny zamerané na osobný rozvoj a sebarealizáciu: členov spája predovšetkým presvedčenie, že si účastníci v skupine môžu navzájom pomáhať zlepšiť kvalitu svojho života (skupiny pre výcvik citlivosti, skupiny využívajúce techniky Gestalttherapie, a iné) (Mohapl, 1992).

Znaky svojpomocnej skupiny

Každá skupina má svoje charakteristiky a znaky. Skupina zameraná na svojpomoc je charakteristická týmito:

- rovnaký a spoločný osud, skúsenosť, symptóm, stav alebo postihnutie členov,
- možnosť poskytnutia vzájomnej pomoci (zdravotníckej, technickej, právnej, emocionálnej, a pod.)
- vzájomné poskytovanie informácií a rád, sprostredkovanie odborných poznatkov, rovnocennosť a rovnoprávnosť členov, svojpomocná skupina je charakteristická nehierarchickou štruktúrou,
- osobná účasť, individuálna zainteresovanosť každého člena, osobná zodpovednosť za svoje správanie,

- skupina je zdrojom posilňovania ega, zdrojom pre zlepšenie psychologického fungovania, miestom poskytovania emocionálnej podpory a je priestorom pre identifikáciu s inými,
- umožňuje spoliehať sa na vlastné sily, byť sebestačným a autonómnym,
- dôležitá a nevyhnutná je interakcia „tvárou v tvár“,
- uplatňuje sa „princíp pomáhajúceho“ – na pomoci druhého najviac získava ten, kto pomoc poskytuje, pretože ho to posilňuje a podporuje v žiadúcom konaní,
- vymedzuje sa spoločný cieľ, hlavným cieľom skupiny je poskytovať pomoc a podporu svojim členom pri vyrovnávaní sa s ich problémami, pri zlepšovaní ich psychologického fungovania,
- skupina sa orientuje na konanie – spoločne vykonávaná činnosť, aktívne sociálne učenie prostredníctvom konania,
- je pre ňu charakteristický spontánny vznik, autonómia, samoregulácia, skôr demokratické ako autokratické vedenie,
- nevyhnutná je kolektívna energia a vôľa, skupinové cítenie (skupina ako kolektívna entita, ako „My“), každá osoba si svoje pocity a postoje overuje u ostatných členov skupiny,
- poskytuje siete pre spoločenské styky, pre spoločenský život,
- má určitý kódex pravidiel správania sa, istých presvedčení, spoločných ideológií, podľa ktorého chce aby sa určitý člen správal,
- svojpomocná skupina vystupuje u niektorých členov ako referenčná skupina, pre menší počet členov na určité obdobie môže pôsobiť ako primárna sociálna skupina (Bútorá, 1991).

Svojpomocná skupina a onkologickí chorí

Klinické pozorovania a výsledky štúdií ukazujú, že sociálna opora poskytovaná pacientovi môže byť veľmi užitočná. Sociálnou oporou rozumieme prítomnosť inej živej bytosti rovnakého druhu, ktorá na postihnutého jedinca pôsobí priaznivo prípadne uspokojuje jeho sociálne požiadavky, ako sú potreba náklonnosti, istoty, súhlasu a sociálnej interakcie. Sociálna opora posilňuje pacientove vlastné stratégie zvládania choroby. Od príbuzných očakávajú skôr prejavy pocitov, od odborníkov rady a informácie. Očakávaná, ktoré majú pacienti od svojho užšieho sociálneho okolia sú skôr emocionálneho charakteru. Pacient očakáva od svojho sociálneho okolia činnosti ako je komunikácia, udržiavanie kontaktov v núdzi. Sociálna opora je komponentom nádorového ochorenia, ktorý by nemal byť podceňovaný. Dôležitý je výskyt významných vzťahových osôb, či už sa jedná o pocit hodnotného bytia, pocit podpory pri zvládaní ochorenia, je potrebné si uvedomiť, že ľudia sú primárne sociálnymi bytosťami a pre pocit zmysluplného bytia potrebujú niekoho ďalšieho. Môžeme hovoriť o tom, že „človek sa stáva človekom prostredníctvom druhých“. To platí práve v situáciách veľkej núdze a pochybností. Sociálna a emocionálna opora poskytovaná najbližšími rodinnými príslušníkmi pôsobia povzbudivo pri zvládaní stresu, odvrátenou stranou mince je ale averzívna opora - nedostatočná alebo minimálna opora – môže viesť k nárastu prežívaného stresu (Tschuschke, 2004).

Sociálne vzťahy môžu poskytnúť zdroj identity, pozitívneho hodnotenia reality alebo sebaúčinnosti („self-efficacy“) a prispieť ku všeobecnému stavu zdravia. Vzťahu medzi sociálnou oporou a koncepciou sebaúčinnosti, ktorú vytvoril a postupne ďalej zdokonaľoval sa venoval americký psychológ A. Bandura (1977, 1982, 1989). Táto koncepcia je súčasťou jeho teórie sociálneho učenia, neskôr preformulovanej na sociálne kognitívnu teóriu. Touto teóriou sa zaoberal aj Janoušek (1992), ktorý zaviedol ekvivalent pojmu self-efficacy, pojem „sebauplatnenie“. Bandura predpokladá, že percepcia tohto sebauplatnenia ovplyvňuje ako kognitívne procesy, tak emocionálnu človeka a prostredníctvom vytýčenia a stanovenia náročných, ale realizovateľných aspirácií ovplyvňuje i výkonovú motiváciu, pretože prežívané sebauplatnenie vytvára silné puto v podobe záväzku voči formulovaným cieľom. V sebauplatnení sa však podľa Banduru uplatňujú aj ďalšie premenné, stratégie zvládania stresu („coping“), disponovanie kontrolou nad vývojom udalostí, autonómia činnosti atď., súvislosť však nachádza aj s radom fyziologických javov a procesov (Bandura, 1990, Janoušek, 1992).

Sociálna opora u chorých so zhubnými nádorovými ochoreniami

K zdrojom sociálnej opory patriaprirodzené zdroje, ktoré tvoria najbližší príbuzní – rodičia, súrodenci, deti, manželka, priatelia a pod. a komunitné zdroje - inštitúcie, združenia, hnutia, mimovládne organizácie, ale tiež štátne organizácie atď. (Verešová 2007). Sociálna opora je pomoc, ktorú jednotlivci, skupine či komunite poskytujú iní aktéri. Vo všeobecnosti by sme túto pomoc mohli charakterizovať ako aktívnu podporu a spoluúčasť pri riešení záťažovej situácie. Sociálna opora pôsobí ako účinný nárazník, ktorý stojí proti stresu, čím ho tlmí. Pri sociálnej opore ide o dve doplnujúce sa aktivity, ktorých existencia je vzájomne previazaná, a to dávanie, alebo tiež poskytovanie sociálnej opory a prijímanie sociálnej opory (Verešová, 2007). Sociálnu oporu možno rozdeliť podľa niekoľkých hľadísk, najrozšírenejšie je rozdelenie podľa obsahu na: inštrumentálnu, informačnú, emocionálnu a hodnotiacu sociálnu oporu (Šolcová, Kebza, 1999):

Inštrumentálna opora predstavuje veľmi konkrétnu formu pomoci, napr. poskytnutím finančnej pomoci, vybavením rôznych potrebných vecí alebo vybavením neodkladných záležitostí, ktoré človek s onkologickým ochorením nedokáže sám vybaviť, poskytnutím materiálnej pomoci, ide o tzv. asistenciu potrebným (copingassistance).

Informačná opora znamená, že človeku sú podávané informácie, ktoré mu môžu byť nápomocné pri orientácii v situácii, do ktorej sa dostal. Rady mu môžu poskytnúť ľudia, ktorí majú s podobnou situáciou osobnú skúsenosť. Do tejto kategórie patrí tiež pomoc poskytovaná človeku v núdzi tým, že je počúvaný, zisťujú sa jeho potreby a jeho predstavy o tom, čo by bolo dobré a možné pre neho urobiť.

Emocionálna opora je empatickou formou poskytovaná emocionálna blízkosť pacientovi, je mu podaná pomocná ruka, keď prepadá depresii, beznádeji a pocitom odcudzenia, je mu dodávaná nádej a pod.

Hodnotiacia opora je poskytovaná človeku napr. tým, ako sa k nemu ľudia správajú. Prejavmi úcty a rešpektu sa posilňuje jeho kladné sebahodnotenie, je podporovaná jeho snaha o autoreguláciu.

Pri sociálnej opore je treba vidieť nielen množstvo poskytovanej sociálnej opory, ale aj jej kvalitu. Tá môže byť odlišne hodnotená poskytovateľom na jednej strane a príjemcom na strane druhej (Dobříková, Lekárová 2010). Vo vzťahu k sociálnemu prostrediu a k poznaniu, presvedčeniu či skúsenosti s pomáhajúcou interakciou rozlišujeme vnímanú, dosiahnuteľnú a získanú sociálnu oporu. **Vnímaná sociálna opora** – tento druh sociálnej opory môžeme podľa Šolcovej a Kebzu (1999, s. 27) definovať ako „reflexiu sociálneho prostredia, ktorá reprezentuje všeobecný pocit jednotlivca, že je ostatnými akceptovaný, že sa o neho zaujímajú a že sú ochotní mu pomôcť, ak to bude potrebovať“. **Dosiahnuteľná sociálna opora** – predstavuje presvedčenie osoby o tom, že v prípade potreby je dotýčný človek skutočne ochotný pomôcť. **Získaná sociálna opora** predstavuje skúsenosť človeka s iným človekom, ktorý mu už poskytol istú formu pomoci, a aby bola účinná, musí predovšetkým vyhovovať potrebám príjemcu a závisí na tom, do akej miery zmení pomáhajúci situáciu alebo zmierni dopad na jedinca. Vplyv psychologických intervencií na priebeh zhubného nádorového ochorenia ako uvádza Atkinsonová a kol. (1995), o tom, že by psychologické intervencie by mohli významne ovplyvniť priebeh takýchto závažných chorôb, v súčasnosti mnoho vedcov pochybuje. Avšak výskumy stále viac ukazujú, že prinajmenšom určité typy podpornej psychologickéj intervencie môžu spomaliť chorobný proces. Spiegel a kol. neúmyselne priniesli jeden z najlepších dôkazov. Realizovali štúdiu, v ktorej náhodne vybrané ženy trpiace rakovinou prsníka s metastázami, začlenili do každodenných podporných skupín alebo do skupín, v ktorých nedostávali oporu. Všetkým ženám bola poskytnutá štandardná liečba rakoviny. Skupiny boli zamerané na konfrontáciu so smrťou a na nácvik, ako žiť zostávajúce dni čo najlepšie. Zámerom Spiegela a jeho spolupracovníkov nebolo ovplyvniť priebeh nádorového ochorenia – neverili, že by to bolo možné. Chceli iba zlepšiť kvalitu života týchto žien (Atkinsonová a kol., 1995). Bádateľia boli úplne prekvapení, keď po 48 mesiacoch od začiatku štúdie všetky ženy, ktoré neboli v podporných skupinách, zomreli na zhubné nádorové ochorenie, zatiaľ čo tretina žien z podporných skupín ešte žila. U žien v podporných skupinách bola priemerná doba prežitia 40 mesiacov, zatiaľ čo u žien, ktoré neboli v podporných skupinách, bola priemerná doba prežitia iba 19 mesiacov. Spiegel a kol. boli nútení uveriť, že ich intervencia skutočne zvýšila počet mesiacov, počas ktorých ženy v podpornej skupine žili. Podobné výsledky priniesli i ďalšie zahraničné štúdie. Výskumy pripisali vplyv intervencie na priebeh ochorenia sociálnej opore, ktorú ženy dostávali v skupine od ostatných členiek. Okrem toho členky podpornej skupiny vykazovali nižšiu hladinu psychického napätia a naučili sa ovládať svoju fyzickú bolesť lepšie ako ženy, ktoré sa podporných skupín nezúčastnili. Autori ďalších štúdií sa snažia presne určiť, ako psychologické intervencie môžu ovplyvniť priebeh choroby. Je možné, že znížené napätie vedie k lepšiemu fungovaniu imunitného systému, ktorý spomaľuje priebeh choroby (Sautier a kol., 2014).

Záver

V súvislosti s praxou, úlohami a službami zdravotníckych a sociálnych pracovníkov v onkológii v zahraničí, sú onkologickí pacienti liečení a sledovaní, v prvom rade vo veľkých medicínskych centrách, onkologických centrách, komunitných nemocniciach, na onkologických poliklinikách a na súkromných onkologických pracoviskách. S rastúcou

ambulantnou starostlivosťou začali zdravotnícki pracovníci v onkológii vykonávať služby aj v zariadeniach (inštitúciách) ako sú napr. hospice, domáce ošetrovateľské agentúry, centrá zdravia a rôzne podporné komunitné organizácie; významné miesta môžu zastávať v akademickej obci, vo výskume a v politike. V našich podmienkach sa komunitná starostlivosť stále iba rozbieha a nie je dostatočná z hľadiska potrieb onkologickej komunity. Svojpomocné skupiny orientované na pomoc týmto chorým a ich rodinám nemajú za úlohu kompenzovať poskytovanú odbornú starostlivosť, ale zlepšovať psychickú, emocionálnu, edukačnú a inú potrebnú rovinu z hľadiska potreby jej členov. Človek je tvor spoločenský. Sám seba dobre spozná iba v kruhu iných ľudí. Zvyčajne pri ťažkostiach hľadá oporu v blízkych, u ľudí, ktorí prežili, prežívajú podobné situácie, alebo sú aspoň schopní pochopiť jeho ťažkosti. Človek sa môže určitou skupinou nechať formovať, napríklad v oblasti svojho konania, myslenia, činenia. Túto formovacia silu využívajú svojpomocné skupiny. Ich hlavným cieľom je pomôcť chorému človeku, ľudskej bytosti v núdzi a jeho blízkemu sociálnemu prostrediu. Zámerom tejto práce bolo poukázať na skutočnosť, že je žiaduce, aby sa ošetrovateľstvo zameriavalo na komunitu aj vo forme svojpomocných skupín a klubov, ktoré potrebujú aj profesionálnu pomoc a tým prispievalo k zlepšeniu a skvalitneniu života ľudí s daným postihnutím alebo ochorením, ale aj ich rodinám.

Použitá literatúra

- ATKINSONOVÁ, L. a kol.: Psychologie; Victoria Publishing, Praha 1995.
- BANDURA, A. Organizational applications of social cognitive theory. *Australian Journal of Management*, 1988. p. 275–302.
- BANDURA, A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 1993, 28, 117–148.
- BANDURA, A. Self-efficacy. In R. J. Corsini (ed.), *Encyclopedia of psychology*. 2nd ed., 3, (s. 368–369). 1994. New York: Wiley.
- BANDURA, A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: Freeman. 1997.
- BANDURA, A. Growing primacy of human agency in adaptation and change in the electronic era. *European Psychologist*, 2002. 7, 2–16.
- BÚTORA, M.: *Prekročitsvůjstín*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1991. 238s. ISBN 08-091-90.
- GREENWICH, CT: Information Age. Betz, N. E. (1992). Career assessment: A review of critical issues. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of Counseling Psychology* (2nd ed., pp. 453–484). New York: Wiley.
- BLATNÝ, M. *Sebepojetí v osobnostním kontextu*. Brno: Psychologický ústav AV ČR a vydavatelství Masarykovy univerzity. 2001.
- BLATNÝ, M., PLHÁKOVÁ, A. *Temperament, intelligence, sebepojetí*. Brno: SCAN. 2003.
- DECKER, P. J. Effects of symbolic coding and rehearsal in behavior-modeling training. *Journal of Applied Psychology*, 1980., 65, 627–634.
- DOBŘÍKOVÁ, LEKÁROVÁ, *Sociálna opora a jej význam pre onkologicky chorých adolescentov*. *Paliat. med. liec. boles.*, 2010, 3(2): 73–75
- ECCLES, J. S., WIGFIELD, A. „Motivational Beliefs, Values, and Goals“. In *Annual Review of Psychology*, 2002, 53, 109–132.

- HLAVA, J. et al. Incidencia zhubných nádorov v Slovenskej republike v roku 2007. Bratislava : Národný onkologický register SR, Národné centrum zdravotníckych informácií, 2010.
- CHAMPAIGN, IL: HUMAN KINETICS. GIST, M. E., MITCHELL, T. R. Self-Efficacy: A Theoretical Analysis of Its Determinants and Malleability. *The Academy of Management Review*, 1992, 17, 183–211.
- JANOUSĚK, J. Sociálne kognitívne teórie Alberta Bandury. *Československá psychologie*. 1992, 36, 5, 385–398.
- JANOUSĚK, J. Ašpirační úroveň, výkonový motiv a vnímané sebeuplatnenie jako psychologické faktory, FFUK: Psychologická rada PSY-005. 2006.
- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření : Informace pro lékaře, psychology a dalšizájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohto syndromu*. Brožúra. Praha : Státní zdravotní ústav, 2003. s 23. ISBN 80-7071-231-7.
- KAPLAN, J. R. et al. Zdravie a správanie človeka. Bratislava : SPN 87. 1997.
- KAPLAN, J. R. et al. Cancer and Rehabilitation. *Medscape hematology-oncology*, Vol. 5, 2011 pp:3-14
- KŘIVOHLAVÝ, J., SCHWARZER, R., & JERUSALEM, M. Czech Adaptation of the General Self-Efficacy Scale. 1993
- MOHAPL, P.: Úvod do psychológie nemoci a zdraví. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelstvo Univerzity Palackého, 1992. 90 s. ISBN 80-7067-172-0.
- SAFEI-DIBA, Ch. et al. Incidencia zhubných nádorov v Slovenskej republike v roku 2007. Bratislava : Národný onkologický register SR, Národné centrum zdravotníckych informácií. 2012.
- SAUTIER L., MEHNERT A., HÖCKER A. & SCHILLING G. Participation in patient support groups among cancer survivors: do psychosocial and medical factors have an impact? *European Journal of Cancer Care*, 2014 23, 140–148.
- TSCHUSCHKE V. *Psychoonkologie*. Praha: Portál 2004.
- VEREŠOVÁ, M. a kol. *Sociálna psychológia. Človek vo vzťahoch*. Nitra : Enigma, 2007. ISBN 978-80-89132-47-8.
- ŽIAKOVÁ, E. Možnosti psychologickéj a sociálnej pomoci onkologickým pacientom. *Práca a sociálna politika*, 2011 roč. 9, č. 9, s. 17-19.
- ŽIAKOVÁ, E., ČECHOVÁ, J., KREDATUS, J. *Psychosociálne aspekty sociálnej práce*. Prešov : Filozofická fakulta Prešovskej univerzity. 2001.
- ŽIAKOVÁ, E. Pozícia kvalifikovanej psychologickéj pomoci v sieti sociálnej podpory dlhodobo chorých pacientov. *Lekársky obzor*, 2002. roč. 51, č. 1, s. 4-8.

Konaktná adresa

PhDr. Ľudmila Majerníková, PhD.

Prešovská univerzita v Prešove

Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

email: ludmila.majernikova@unipo.sk

ÚLOHA SESTRY V KOMUNITE MIGRANTOV V UTEČENECKOM TÁBORE VEROIA (GRÉCKO)

Martinková Jana

Trnavská univerzita v Trnave, katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Problematika migrantov patrí medzi najčastejšie a najdiskutovanejšie problematiky v rámci súčasného politického i sociálneho diania, no vo veľkej miere ovplyvňuje i oblasť zdravotníctva, vrátane ošetrovateľstva. V súvislosti s migráciou a s aktuálnou migračnou krízou sa stále viac dostáva do popredia multikultúrne orientovaná ošetrovateľská starostlivosť. Sestra sa stáva významným článkom multidisciplinárneho tímu v komunite migrantov, čo vyžaduje vedomosti v multikulturálnej starostlivosti, komunikačné zručnosti a nové kreatívne prístupy pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Vplyvom migrácie sa zvyšuje podiel migrantov z rôznych kultúr, čo samozrejme kladie nové nároky na zdravotnícky personál, vrátane sestier.

KLúčové slová: Utečenecký tábor. Migrant. Sestra. Ošetrovateľská starostlivosť.

Abstract

The issue of migrants is among the most common and most discussed issues in the current political and social events, but it largely influences the field of health care as well, including nursing. In relation to migration and the current crisis of the issue, multicultural oriented nursing care is increasingly gaining prominence. Nurse becomes an important element of a multidisciplinary team in migrant communities, which requires knowledge in multicultural care, communication skills and creative approaches in the provision of nursing care. The impact of migration increases the proportion of migrants from different cultures, which of course puts new demands on medical staff, including nurses.

Key words: Refugee Camp. Migrant. Nurse. Nursing care.

Úvod

Fenoménu migrácie je v súčasnosti veľmi vysoko aktuálny vzhľadom na vojnový konflikt v Sýrii. Z vojnou zmietanej Sýrie sa snažia tisíce jej obyvateľov dostať do bezpečia, a ako cieľovú destináciu si vyberajú štáty západnej Európy, najmä Nemecko. Migračné vlny v rôznej intenzite postihujú všetky krajiny sveta a majú dva rozličné dôsledky: na jednej strane spolužitie ľudí z rozličných kultúr spôsobuje intenzívnu výmenu kultúrnych tradícií, vedomostí a zvykov, čo spoločnosť obohacuje, zároveň však dochádza ku kultúrnym problémom, spoločenskému napätiu, fragmentácii, nestabilite a strate pocitu bezpečnosti. V súvislosti s migráciou a s aktuálnou migračnou krízou sa stále viac dostáva do popredia multikultúrne orientovaná ošetrovateľská starostlivosť (Puteková, Kabátová, 2016). Profesia sestry je nielen mimoriadne náročná fyzicky a psychicky, ale i podnetné a radostné poslanie, ktoré kombinuje profesionálny výkon s ochotou pomáhať ľuďom a pracovať v ich prospech. Prepojenie vedomostí a praktických zručností s hlbokým altruizmom spojené so starostlivosťou je typickým rysom súčasného ošetrovateľstva (Novotný, 2006). Vplyvom migrácie sa zvyšuje podiel pacientov rôznym kultúr, čo samozrejme kladie nové nároky

na zdravotnícky personál, vrátane sestier. Sestra musí byť pripravená plniť úlohy odborne, teoreticky aj prakticky v prospech obnovy a podpory zdravia, byť schopná nájsť nové kreatívne prístupy pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti a získať nové skúsenosti v rámci profesie (Wiczmandýová, Tkáčová, 2010). Od sestier sa očakáva, že poznajú rôzne kultúry, sú pripravené na komunikáciu s príslušníkmi iných kultúr, ako aj posudzovať aktuálny zdravotný stav pacienta, vrátane potrieb súvisiacich s odlišnou kultúrou a poskytovať kultúrne zhodnú a vhodnú ošetrovateľskú starostlivosť.

Komunita migrantov v utečeneckom tábore Veroia (Grécko)

Veroia je mesto v Grécku, v ktorom počas migračnej krízy vznikol utečenecký tábor. Utečenecký tábor bol vybudovaný v priestoroch gréckej armády. Nachádza sa na konci mesta v bývalých vojenských kasárňach. V danom objekte sa nachádzajú murované budovy, v ktorých sú miestnosti a v nich sú ubytovaní utečenci zo Sýrie. Komunita migrantov zo Sýrie (muži, ženy, deti, seniori) sa v tábore nachádza od marca. V lete sa tam nachádzalo cca 400 migrantov, no v súčasnosti sa ich počet zvyšuje z dôvodu rušenia iných utečeneckých táborov. V danom utečeneckom tábore sa nachádza ambulancia, v ktorej pôsobí lekár, sestra, logista a podľa potreby i iní členovia multidisciplinárneho tímu. Zdravotnícka a ošetrovateľská starostlivosť sa poskytuje v kompletne vybavenej ambulancii. V ambulancii sa nachádza vybavenie potrebné na zabezpečenie lekárskej a ošetrovateľskej starostlivosti - dostatočné množstvo liekov (lieky per os, kvapky, masti, roztoky, spraye, infúzne roztoky), prístroje na meranie základných životných funkcií (tlakomery, teplomery, oymetre, sono), prístroje na meranie kapilárnej glukózy, kapilárneho hemoglobínu, CRP, EKG prístroj, inhalačné sety a resuscitačná súprava. Z jednorazového materiálu vybavenie obsahuje obväzový materiál (štvorce, obvazy, elastické ovínadlá, náplasti rôznych veľkostí), injekčný materiál (ihly, striekačky rôznych veľkostí, infúzne súpravy, flexily). Urgentné stavy (úrazy, alergické reakcie, rodiace ženy, stavy ohrozujúce život) a špecializované vyšetrenia (gynekologické vyšetrenie, zubné ošetrenia, kolonoskopie), ktoré nie je možné zvládnuť v rámci ambulancie sa prevádzajú do najbližšej menšej nemocnice v meste Veroia sanitkou, alebo gréckymi dobrovoľníkmi, ktorí sú nápomocní. Ambulancia je otvorená od pondelka do piatku v čase od 10,00 hod do 15,00 hod, prípadne podľa potreby dlhšie. Po odchode zdravotníckeho tímu a počas víkendov v prípade potreby migranti kontaktujú službu gréckej armády, ktorá kontaktuje službukonajúceho lekára. Službukonajúci lekár buď problém vyrieši telefonicky, alebo sa osobne dostaví do utečeneckého tábora.

Úloha sestry v komunite migrantov

Sestra v komunite migrantov má nezastupiteľnú úlohu. V danom tábore sestra pracuje v spolupráci s lekárom. V jednej dennej službe ošetrí, poradí, vybaví cca 30 – 50 migrantov, pričom ženské a mužské pohlavie je zastúpené približne rovnomerne. Veľký počet pacientov tvoria deti. Stanoviť presné vekové rozmedzie ošetrovaných je ťažké, pretože väčšina z nich nepozná svoj presný dátum narodenia. V takomto prípade je uvádzaný dátum 1.1. a rok. Migračná kríza zo sebou prináša i mnohé mýty v súvislosti so zdravím migrantov. Zdravotné problémy utečencov a migrantov sú podobné problémom zvyšku populácie, aj keď u niektorých skupín môžu mať zdravotné problémy vyššiu prevalenciu. WHO uvádza,

že najčastejšie zdravotné problémy migrantov zahŕňajú náhodné zranenia, podchladenie, popáleniny, kardiovaskulárne príhody, komplikácie súvisiace s tehotenstvom a pôrodom, diabetes a hypertenzia. Kľúčovým problémom vzhľadom na neinfekčné choroby je prerušenie starostlivosti, buď v dôsledku nedostatočného prístupu, alebo decimáciou systémov zdravotnej starostlivosti a poskytovateľov. Migrácia má za následok prerušenie kontinuálnej liečby, ktorá má zásadný význam pre chronické stavy. Zraniteľné deti sú náchylné k akútnym infekciám, ako sú infekcie dýchacích ciest a hnačky, kvôli zlým životným podmienkam a vyvlastneniu počas migrácie, vyžadujú akútnu starostlivosť. Nedostatok hygieny môže viesť ku kožným infekciám. Najčastejšie zdravotné problémy v utečeneckom tábore s ktorými sa sestra v komunite migrantov stretáva zahŕňajú náhodné zranenia, popáleniny, kardiovaskulárne problémy (hypertenzia/hypotenzia), komplikácie súvisiace s tehotenstvom, pôrodom, šestonedelím a kojením, metabolické problémy (diabetes mellitus) a psychické problémy. Kľúčovým problémom býva i prerušenie starostlivosti pri chronických ochoreniach a nedodržiavanie liečebného režimu. U detí sa najčastejšie vyskytujú akútne infekcie horných a dolných dýchacích ciest a hnačky. Vplyvom nedostatočnej hygieny sa u väčšiny detí vyskytujú vši. U väčších detí sa často stretáva s odreninami na rôznych častiach tela, zlomeninami (najčastejšie zápästia a členky), ktoré vznikajú pri hrách. Krčméry et al. (2015) uvádza, že k najčastejším lekárskeým diagnózam utečencov patria zápaly horných dýchacích ciest, zápal pľúc, zápaly kože a mäkkých tkanív vrátane rán a uhryznutie hmyzu. Z neinfekčných ochorení uvádza hypertenziu, nespavosť, diabetes mellitus, celkové vyčerpanie organizmu, depresie a neuropsychiatrické ochorenia súvisiace s dlhodobým stresom. V rámci ošetrovateľskej starostlivosti sestra vykonáva kontrolné meranie krvného tlaku u migrantov s hypertenziou a u kolapsových stavov, meranie telesnej teploty u interkurentných a zápalových ochorení, meranie glykémie, stanovovanie hemoglobínu a CRP, ošetrovanie akéhokoľvek narušenia integrity kože (odreniny, otlaky, popáleniny, uštipnutia hmyzom), zabezpečuje hydratáciu u detí a dospelých (rehydratačné perorálne roztoky), aplikuje lieky per os (antipyretiká, analgetiká, antibiotiká), aplikuje kvapky (do očí, uší), podáva inzulín, injekcie i.m., i.v. a podáva infúziu terapiu u dehydratácie a kolapsových stavov. U migrantov zo Sýrie sa sestra stretáva aj s vojnovými zraneniami a popáleninami po výbuchu mín. Pri samotnom ošetrovaní je potrebné dodržiavať zásady multikultúrnej ošetrovateľskej starostlivosti, pretože všetci migranti sú moslimského vierovyznania. Moslimské vierovyznanie vo veľkej miere ovplyvňuje i samotnú ošetrovateľskú starostlivosť. Sestra musí akceptovať, že moslimský muž rozhoduje za ženu, rešpektovať zahalenie ženy, rešpektovať, ak sa moslimská žena odmietne dať vyšetriť/ošetriť lekárovi mužského pohlavia. Značná časť moslimských mužov má panický strach z injekčných ihliel, a pohľad na krv ich privádza takmer ku kolapsom. Veľkým problémom pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v utečeneckom tábore je jazyková bariéra, pretože takmer všetci migranti komunikujú iba v arabskom jazyku, čo spôsobuje problémy pri diagnostike ich zdravotných ťažkostí. V rámci komunikácie môžu byť nápomocné prekladače v mobilných telefónoch i komunikačné karty, na ktorých migrant môže svoj zdravotný problém ukázať.

Záver

Problematika utečencov predstavuje nový fenomén, ktorý si bude vyžadovať čoraz väčšiu pozornosť, ako zo strany sociálnych, tak zdravotníckych pracovníkov. Sestra, ako dôležitá súčasť multidisciplinárneho tímu má v starostlivosti o tieto osoby významnú úlohu (Puteková, Kabátová, Krčméry, 2016). Poskytovanie zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti o migrantov je zložitý proces. Migrant z inej kultúry, iného vierovyznania, bez jazykových kompetencií a svojším postojom k svojmu zdraviu spôsobuje komplikácie pri poskytovaní starostlivosti. Medzi kľúčové problémy, ktoré komplikujú poskytovanie zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti sú nedostatok vedomostí o liečebnom režime, jazyková bariéra a rôzne kultúrne postoje k zdraviu. Hoci je v súčasnosti, najmä v súvislosti s medializáciou a prezentovaním negatívnych skúseností s migrantmi, verejná mienka skôr protiutečenecká, skúsenosť sestier je iná (Kabátová, Puteková, 2016). Napriek strachu, beznádeji a bezmocnosti, ktoré veľakrát utečenci preživali, boli títo ľudia vďační za každú pomoc, za každé vyšetrenie, liek, či obyčajné pohladenie a slovo podpory. Záverom môžeme vyjadriť vďaka a uznanie celému kolektívu Tropic teamu VŠ sv. Alžbety a všetkým dobrovoľníkom, ktorí sa na tomto projekte v Grécku bezzištné podieľali.

Použitá literatúra

- KABATOVÁ, O., PUTEKOVÁ, S. Úloha sestry v starostlivosti o migrantov. *Florence*. 2016; 3/16: 32-33.
- KRCMERY, V. et al. Respiratory infections after camping in free nature are the current diseases in Migrants to Austria and Germany via Hungary in September 2015: Experience from Rösztke and Vámoszabadi. *Clinical Social Work*. 2015. 2, (5): 39-41.
- NOVOTNÝ, J. Nursing as humanitarian science. *Kontakt*. 2006; ISSN 1212-4117, 8:1–200.
- PUTEKOVÁ, S., KABATOVÁ, O. Nursing care for migrants in a refugee camp Dobová – Slovenia. *Clinical social Work and Health Intervention*. 2016. 1,(7): 73-75.
- PUTEKOVÁ, S., KABATOVÁ, O., KRČMÉRY, V. Ošetrovateľská starostlivosť o migrantov v utečeneckom tábore Dobová (Slovinsko). *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. 2016; 02/2016: 21-25.
- WICZMÁNDYOVÁ, D., TKÁČOVÁ, E. Sociálno-ekonomický aspekt migrácie sestier. In *Vzdelávanie v nelekárskych odboroch- zborník príspevkov zo 4.medzinárodnej vedeckej konferencie*. Bratislava: SZU, 2010. ISBN 978-80-89352-47-0, s.62-70.

Kontaktná adresa

PhDr. Jana Martinková, PhD.
Katedra ošetrovateľstva
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavská univerzita v Trnave
jana.martinkova@truni.sk

VÍZIA OŠETROVATEĽSTVA V DOBE GLOBALIZÁCIE A INFORMAČNEJ EXPLÓZIE 21. STOROČIA

Murgová Anna

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava- Detašované pracovisko
Michalovce, Ústav Bl. Metoda Trčku

Abstrakt

Úvod: 21. storočie je charakterizované privalovou vlnou poznatkov a inovácií v ošetrovateľstve, ktoré menia pravidlá a spôsob myslenia. Globalizácia a informačná explózia sú dva dôležité fenomény, ktoré sú všeobecne pokladané za hlavné príčiny väčšiny súčasných problémov.

Jadro: Nemáme dostatok času si vybrať medzi tým, čo je v manažmente módnou novinkou a tým, čo je užitočná inovácia. Nestačíme na prúd zmien rýchle a správne reagovať, nevieme sa včas zbaviť zvyklostí, prekonaných názorov, predstáv, spôsobu práce a ďalších záŕaží minulosti. To podporuje chaos na úrovni jedinca, oddelenia, zdravotníckeho zariadenia, regiónu aj štátu. Čo potrebujeme pochopiť je to, že sa naša doba radikálne zmenila a preto vyžaduje „radikálnu zmenu myslenia“. Aká je budúcnosť zdravotníctva? Dobrou správou je, že budúcnosť nie je záležitosťou náhody, je záležitosťou výberu. Tento výber predstavuje vytvorenie možných scenárov a voľbu takého, ktorý najviac zodpovedá poslaniu a cieľom oddelenia. Budúcnosť môžeme cieľavedome plánovať na základe vízie. Od vízie budúcnosti sa musíme vrátiť do prítomnosti a zamyslieť sa nad tým, čo je potrebné urobiť dnes, aby sa zvýšila pravdepodobnosť toho, že vytvorená vízia budúcnosti sa naozaj uskutoční.

Záver: Budúcnosť patrí tým, ktorí si ju tvoria. Nové storočie bude patriť vedomostnej sestre, ktorá vie myslieť kriticky a vlastnú „intelektuálny kapitál“, sestre, ktorá sa nebojí inovovať a aktívne plánovať svoju budúcnosť a to za cieľom splnenia očakávaní pacientov a vytvárania hodnôt.

Kľúčové slová: Vízia budúcnosti ošetrovateľstva. Doba neistoty. Vedomostná sestra.

Abstract

Introduction: The 21st century is characterized by torrential wave of knowledge and innovation in nursing, which change the rules and way of thinking. The globalization and the information explosion are the two important phenomena that are generally considered to be the main cause of most of the current problems.

Core: We do not have enough time to choose between what the fashion news for the management and what is useful innovation. We do not have time for a quick and efficient reaction to the wave of changes; we cannot quickly get rid of habits, past opinions, ideas, ways of working and other burdens of the past. This adds to the chaos at the level of individual, department, medical facility, region and state. What we need to understand is the fact, that our age has radically changed and therefore requires a „radical change of thinking“. What is the future of nursing? The good news is that the future is not a matter of chance, it is a matter of choice. This selection represents the creation of possible scenarios and to select one that best suits the mission and goals of department. The future can be purposefully planned based on the vision. From vision of the future, we must return to the present and

think about what you need to do today to increase the likelihood that established vision of the future really happens.

Conclusion: The future belongs to those who make it up. The new century will belong to the knowledge nurse who can think critically and own „intellectual capital“, a nurse who is not afraid to innovate and actively plan their future in order to meet the expectations of patients and value creation.

Key words: Vision for the future of nursing. Period of uncertainty. Knowledge nurse.

Úvod

Osobnosť sestry v kontexte zmien v ošetrovatelstve súvisí s globalizáciou a informačnou explóziou v 21. storočí. Tieto dva dôležité fenomény, ktoré sú všeobecne pokladané za hlavné príčiny väčšiny súčasných problémov vo všetkých oblastiach našej spoločnosti, nevynímajúc zdravotníctvo a to hlavne jednu z jeho najprogressívnejších oblastí – ošetrovatelstvo.

Jadro

Prečo sa svet za posledných desať rokov dostal do situácie, kedy sa nemôže spoľahnúť na tradičné „pravidlá hry“, na tradičné, do nedávnej doby spoľahlivé ochranné mechanizmy jednotlivých suverénnych národov? Prečo zlyhávajú predpovede prognostikov? Kde sa podela lineárnosť? Prečo sa stala prediktabilita záležitosťou minulosti? To sú otázky, na ktoré hľadajú odpoveď významní autori a vedeckí pracovníci. Väčšina z nich sa zhoduje na tom, že fenomén globalizácie je jedným z dvoch hlavných príčin súčasnej turbulencie (Lišková, 2006). Globalizácia predstavuje vytváranie mnoho početných väzieb medzi ekonomickými subjektmi v celosvetovom meradle, vedúcich k rastu zložitosti spoločensko- ekonomického systému, v ktorom regulačné role jednotlivých štátov hrajú okrajovú úlohu. I keď nevieme, či sa z globalizácie máme tešiť, alebo nie, nemožno ju ignorovať (Ondová, 2009). Globalizácia znamená pre väčšinu štátov určitú stratu kontroly autonómie a pocitu zvrchovanosti. Hodnotu našej meny raz ovplyvňujú burzy niekde v New Yorku alebo Singapore, cenu benzínu situácia v Iraku, televíznu tvorbu Hollywood a naša legislatíva a budúcnosť sú do značnej miery závislé na Bruseli. Informačná explózia je druhou hlavnou príčinou. Nemáme dostatok času si vybrať medzi tým, čo je v manažmente módnou novinkou a tým, čo je užitočná inovácia. Nestačíme na prúd zmien rýchle a správne reagovať, nevieme sa včas zbaviť zvyklostí, prekonaných názorov, predstáv, spôsobu práce a ďalších záťaží minulosti. To podporuje chaos na úrovni jedinca, oddelenia, zdravotníckeho zariadenia, regiónu aj štátu. Exponencionálny nárast informácií v nás často vyvoláva pocit vnútorného nepokoja, zmätenosti a beznádeje (Kilíková, 2006).

Aplikácia teórie chaosu a turbulencie v slovenskom zdravotníctve.

Keď je politika, ekonomika a spoločnosť ovplyvnená touto turbulenciou, predpokladáme, že zdravotníctvo nie je výnimkou a že ako budúcnosť zdravotníctva, tak budúcnosť jednej z jeho najprogressívnejších oblastí – ošetrovatelstvo – bude globalizáciou a informačnou explóziou tiež významne ovplyvnené. Odborné knihy, časopisy, zahraničné stáže, internet, zavádzanie viac či menej známych techník a nástrojov riadenej starostlivosti, prednášky, odborné semináre, štandardizácia ošetrovateľskej starostlivosti a rozvíjanie jej kvality spoločne s prirodzenou túžbou ošetrovateľského personálu po vzdelaní pomáhajú

ošetrovateľstvu dohnať to, čo zameškalo rokmi totality, izolovanosti. Hovoríme o privalovej vlne poznatkov a inovácií v ošetrovateľstve, o zmene pravidiel a spôsobe myslenia a o posune paradigmy (Farkašová, 2005). Ako teda na súčasné turbulentné prostredie reagovať? Najhoršou stratégiou by bolo vyčkávať. Sestry si nemôžu dovoliť čakať na nejakú normalizáciu, na návrat do „starých zlatých časov“ – musia sa naučiť žiť a pracovať v trvalom prostredí zmätku a neistôt a akceptovať toto prostredie ako novú výzvu. Problém ale je, že pre mnohé z nás je príchod „novej budúcnosti“ rýchlejší ako naša schopnosť a ochota vzdať sa minulosti a adekvátne na prúd zmien reagovať. Význační manažéri dokonca pripomínajú, že k tomu, aby sme mohli prosperovať v súčasnom nestabilnom prostredí, musíme zabudnúť, ako sme riadili naše oddelenie v minulosti. Musíme opustiť starý spôsob myslenia, staré manažérske nástroje a princípy. Čo potrebujeme pochopiť, je to, že vzhľadom na globalizáciu a informačnú explóziu sa naša doba radikálne zmenila a preto vyžaduje „radikálnu zmenu myslenia“. Budúcnosť ošetrovateľstva sa bude naďalej odvíjať od ochoty pochopiť rapídne zmeny v globálnom ošetrovateľstve a bude závisieť na našej schopnosti pružne a citlivo na tieto zmeny reagovať (Hanzlíková, 2006).

Ďalšie faktory prehlbujúce chaos a turbulenciu v zdravotníctve a ošetrovateľstve.

Okrem globalizácie a informačnej explózie existujú ďalšie dôležité faktory, ktoré majú priamy alebo nepriamy dopad na zdravotníctvo a tým aj na ošetrovateľstvo. Jedná sa predovšetkým o: starnúcu populáciu; rapidne rastúce požiadavky na kvalitu (ISO 9001: 2000, akreditácie); pokles filantropie; nedostatok sestier; sociálnu morbiditu (AIDS, drogy, samovraždy); zvyšujúce sa náklady, znižujúce sa príjmy; explóziu nových technológií; globálnu výmenu dát a informácií, internet; meniace sa požiadavky verejnosti na lekársku a ošetrovateľskú starostlivosť; novú konkurenciu – tradičnú a alternatívnu medicínu; fragmentáciu rodiny a stratu tradičných hodnôt a väzieb; nátlak EÚ na prekonanie rozdielov a bariér medzi jednotlivými členmi Únie; decentralizáciu rozhodovania a služieb (Boulton, 2000).

Praktické rady pre prácu sestry v prostredí chaosu a nepokoja:

- Byť proaktívna, nečakať na zmeny, predvídať ich, byť niekoľko krokov pred nimi.
- Nečakať na návrat k „normálu“. Naučiť sa žiť a pracovať v tomto chaotickom prostredí.
- Vybudovať si zdravú organizačnú kultúru na oddelení. Bez nej je ťažké prežiť dramatické obdobie zmien. Bez nej nie je možné budovať ani kvalitu, ani zdravšiu ekonomiku na oddelení.
- Sledovať zmeny okolo seba. Mať prehľad o iných oddeleniach doma alebo v zahraničí, ktoré realizujú ošetrovateľskú starostlivosť chytrejšie a lepšie. Sledovať trendy, nové inovácie, nové procesy, nové metódy a zoznamovať s nimi celé oddelenie.
- Vnímať privalovú vlnu zmien, ktorá na Vaše oddelenie doráža ako príležitosť a nie ako ohrozenie.
- Získavať pomocou „networkingu“ nové kontakty, vytvárať svoju vlastnú podpornú sieť priateľov a kolegyň nielen v rámci zdravotníckeho zariadenia, ale v rámci celej republiky. Keď sa chce posunúť ošetrovateľstvo dopredu, je nemožné si dobré

myšlienky nechávať pre seba, je nevyhnutné zdieľať ich s celou ošetrovateľskou verejnosťou.

- Prediktabilita/linearita je záležitosťou minulosti– nespoliehať sa, že to, čo v minulosti fungovalo, bude fungovať aj zajtra; že to, na čom ste si vybudovali svoju kariéru včera, Vám pomôže budovať Vašu kariéru aj dnes.
- Tak, ako kolegyně na Západe, prebrať zodpovednosť za rozvoj svojej kariéry. Profesný rast získaním diplomu nekončí, ale začína.
- Zmeniť perspektívu a rozhľad z národného na globálne.
- Snažiť sa o získanie niekoľko násobnej kvalifikácie, ktorá zaistí stabilitu kariéry v budúcnosti (Škrľa, 2003).

Keďže hovoríme o terajšom období ako o období chaosu a turbulencie, môže to u niektorých zdravotníkov vyvolať pocit beznádeje a pesimizmu. Aká je budúcnosť zdravotníctva? Dobrou správou je, že budúcnosť nie je záležitosťou náhody, je záležitosťou výberu. Tento výber predstavuje vytvorenie možných scenárov a voľbu takého, ktorý najviac zodpovedá poslaniu a cieľom oddelenia. Kto vlastní budúcnosť? Svojim jednaním, chovaním, postojom alebo rozhodovaním môžeme už dnes významne ovplyvniť svoju budúcnosť. Na neistú budúcnosť pasívne nečakajte, ale tú lepšiu, preferovanú aktívne plánujte a spoločne vytvárajte. O budúcnosti je nutné hovoriť, budúcnosťou je potrebné sa zaoberať. Už len preto, že v nej všetci strávime zvyšok svojho života. Budúcnosť môžeme cieľavedome plánovať na základe vízie. Od vízie budúcnosti sa musíme vrátiť do prítomnosti a zamyslieť sa nad tým, čo je potrebné urobiť dnes, aby sa zvýšila pravdepodobnosť toho, že vytvorená vízia budúcnosti sa naozaj uskutoční.

Vytvorenie vízie budúcnosti vyžaduje proces, ktorý sa skladá z troch fáz:

1. Vytvorenie zoznamu „možných budúcností“ – nie je založený na vedeckej báze, ide o rôzne scenáre, fikcie; všetky myšlienky sú správne (brainstorming).
2. Zamyslenie sa nad pravdepodobnou budúcnosťou – pravdepodobná budúcnosť založená na poznatkoch, trendoch a faktoch dneška.
3. Výber preferovanej budúcnosti – budúcnosti, v ktorej by sme radi žili, ktorá prinesie niečo dobrého, ktorá nás posunie správnym smerom a ktorú chceme spoločne realizovať.

Ako náhle si zvolíme víziu preferovanej budúcnosti, musíme ju preveriť na základe troch dôležitých kritérií:

Je realistická? Máme potrebnú technológiu k jej realizácii?

Je realizovateľná? Máme potrebné zdroje? Aké radikálne zmeny vyžaduje?

Je etická? Netvoríme ju pre svoju skupinu na úkor iných?

Budúcnosť sestier bude do značnej miery závisieť na ich:

- schopnosti získať zdravšiu sebadôveru a seba hodnotu;
- schopnosti nečakať na svoju budúcnosť, ale aktívne ju vytvárať;
- schopnosti vidieť ošetrovateľstvo ako kariéru, nie iba ako zamestnanie;
- schopnosti a túžbe získať a udržať si špičkové kompetencie;
- osobnej zodpovednosti (práca, vzdelanie, kariéra);
- schopnosti rozhodovať sa na základe dôkazov, nie emócií;

- schopnosti presadiť profesionálnu rovnocennosť a partnerské vzťahy v liečebnom tíme;
- budovaní siete známostí a strategických kontaktov (networking);
- jednotnom vystupovaní na verejnosti a vybudovaní profesionálneho image;
- schopnosti zvládnuť súčasné stresy a frustráciu (Škrľa, 2003).

Záver

Je potrebné upriamiť pozornosť na dôležitosť významu globalizácie a informačnej explózie v kontexte ošetrovateľstva, na dôležitosť prípravy sestry - profesionála, v procese realizácie a zefektívňovania riadenia a poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Preto, že budúcnosť patrí tým, ktorí si ju tvoria. A to svojimi myšlienkami, kreativitou, víziou, rozhodnosťou a úsilím. Sestry a ošetrovateľstvo sa nachádzajú na dôležitej historickej križoviatke. Na jednej strane chaos a turbulencia, na druhej strane, nesmierna príležitosť a možnosti. Nové storočie bude patriť vedomostnej sestre. Vedomostná sestra je sestra špičkovej úrovne, sestra, ktorá vie myslieť kriticky a vlastní „intelektuálny kapitál“, sestra, ktorá sa nebojí inovovať a aktívne plánovať svoju budúcnosť. Iba vedomostná sestra sa stane „produktom“ nového, turbulentného prostredia, ktoré niekomu naháňa strach a iného vyzýva k úspechu. Súčasná turbulentná doba, požadované zmeny a nezávidenia hodné ekonomické podmienky, vytvárajú prostredie, ktoré pre budovanie kvality nie je optimálne. Aj napriek týmto prekážkam zdravotnícke zariadenia sa musia vydať na cestu kvality, aby práca sestier bola zmysluplná, aby sa splnili očakávania pacientov a tak sa vytvárali hodnoty aj naďalej.

Použitá literatúra

- HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2006. *Komunitné ošetrovateľstvo* 2.vyd. Martin: Osveta, 280 s. ISBN 80-8063- 213-8.
- LIŠKOVÁ, M.- NADASKÁ, I. a kol .2006. *Základy multikultúrneho ošetrovateľstva. 1. vyd.* Martin:Osveta2006. 68 s. ISBN 9788080632168.
- KILÍKOVÁ, M. 2006. *Základy manažmentu v ošetrovateľstve* 1. Bratislava: SAPIENTA,2006. 65 s. ISBN 80-89271-01-4.
- FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovateľstvo teória*. Martin: Osveta,2005. 215 s. ISBN8061824.
- BOULTON, E.S.: Richard. 2000. *CrackingtheValueCode*. Arthur Anderson.
- ŠKRĽA, P.- ŠKRĽOVÁ, M. 2003. *Kreatívnoošetrovateľský management* 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 485 s. ISBN 80- 7172- 841- 1.
- ONDOVÁ, A.- PÁSTOROVÁ, S.- ANTONÍKOVÁ, A. 2009. Neuspokojuje ani sestru, ani pacienta. *In Sestra*. ISSN 1335- 9400, 2009, č.5-6, s.10.

Kontaktná adresa

doc., PhDr. Anna Murgová, PhD.

VŠZaSP sv. Alžbety, Detašované pracovisko Michalovce - Partizánska 23

email: annamurgov@gmail.com.

KOMUNITNÁ PRÁCA SO SENIORMI AKO METÓDA OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI

¹Popovičová Mária, ²Wiczmányová Darina, ²Hrindová Tatiana

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava – externý doktorand

²Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava- Detašované pracovisko Michalovce, Ústav Bl. Metoda Trčku

Abstrakt

Práca prezentuje pohľad na starobu a starnutie. Analyzuje starnutie ako biologický proces a systematizuje typické zmeny staroby. Poukazuje na neoddeliteľnú súčasť spoločnosti, ktorou sú seniori. Zameriava sa na kvalitu života seniorov v domácom prostredí a v zariadeniach sociálnych služieb. V práci využívame prípadovú metódu – kazuistiku. Zámerom práce bolo zistiť ako vnímajú svoj status v spoločnosti seniori žijúci v domácom prostredí a seniori žijúci v zariadení sociálnych služieb. Na základe vyhodnotenia sme dospeli k záveru, že niektorým seniorom vyhovuje život v domácom prostredí, niektorým seniorom však z rôznych dôvodov prospieva pobyt v sociálnom zariadení. Seniori hodnotia svoje postavenie v spoločnosti negatívne, a ich pripravenosť na starobu je minimálna. V závere práce interpretujeme získané výsledky a na základe vyhodnotenia navrhujeme odporúčania pre prax.

Kľúčové slová: Starnutie a staroba. Adaptácia seniorov. Kvalita života seniorov.

Abstrakt

The work presents a view of old age and aging. It also analyses aging as biological process and systematise the typical changes of aging. It refers to integral part of the society whose seniors are. It focuses on the quality of life of seniors at home and in social services. The case method-casuistry is used in the work. The aim of the work was to find out how they feel about their status in society - seniors living at home and seniors living in social service facilities. Based on the evaluation, we concluded that some senior citizens prefer life at home, but for some seniors and for various reasons, they rather stay in nursing home. Seniors evaluate their position in society very negatively and their readiness for retirement is minimal. In conclusion of the work we interpret the results and based on the evaluation we make proposals and recommendations for practice.

Key words: Aging and old age. Adaptation of seniors. The quality of life of seniors.

Úvod

Všetko v živote človeka má svoje miesto a svoj význam. Jedine však záujem o svet okolo nás, o ľudí žijúcich medzi nami, nás posúva stále ďalej. Staroba patrí neodmysliteľne k životu, dotýka sa všetkých nás. V posledných dekádach dochádza k postupnému zvyšovaniu podielu starších osôb v populácii a podľa projekcií podiel seniorskej populácie sa bude naďalej zvyšovať. Za posledných pätnásť rokov došlo k mnohým spoločenským zmenám, zmenil sa i životný štýl a zdravotný stav obyvateľstva, a tieto zmeny sa následne prejavili v demografickom správaní populácie. V dôsledku starnutia populácie sa zvyšuje počet osôb v poproduktívnom veku, a tým narastá i ekonomické zaťaženie obyvateľov v produktívnom

veku. Staroba v dnešnej dobe stratila uznanie, ktoré bolo v minulosti hlboko zakorenené. V spoločnosti sa vytvára predstava o tom, že seniori sú nepotrební, nemajú čím prispieť, sú záťažou, ich vedomosti, názory a hodnoty sú zastarané, prestávajú produkovať a prispievať k chodu spoločnosti. Komunita seniorov sa preto stáva pre produktívnu časť generácie problematickou. Staroba je pre každého jedinca a celú spoločnosť nemalou výzvou. Vypelsoť spoločnosti, jej úroveň a vyzretosť závisí aj od skutočností, ako starých ľudí a ich skúseností prijíma a zároveň ako sa o svojich seniorov postará. **Cieľom našej práce** je poukázať na rozdielnosť kvality života seniorov žijúcich v rodinnom kruhu a seniorov žijúcich v zariadení sociálnych služieb. Práca je venovaná všetkým seniorom, ako aj celej našej spoločnosti. Želáme si, aby bola podnetom k zamysleniu a prípadne prispela ku zlepšeniu postavenia a pripravenosti seniorov a celej spoločnosti na starnutie a starobu.

Starnutie a staroba

Staroba a starnutie sú prirodzené súčasťou nášho života, ktoré so sebou prinášajú veľa negatívnych, ale aj mnoho pozitívnych zmien. Je potrebné rozlišovať starnutie a starobu. Starnutie je proces, staroba je obdobím života. Starnutie je zákonitý biologický proces, jeho prevencia nie je možná a staroba je daňou za dlhý život, poslednou etapou života, ktorá končí vždy smrťou (Krajčík, 2005).

Podľa Hrozenskej a kol. (2008) môžeme starnutie a starobu z hľadiska základnej konceptualizácie seniorského veku vymedziť na tri prístupy:

- starnutie a biologická staroba – biologické zmeny štruktúry, vzhľadu a fungovania organizmu;
- starnutie a kalendárna staroba – stanovenie vekovej hranice, od ktorej hovoríme o starobe (zvyčajne ide o vek 60-65 rokov);
- starnutie a sociálna staroba – súhrn zmien sociálneho charakteru, alebo sociálnych rolí jedinca, napr. odchod do dôchodku spojený so zmenou životného štýlu, status vdovstva, veková diskriminácia a pod.

Staroba je finálnym štádiom starnutia a začína sa narodením jedinca. Jej priebeh závisí od viacerých faktorov, a to od genetických, od konkrétneho spôsobu života jedinca ako aj od podmienok, v ktorých človek žije. Často ju pomenúvame ako jeseň života, či ako druhú mladosť, zlatý vek života alebo tretí vek. Je to obdobie, ktoré plynie rozlične u rôznych ľudí – charakterov. Podôb staroby je také množstvo, koľko je ľudských osudov. Staroba a smrť sú zákonmi prírody, nemožno im zabrániť ani uniknúť (Vágnerová, 2000).

Jednotná definícia staroby neexistuje. Jednou z najdôležitejších charakteristík starnutia a staroby je vek. V súčasnosti sa vo väčšine krajín používa periodizácia ľudského veku navrhnutá Svetovou zdravotníckou organizáciou, podľa ktorej sa život človeka rozdeľuje na vekové kategórie trvajúce pätnásť rokov. **V rámci nej rozlišujeme tieto obdobia staroby:**

- 60 - 74 rokov – včasná staroba, starší vek, mladá staroba;
- 75 – 89 rokov – vlastná staroba, pravá staroba, sénium;
- 90 rokov a viac – dlhovekosť (Poledníková a kol., 2006).

Staroba sa označuje aj ako obdobie tretieho veku. Prvým vekom sa rozumie detstvo a dospievanie a druhým vekom obdobie dospelosti. Vek je dôležitým ukazovateľom každého jedinca, ale nie je jediným faktorom určujúcim, ako človek vníma starobu.

Typické zmeny v starobe

Staroba prináša do života človeka mnohé zmeny. Okrem biologických a psychologických sú to aj zmeny spoločenské a sociálne. Všetky tieto premenny spôsobujú, že človek je vytrhnutý zo svojej doterajšej životnej dráhy. Je nútený sa prispôbiť novej situácii, lebo spoločnosť sa správa rozdielne k deťom, mladistvým, dospelým a starým ľuďom. Na každú vekovú kategóriu sa skladá rozdielne nároky, čaká sa od nej určitý model správania, iné povinnosti, iná miera zodpovednosti, a inak sa vníma a toleruje prekročenie a porušenie stanovených hraníc. (Benjan, 2010). K spoločným znakom starnutia patria individuálny priebeh starnutia každého jedinca, zmena biologických, psychologických a sociálnych charakteristík starnúceho človeka, involúcia rôznych štruktúr a funkcií a znížená schopnosť adaptácie. Fyzické starnutie je charakteristické znižovaním počtu buniek, pričom sa znižuje aj ich výkonnosť. Dôsledkom tohto starnutia je zhoršovanie energetického zásobovania mozgu. Mnoho seniorov z tohto dôvodu majú znížené vnímanie. Zároveň neprosieva aj starnúci nervový systém. Znižuje sa počet neurónov centrálnej nervovej sústavy dochádza k podstatnému poklesu výkonnosti zostávajúcich neurónov (Benjan, 2010).

Fyzické zmeny v seniorskom veku delíme na:

- zmeny na koži a prídavných orgánoch kože;
- nervové a kostrovo-svalové zmeny;
- zmeny v činnosti dýchacieho a kardiovaskulárneho systému;
- zmeny v činnosti tráviaceho systému;
- zmeny v činnosti vylučovacieho systému;
- zmeny v imunitnom systéme;
- zmeny v zmyslovom vnímaní;
- zmeny v telesnej teplote;
- zmeny v pohlavnom systéme (Poledníková a kol., 2006).

Psychické hľadiská staroby a starnutia úzko súvisia s biologickými hľadiskami. **Medzi základné psychické zmeny**, ktoré sa prejavujú v starobe na každom seniorovi podľa Mojtovej (2008) sú:

- Zhoršujúce sa zmyslové vnímanie – slabší zrak, horší sluch a pomalšie reakcie.
- Zhoršujúca sa pamäť – hlavne pamäť pre nové udalosti, naopak staré príhody si pamätajú.
- Inteligencia – klesá, no predovšetkým pri časovo obmedzených zadaniach. Zvyšovanie intelektu je bežné a možné v každom veku. Získavanie nových poznatkov, ktoré prináša vývoj spoločnosti, napríklad pri štúdiu, ale aj vstrebávanie nových podnetov z tlače a literatúry, to všetko zvyšuje intelekt seniora.
- Aktívne prežívanie – tu si všimame na našich blízkych ľahostajnosť, nižšiu mieru emócií a seniori sa viac sústreďujú na seba a svoje základné potreby.
- Osobnosť starého človeka – odráža jeho spôsob boja s problémami, ktoré pokročilý vek prináša.
- Zmeny poznávacích procesov v starobe – ťažšia orientácia v prostredí, zhoršená pamäť a s tým súvisiaca obtiažnosť pri učení a menia sa intelektové funkcie.
- Zmeny regulačných procesov v období staroby – mení sa vôľa a emočná reaktivita.

- Zmeny osobnosti v starobe.

Okrem už spomínaných telesných a psychologických zmien senior prechádza aj zmenami sociálnymi, ktoré vplývajú na starobu a veľmi úzko súvisia so zmenami telesnými a psychologickými. Psychický život starého človeka je veľmi úzko spätý s rodinou a spoločnosťou. Seniori často mávajú pocit neužitočnosti, zdá sa im, že sú príťažou pre všetkých. Osamelosť sa môže stať vážnym problémom staršieho a vysokého veku a nemusí sa dostať len ako dôsledok úplnej opustenosti. Človek sa môže cítiť opustený a sám, i keď sú okolo neho ľudia, niekedy aj tí najbližší (Poledníková a kol., 2006).

Sociálne zmeny predstavujú vzájomné vzťahy medzi starnúcim jedincem a spoločnosťou, rovnako ako jeho postoj k okoliu. Sociálny status človeka v spoločnosti závisí na dosiahnutom vzdelaní, povahe a prestíži jeho zamestnania, podielu na moci a spôsobe života. Opustením a vzdaním sa niektorých z týchto úloh sa znižuje spoločenská prestíž, hlavne u seniorskej populácie. Staroba je v očiach spoločnosti spájaná s výrazným zhoršením zdravia a stratou sebestačnosti. S vekom sa čiastočne znižuje životná úroveň a aktívny prístup k životu, zhoršuje sa zdravotný stav a vzrastá potreba vonkajšej pomoci.

Seniori v domácom prostredí a zariadeniach sociálnych služieb

Starostlivosť o seniorov dnes už pokladáme za vec, ktorá sa týka nielen konkrétnej rodiny, ale aj celej spoločnosti. Prvoradým cieľom starostlivosti o občana vo vyššom veku je zachovať najlepšie ako je možné zdravie seniora. Je potrebné, aby senior prežil čo najsebestačnejší, najkvalitnejší a zároveň nezávislý život v domácom prirodzenom prostredí. Svet sa neustále mení, ale prirodzená potreba seniora žiť spokojným a plnohodnotným životom vo svojom domácom prostredí obklopený blízkymi ľuďmi zostáva stále zachovaná. Stále platí pravidlo, ako sa my chováme k svojim rodičom, tak sa budú chovať naše deti ku nám (Bell et al., 2001). Prvé zariadenia, kde sa ošetrovali ľudia vo vyššom veku a chorí, postupne začali rozvíjať svoju činnosť na Slovensku v 14. storočí, počas feudálnej spoločnosti (mestské nemocnice -špitály). Tieto špitály sa zakladali rozhodnutím mestských rád. Financovali ich bohatí občania mesta. Najznámejší bol Špitál sv. Ladislava v Bratislave. Dlhodobejšie tu žili chudobní a starí občania, ktorí boli veľmi chudobní, či boli bez zárobkovej činnosti. V druhej polovici 19. storočia poskytovali starostlivosť starým a chorým ľuďom rehole a kongregácie. V Bratislave boli štyri takéto zariadenia (Poledníková, a kol., 2006). V sociálnych zariadeniach poskytujú komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť, avšak zdravotné poisťovne ju uznávajú ako domácu starostlivosť. Odborný prístup, rehabilitačná starostlivosť a snaha o čo najlepšiu starostlivosť v týchto zariadeniach však neznižuje riziká pre seniorov, ktorí sú vlastne vytrhnutí z prirodzeného domáceho prostredia. Pre seniora, ktorý nemal nikdy skúsenosť s takýmto zariadením, je veľmi ťažké odhodlať sa k odchodu do domova sociálnej starostlivosti. Každý človek si praje stráviť poslednú fázu života v kruhu rodiny alebo vo svojom vlastnom dobre známom prostredí, kde je schopný prijímať a prispôbovať sa novým. Ak vzhľadom na svoj zdravotný stav, vek, samotu, sociálne okolnosti, ho núti vzdať sa svojho domova musí prijať to, že sa stane obyvateľom inštitúcie. Vtedy jeho adaptácia má charakter pasivity, je vynútená okolnosťami. U seniorov potom nastávajú mnohé zdravotné a psychické problémy. Najčastejším dôvodom pre umiestnenie v inštitúcii je strata sebestačnosti v dôsledku zhoršenia zdravotného stavu alebo obavy,

že v domácom prostredí jeho najbližší nezvládnu adekvátnu starostlivosť o neho. Ďalším z dôvodov sú obavy príbuzných zo straty zamestnania v prípade starostlivosti o chorého v domácom prostredí (Jarošová, Marková, 2002).

Adaptácia seniorov v zariadení sociálnych služieb

Každý človek, ktorý pracuje pre túto spoločnosť, si predstavuje aj prežitú starobu na patričnej úrovni a predpokladá, že spoločnosť mu niečo za tie roky aj vráti. Na Slovensku máme ešte veľké rezervy v úrovni a kapacitách poskytovania sociálnych služieb. Tieto rezervy sa pokúšame zlepšovať hľadaním a poskytovaním adekvátnych aktivít, napríklad edukačno-výchovných, kde sa predpokladá aj spolupráca rodinných príslušníkov, ktorí sa spolupodieľajú na zlepšovaní kvality života seniorov. Dôležité je aj zavádzania nových, neobvyklých, individuálnych foriem práce so seniormi, pri ktorých sa rešpektujú ich schopnosti, možnosti a záujmy (Bayerová, 2005). Zámerom a cieľom zariadení sociálnej starostlivosti nie je len poskytnutie bývania, či stravovania, ale aj vytvoriť opatrovanie na vysokej profesionálnej úrovni v oblasti všetkých služieb (sociálne poradenstvo, ošetrovateľská starostlivosť, upratovanie, pranie, žehlenie, údržba bielizne a šatstva, záujmové činnosti) a zároveň čo najviac priblížiť stav týchto zariadení bežným domácim podmienkam. Pri práci so seniormi musíme myslieť predovšetkým na to, že každý má svoje určité potreby. Tieto potreby, osobitné pre každého jedinca, tvoria celok a spájajú v sebe fyzickú, psychickú a sociálnu stránku človeka (Hrozenská, 2008). Kvalitu života seniorov v sociálnych zariadeniach a činitele, ktoré ju ovplyvňujú si môžeme zdefinovať ak vieme, čo kvalita života vlastne znamená, alebo čo si pod týmto slovným spojením predstavujeme. Křivohlavý (2001) kvalitu života charakterizuje ako subjektívny súd (úsudok), ktorý je výsledkom porovnávania a zvažovania viacerých hodnôt. Dôležitou zložkou kvality života je zdravie telesné, duševné a sociálne. Avšak zdravie je výsledkom mnohých činiteľov, s ktorými je senior v ustavičnej interakcii. Ľudia si obvykle myslia, že kvalita života je predstavou každého jednotlivca subjektívne, takže definícia je podriadená stanovisku a mienke osoby, ktorá o kvalite života práve pojednáva. K hodnoteniu kvality života pristupujeme veľmi individuálne a uvedomujeme si, že ústrednou postavou nie sme my (Marcinková a kol., 2005). Život v domovoch sociálnej starostlivosti je pre seniora určitým východiskom v jeho nepriaznivom období, či už má zdravotné problémy, alebo sociálne problémy. ***Vždy však potrebuje pre svoju kvalitu života mať zabezpečenú:***

- starostlivosť o zdravie;
- určitý zdravotný štýl;
- primerané sociálne prostredie;
- potrebu hmotného zabezpečenia;
- určitú pracovnú aktivitu.

Úlohou sociálnych zariadení je, aby vytvorili pre ľudí vo vyššom veku čo najkrajší a príjemný domov, ktorý by pripomínal čo najviac domáce prostredie, ktoré by zabezpečovalo seniorom dôstojnú starobu. Manažment týchto inštitucionálnych zariadení by sa mal snažiť v rámci možností zabezpečiť pre každého seniora aktívny štýl života. Dôležité je podporovať dôveru seniorov vo vlastné schopnosti, aby tu žili radostnejšie a s vedomím, že sú schopní pružnejšie

reagovať na životné okolnosti. Takto vzniká predpoklad plnohodnotného a kvalitného života napriek tomu, že sú seniori vytrhnutí z domáceho prostredia (Štílec, 2004).

Metodológia a charakteristika súboru

Pri spracovaní empirickej časti sme sa rozhodli použiť klasickú metódu opisu a rozboru jednotlivých prípadov – kazuistiku. Pri výbere prípadov pre kazuistiku ide o zámerný výber. Vybrali sme kazuistiky troch respondentov z domáceho prostredia v regióne Veľké Kapušany a troch klientov zariadenia sociálnych služieb Súcit n. o., Veľké Kapušany. Ťažiskovou metódou pri našom kvalitatívnom výskume boli rozhovor a pozorovanie. Rozhovor bol rozdelený na dve časti. V prvej časti sme sa pýtali na demografické údaje seniorov, ako sú vek, najvyššie dosiahnuté vzdelanie, rodinný stav a na rôzne okruhy každodennosti respondentov. Druhá časť rozhovoru pozostávala zo štyroch otázok, ktoré ozrejmovali čo predstavuje staroba pre seniora, ako vnímajú seniori svoje postavenie v spoločnosti a ako sú pripravení na starobu. Konkrétne otázky boli tieto:

- Aký máte vzťah ku zariadeniam sociálnej starostlivosti?
- Pomáha vám prostredie, v ktorom žijete ľahšie sa vyrovnávať so starobou?
- Ako hodnotíte postavenie seniorov v spoločnosti?
- Čo si predstavujete pod pojmom príprava na starobu?

Všetkých respondentov sme vopred oboznámili s cieľom rozhovoru. Vysvetlili sme im, že rozhovor budeme nahrávať na diktafón a ubezpečili ich, že všetky poskytnuté údaje budú spracované anonymne. Následne nám všetci respondenti dali súhlas na nahrávanie ako aj spracovanie rozhovorov. Objektom nášho prieskumu bolo 6 seniorov, z toho boli 2 zástupcovia mužského pohlavia a 4 zástupkyne ženského pohlavia. 3 seniori mali najvyššie dosiahnuté vzdelanie stredoškolské. Základné vzdelanie mali 2 zo seniorov a vysokoškolské 1 senior. Z našej tabuľky vyplýva, že početnejšie zastúpenie v našom prieskume mali ženy. Rozhovor prebiehal v prípade troch respondentov z domáceho prostredia priamo v ich byte, a v prípade troch klientov zariadenia sociálnych služieb Súcit n. o., Veľké Kapušany v dennej miestnosti zariadenia. Rozhovor s každým respondentom trval približne 60 minút. Rozhovory boli zaznamenávané na diktafón, aby nedošlo k strate cenných informácií. V závere práce uvádzame komparáciu zistených skutočností, čím poskytneme pohľad na rozdiely prežívania staroby v domácom prostredí a v prostredí sociálneho zariadenia.

Hlavným cieľom nášho kvalitatívneho prieskumu bolo posúdiť kvalitu života seniorov a ich spokojnosť so svojim životom. Z tohto hlavného cieľa sme si vytýčili čiastkové ciele:

Cieľ 1 Zaznamenať a následne porovnať spôsob a kvalitu života seniorov žijúcich v domácom prostredí a v zariadení sociálnej starostlivosti.

Cieľ 2 Zistiť, aký postoj majú k starobe seniori žijúci v domácom prostredí a seniori žijúci v zariadení sociálnych služieb.

Cieľ 3 Zistiť, či sú seniori s postavením a starostlivosťou v spoločnosti spokojní, alebo majú pocit, že spoločnosť sa nedostatočne stará o ľudí vo vyššom veku.

Cieľ 4 Zistiť, či sú seniori dostatočne pripravení na starobu.

So zreteľom na ciele sme stanovili nasledujúce hypotézy:

H1 Seniori sa cítia lepšie v domácom prostredí ako v prostredí zariadenia sociálnej starostlivosti.

H2 Seniori žijúci v domácom prostredí sa ľahšie vyrovnávajú so starobou ako seniori žijúci v zariadení sociálnych služieb.

H3 Seniori nie sú spokojní so svojim postavením v spoločnosti a starostlivosťou spoločnosti o nich.

H4 Seniori sú dostatočne pripravení na starobu.

Kazuistika seniorov

Kazuistiky seniorov žijúcich v zariadení sociálnych služieb:

Kazuistika 1

Meno: M. V.

Vek: 68 rokov

Pohlavie: ženské

Rodinná anamnéza:

Pani Marta má 68 rokov. Pochádza z úplnej rodiny s dvoma bratmi. Jej otec zomrel na rakovinu, keď mala 10 rokov. Matka vychovávala 3 deti v biede a samote. Veľa musela pracovať, aby zaobstarala životné minimum. Pani Marta bola od malička stále konfliktným typom, čo sa prejavovalo aj v rodine. Podľa nej ju mamka nikdy nemala rada, len jej bratov.

Osobná anamnéza:

Dôchodkyňa Marta je z tretej gravidity. Tehotenstvo normálne, pôrod bez problémov v 40. týždni. Pôrodná hmotnosť 2550 g, pôrodná dĺžka 50 cm. V zdravotnej dokumentácii sa okrem bežných detských ochorení neuvádzaná iná choroba. Od roku 1998 sa začali objavovať vážnejšie choroby, ako porucha štítnej žľazy (operovaná v roku 2001), cukrovka, osteoporóza, dva infarkty. Od roku 2006 evidovaná pre duševnú zaostalosť, poruchu správania, depresiu a opakovane hospitalizovaná na psychiatrických oddeleniach. Pravidelne užíva lieky na spanie. Toho času umiestnená v zariadení sociálnych služieb. V zariadení svojim správaním neustále vyrušuje spolubývajúcich, do činností sa aktívne nezapája, na slávnostiach a kultúrnych podujatiach sa nezúčastňuje, zamyká sa v izbe. Prežíva úzkosť, panickú poruchu, neznáša ľudí. Pani Marta má jedného syna z prvého manželstva. S prvým manželom sa rozviedli, s čím sa dodnes nevyrovnala. Druhýkrát sa vydala, a myslela si, že už konečne bude šťastná, no nastal zlom, manžel nečakane zomrel. Ostala dlhé roky sama, uzavrela sa do seba, k sebe nikoho nepustila. Pani Marta dosiahla úplné stredoškolské vzdelanie.

Psychologické vyšetrenie:

V správaní je veľmi nevysspytateľná, máva občas také výkyvy nálad, ktoré občas končia agresivitou. Je neprispôsobivá v činnostiach, kde sa musí podriaďovať. Správanie je teda nestabilné, dostáva sa do afektu. Na vyprovokovanie okolím stačí veľmi málo. Rozumové schopnosti sa pohybujú od ľahkej duševnej zaostalosti po ľahký stupeň strednej duševnej zaostalosti. Má problémy s koncentráciou. Sociálny kontakt neodmieta, ak ide o činnosť ktorá ju zaujme.

Status preasens:

Pani Marta je v momentálnom období pomerne vyrovnaná, avšak pri rozhovoroch o rodine možno pociťovať u nej smútok, bolesť a pocit utrpenia. Okrem syna nemá z rodiny nikoho nažive. Z dôvodu neznášanlivosti s nevestou (synovou manželkou) môžeme povedať, že vzťah syn – matka je veľmi zložitý. Synovi neprejavuje lásku, je k nemu pomerne odmietavá až agresívna. Myslíme si, že vzťah so synom by mala upevňovať a zveľaďovať. Adaptácia po prvom roku bola veľmi ťažká. Nevedela sa prispôsobiť, opakujúce sa konflikty viedli až k bitke so spolubývajúcimi. Z dôvodu správania musela opustiť zariadenie asi na 4 mesiace, ktoré strávila u syna. Toto obdobie bolo pre pani Martu veľmi náročné, viackrát mala silné záchvaty spojené s depresiou a následne bola potrebná hospitalizácia. Po prepustení bola znova prijatá do toho istého zariadenia, ktoré opustila. Jej správanie po opakovanom umiestnení v zariadení sa zmenilo k lepšiemu, lebo pani Marta si uvedomila, že pobyt v zariadení je pre ňu „relatívne menšie zlo“ ako pobyt u syna. Záchvaty zlosti sú miernejšie, avšak stále sa opakujú. Do rôznych podujatí sa veľmi nezapája. Je závislá na analgetikách, celé dopoludnie väčšinou prespí.

Stanovené ciele práce s klientom:

- zlepšiť vzťah so synom a následne aj s jeho rodinou;
- na odbúranie, respektíve potlačenie agresívneho správania – terapia;
- rozhovory so sociálnym pracovníkom a psychológom;
- snaha o aktívnejšie zapájanie do spoločenských aktivít;
- zistiť a podporovať jej záujmy – vytvoriť podmienky pre zmysluplné využitie voľného času a viesť ju k sociálnemu správaniu.

Prognóza:

Dodržiavaním a splnením stanovených cieľov je možné zaistiť lepšiu spoluprácu s vychovávateľmi, opatrovateľmi, sociálnymi pracovníkmi zariadenia a taktiež s ostatnými klientmi sociálneho zariadenia. Sociálni pracovníci sa budú snažiť pracovať na nadväzovaní a prehlbovaní vzťahu so synom. Psychológ bude podnecovať jej správanie rozhovormi.

Hodnotenie:

Toho času aktívne spolupracuje so sociálnymi pracovníkmi, psychiatrom, psychológom. Pri vzťahu so synom a jeho rodinou vidíme, i keď tam nie je veľký posun, zlepšenie vzťahov. Začala sa zapájať na spoločných aktivitách, ale len na tých, kde môže vyniknúť. Našla si tu v domove priateľku, s ktorou podnikajú vychádzky do prírody. Čo nás na pani Marte prekvapilo, je jej záujem o rozvoj a zvyšovanie svojich znalostí, a to konkrétne má záujem zdokonaľiť sa v práci s počítačom a internetom. Na naše konkrétne otázky odpovedala:

Aký máte vzťah ku zariadeniam sociálnej starostlivosti?

„Keďže vzťahy v mojej rodine sú na bode mrazu, lepšie mi vyhovuje pobyt v sociálnom zariadení.“

Pomáha Vám prostredie, v ktorom žijete ľahšie sa vyrovnávať so starobou?

„Dobré vzťahy v rodine by mi určite uľahčili starobu, ale čo už, keď sa situácia vyvinula takto.“

Ako hodnotíte postavenie seniorov v spoločnosti?

„Myslím si, že nás seniorov pokladajú za nepotrebných.“
Čo si predstavujete pod pojmom príprava na starobu?
„Byť zdravá.“

Kazuistiky seniorov žijúcich v domácom prostredí

Kazuistika 4

Meno: M. H.

Vek: 60 rokov

Pohlavie: ženské

Rodinná anamnéza:

Pani Mária pochádza z úplnej rodiny, so štyrmi súrodencami. Ona bola piatym dieťaťom, s ktorým už rodičia nepočítali, a preto to pani Márii dávali dosť často najavo. Už od tohto momentu sa asi začali vytvárať u nej psychické problémy. Otec pani Márie zomrel na infarkt myokardu vo veku 70 rokov. Matka zomrela na cukrovku, keď mala 67 rokov. Jedna sestra zomrela pred piatimi rokmi na cukrovku, mala 57 rokov. Jeden z bratov je tiež diabetik. So súrodencami udržiava kontakt, rada sa s nimi stretáva. V rodine neuropsychická záťaž zistená nebola.

Osobná anamnéza:

Prenatálny vývin - pôrod piaty v 40. týždni, 3900g/ 50cm. Matka ju porodila v sanitke počas prevozu do nemocnice. Emocionálny vývin - správanie instabilné, niekedy až nepochopiteľné. Najvyššie dosiahnuté vzdelanie - základné. Bola vychovaná vo veľmichudobných podmienkach. Pani Mária je invalidná dôchodkyňa, je vydatá. S manželom bývajú v rodinnom dome spolu s dcérou a jej rodinou s dvoma malými deťmi (6 a 3 rokov). Pani Mária bola päťkrát ťarchavá, avšak z týchto tehotenstiev zostali len dve deti, ktoré vychovala. Prvý syn zomrel ako 8-mesačný. Dodnes sa s tým nevyrovнала, bol to pre ňu veľmi traumatizujúci zážitok. Druhé dieťa potratila, tretie porodila mŕtve. Štvrtý syn a piata dcéra žijú. Pani Mária je príležitostná fajčiarka, alkohol nikdy neužívala. Už v minulosti sa u nej začali prejavovať vážnejšie choroby - poruchy štítnej žľazy (liečená na strumu), osteoporóza (má operované kĺby), obezita, opakovane liečená pre chronickú sinusitídu (bola 2-krát operovaná na krčnom oddelení), vredová choroba duodena, astma bronchiale. Ďalej sledovaná pre adenóm pravej polovice hypofýzy, hypokorticismus, evidovaná u kardiológa pre ICHS, arteriálnu hypertenziu III. st. WHO a cor hypertonicum.

Zdravotná anamnéza:

Dostavila sa na psychiatrické oddelenie v doprovode zaťa. Pacientka bola dlhodobo smutná, plačlivá, bezútešná, často veľmi nervózna. Posledný týždeň začala mať samovražedne sklony, nebavilo ju žiť. Správanie je nestabilné, správanie sa často mení. Asi 5 rokov je v starostlivosti u psychiatra. Pani Mária bola prijatá na psychiatrické oddelenie s diagnózou depresívnej poruchy stredne ťažkého stupňa s prchavými suicidálnymi úvahami. Realizované škálové vyšetrenia s odhalením začínajúceho kognitívneho deficitu. Na CT mozgu potvrdená atrofia mozgovej kôry. Objektívne vyšetrenie pacientky u psychiatra potvrdili nasledovné - vedomie lucídne, verbálny kontakt nadviazala, odpovede adekvátne po krátkej latencii, orientácia časom nepresná, v popredí nedoklonnateľná depresívna nálada v patickej hĺbke, prchavé suicidné správanie, verbálny kontakt nadviazala.

Status praesens:

Momentálne je pani Mária doma s rodinou. Dá sa povedať, že stav je celkom stabilizovaný, ale občas prídu aj výkyvy. Stáva sa, že občas zabudne užiť lieky a potom nastanú problémy, čo sa prejavuje náladovosťou a nestabilitou. Vtedy je to pre rodinu zaťažujúce aj vzhľadom nato, že dcéra má dve malé deti. Dcéra sa snaží o to, aby mama pravidelne užívala lieky, a aby pravidelne chodila na psychiatrické kontroly.

Analýza:

I keď pani Mária navonok pôsobí veľmi suverénne, tým iba zakrýva svoju zraniteľnosť. Má veľkú snahu sa liečiť, avšak jej výkyvy nálad, a s tým spojená depresia, sú pre rodinných príslušníkov veľmi nepríjemné. Tu je zaujímavé to, že i keď pani Mária v mladosti pracovala až veľmi veľa a ťažko, teraz akoby sa jej nič nechcelo. Rodina je veľmi nápomocná pri jej problémoch, čo je úžasné, pretože sami majú dosť osobných problémov. Tu je pozoruhodné aj to, že rodina sa snaží zapojiť pani Máriu do všedného ruchu rodiny a snaží sa o určitý režim, ktorý je potrebný, aby nebol čas na nudu a následné depresie.

Prognóza:

Dá sa povedať, že pokiaľ v rodine nevznikne napätie a bude sa dodržiavať režim, pani Mária bude naďalej zapájaná do bežného rodinného kolobehu a bude v ňom mať svoje povinnosti, je predpoklad, že stav bude stabilizovaný.

Hodnotenie:

Pani Mária je momentálne s rodinou, ktorá je trpezlivá a má pochopenie pre jej výkyvy nálad, ktoré občas prídu. Je spokojnejšia a podľa jej dcéry sa začína zmierovať s tým, že je veľmi dôležité prispôbiť sa okolnostiam. Zmiernili sa jej záchvaty zlosti, jej komunikácia sa zlepšila. Pravidelne navštevuje psychiatra. Vo voľnom čase rada pomáha svojej dcére s deťmi a v domácnosti. Pre pani Máriu znamená domov všetko a ťažko by znášala umiestnenie v sociálnom zariadení. Prípád nie je ešte uzavretý, lebo kedykoľvek sa môže dostať naspäť do tej istej situácie. Rodina sa snaží ju nasmerovať k optimistickejšiemu prístupu k životu. Čo bolo už nezmeníme, ale môžeme pomôcť pani Márii zmeniť čo bude. Krok po kroku sa budeme snažiť dosiahnuť stanovený cieľ. Dôležitosť povzbudenia a ocenenia bude súčasťou našej práce na dopracovanie sa k stanovenému cieľu. Domáce prostredie jej pomáha, cíti sa potrebná a vlastne má dôvod, aby pravidelne brala lieky, medikamentózna liečba je v jej prípade nutná, lebo bez liekov by sa zhoršil jej psychický a zdravotný stav.

Odpovede na naše konkrétne otázky:

Aký máte vzťah ku zariadeniam sociálnej starostlivosti?

„Nechcela by som tam zostarnú.“

Pomáha Vám prostredie, v ktorom žijete ľahšie sa vyrovnávať so starobou?

„Určite áno, moja rodina ma vo všetkom podporuje.“

Ako hodnotíte postavenie seniorov v spoločnosti?

„Myslím si, že na nás pozerajú ako na niečo nepotrebné, nadbytočné.“

Čo si predstavujete pod pojmom príprava na starobu?

„Zdravie?“

„Ani neviem.“

Interpretácia vyhodnotenia hypotéz

Hypotéza 1

Seniori sa cítia lepšie v domácom prostredí ako v prostredí zariadenia sociálnej starostlivosti.

Tabuľka 2 Hodnotenie prežívania v domácom či sociálnom prostredí

Respondenti žijúci v	Lepšie doma	Lepšie v ZSS
domácom prostredí	3	-
prostredí ZSS	1	2
Spolu	4	2

Z uvedených údajov vyplýva, že 4 seniiori sa cítia lepšie v domácom prostredí ako v prostredí zariadenia sociálnej starostlivosti. 2 seniiori kvôli svojim zdravotným ťažkostiam si vyžadujú nepretržitú starostlivosť, ktorú im rodina nevie zabezpečiť, preto im lepšie vyhovuje prostredie zariadenia sociálnych služieb. Na základe týchto údajov tvrdíme, že **prvá hypotéza sa potvrdila**.

Hypotéza 2

Seniori žijúci v domácom prostredí sa ľahšie vyrovnávajú so starobou ako seniiori žijúci v zariadení sociálnych služieb.

Tabuľka 3 Vyrovnávanie sa so starobou

Respondenti žijúci v	Ľahšie sa vyrovnávajú	Ťažšie sa vyrovnávajú
domácom prostredí	3	-
prostredí ZSS	-	3
Spolu	3	3

Náš výskum poukazuje na skutočnosť, že všetci naši seniiori by sa ľahšie vyrovnávali so starobou vo svojom domácom prostredí, preto tvrdíme, že **druhá hypotéza sa nepotvrdila**.

Hypotéza 3

Seniori nie sú spokojní so svojim postavením v spoločnosti a starostlivosťou spoločnosti o nich.

Tabuľka 4 Spokojnosť s postavením seniorov v spoločnosti a starostlivosťou o nich

Respondenti žijúci v	Spokojní	Nespokojní
domácom prostredí	1	2
prostredí ZSS	-	3
Spolu	1	5

Z tabuľky 4 vyplýva, že iba 1 respondent je spokojný so svojím postavením v spoločnosti, pričom 5 senióri sú nespokojní s postavením a starostlivosťou spoločnosti o nich. Na základe týchto skutočností konštatujeme, že *tretia hypotéza sa potvrdila*.

Hypotéza 4

Senióri sú dostatočne pripravení na starobu.

Tabuľka 5 Pripravenosť na starobu

Respondenti žijúci v	Pripravení	Nepripravení
domácom prostredí	-	3
prostredí ZSS	-	3
Spolu	-	6

Zaujímavo vyznievajú zistenia, že ani jeden z našich seniorov nie je pripravený dostatočne na starobu, preto tvrdíme, že *štvrtá hypotéza sa nepotvrdila*.

Diskusia

V dnešnej dobe pre seniorov je dôležitá nielen dĺžka života, ale hlavne kvalita ich prežitého života. Na základe kazuistik môžeme konštatovať, že psychické problémy a formy demencie sú pre súčasných seniorov bežným javom. Každý človek, či už mladý, alebo starý potrebuje rodinu, jej podporu, prostredie, kde sa cíti bezpečne a v pohode. Rodina sa však vždy nevie a nedokáže postarať o svojich blízkych. Mnohé ochorenia spôsobujú seniorom imobilitu, stratu hygienických návykov, menia úplne ich povahu a charakter. V našom prípade pri kazuistike 1 - pani M. V. mala zlé vzťahy so synom a jeho rodinou, takže uprednostnila pobyt v sociálnom zariadení pred domácim prostredím. V zariadení sociálnych služieb sa začala venovať svojim záľubám, čo jej veľmi prospelo. Kazuistika 2 – v prípade pána F. S. pre pokročilé štádium Alzheimerovej choroby mu rodina nie je schopná zabezpečiť celodennú a kvalitnú opateru, preto sa tu uprednostňuje pobyt v sociálnom zariadení pred domácou starostlivosťou. Pri kazuistike 3, v prípade pani M. S. je výhodnejší pobyt v sociálnom zariadení ako v domácom prostredí, pretože stav po mozgovocievnej príhode si vyžaduje odbornú starostlivosť aspoň na obdobie rekonvalescencie. Aby pani M. S. prežila plnohodnotnejšiu starobu je potrebný jej pobyt v zariadení sociálnych služieb, aj keď to je v rozpore s pacientkinou predstavou. Hegyi (2003) uvádza, že samotný presun z domáceho prostredia síce môže u človeka vyvolať obavy, strach, depresie. No na druhej strane sa seniorom v sociálnych zariadeniach poskytuje komplexná starostlivosť, ktorú často nie je možné zabezpečiť v podmienkach domáceho prostredia. Podľa Hrozenskej a kol. (2008) rodina predstavuje v živote seniora pevný bod a zázemie. Pokiaľ má starý človek dobré rodinné vzťahy s deťmi a vnúčatami, udržuje priateľské kontakty a žije po boku svojho životného partnera v spokojnom manželstve, má výborné predpoklady na kvalitný život v starobe. Osamelosť patrí k nepriaznivým faktorom, ktoré negatívne ovplyvňujú kvalitu života každého človeka. Preto je dôležité udržiavať dobré rodinné a priateľské vzťahy, a pokiaľ je to možné, čo najdlhšie zotrvať vo svojom domácom prostredí, uvádza

Pavlovičová (2008). U našich seniorov boli najspokojnejší ľudia s nižším vzdelaním, čoho dôvodom podľa nás je to, že celý život žili skromne a od staroby neočakávali žiadne zázraky. Konkrétnym príkladom bola kazuistika 4 pani M. H., ktorá nebola nikdy náročná, žila jednoduchým životom, plne zaneprázdnená prácou. Kazuistika 5, pani P. B., ktorá tiež celý život ťažko pracovala, momentálne je spokojná so svojím životom a vyhovuje jej domáce prostredie, v ktorom sa syn o ňu vzorne stará. Kazuistika 6 pána L. V. - vyliečený, respektíve abstínujúci alkoholik, spokojný so svojím terajším životom, venuje sa svojim záujmom, nevymenil by domáce prostredie za pobyt v sociálnom zariadení. Podľa Balogovej (2005) sa staroba stále viac individualizuje. Tak ako deti, aj ich starnúci rodičia vyžadujú súkromie, nezávislosť, nechcú sa neustále prispôsobovať potrebám tých druhých. Prevažuje tak samostatné bývanie, prípadne dobrovoľný odchod do penziónov pre seniorov, alebo do sociálnych zariadení. Rodinné vzťahy sa udržiavajú pomocou návštev, spoločného trávenia voľného času, spoločných osláv. Nezanedbateľná začína byť aj telefonická a internetová komunikácia. V dôchodku sa tak vytvára priestor pre sebarealizáciu. Z tejto myšlienky vzniká teória aktívnej staroby, ktorá hovorí o aktívnom využívaní času na dôchodku, na činnosti rôzneho druhu a zamerania, od zamestnania, cez cestovanie, štúdium, šport, hobby či kultúru. Podľa Křivohlavého (2001) je dôležitá akceptácia - prijatie starnutia. Senior môže zaujať dva rôznorodé postoje. Buď sa rozhodne k rezignácii na túto skutočnosť, alebo začne s touto životnou situáciou bojovať. V horšom prípade rezignuje, vzdá sa všetkých svojich nádejí a obráti sa späť do minulosti. Tento stav môže vyústiť až v rôzne podoby neuróz. Najlepším riešením je, keď senior zaujme bojové stanovisko, stýka sa s druhými ľuďmi, má radosť z nových okamihov, či už to je v domácom alebo inštitucionálnom prostredí. Ak by sme chceli všeobecne zhrnúť výsledky vyhodnotenia kazuistik, tak v prvom rade by sme podotkli, že i keď sa všade prezentuje názor o potrebe domáceho prostredia na spokojné prežitie staroby, sú výnimky, pre ktoré toto tvrdenie neplatí.

Záver

Starnutie a staroba je prirodzenou súčasťou ľudského života. Problematika starnutia populácie je dnes často diskutovanou témou. Želaním každého z nás je dožiť sa aktívnej staroby, prežiť ju v plnom zdraví, fyzickej i psychickej pohode. Všetky tieto aspekty sa potom stávajú nesmiernym šťastím pre človeka samotného, ale i pre jeho najbližšiu rodinu, priateľov, či známych. Otvorená však stále zostáva otázka, ako sa každý z nás vyrovná so starnutím a starobou. V práci sme sa zamerali na porovnanie spokojnosti a kvality života seniorov žijúcich vo svojom prirodzenom prostredí a seniorov žijúcich v prostredí sociálneho zariadenia. Z nášho výskumu vyplýva, že status seniorov sa odráža v každodennom prežívaní ľudí a v ich postavení v rámci spoločnosti. Z výpovedí sa dá usúdiť, že na vnímanie seba samého ako „starého“ pôsobia viaceré faktory. V prvom rade je to zdravotný stav a s ním úzko súvisiaca možnosť aktívneho trávenia času. Čas nezastavíme, preto sa musíme naučiť prijať všetko, čo nám život prináša, no nielen veci očakávané, ale aj nečakané. Staroba je obdobím, ktoré takmer nikoho z nás neminie. Nie je sa čoho báť, záleží len na každom z nás, akým spôsobom budeme k nemu pristupovať. Urobme – vytvorme - pripravme si zmysluplnú, plnohodnotnú, starobu. Dá sa to, len treba chcieť. Väčšina seniorov si pod slovným spojením „príprava na starobu“ predstavuje predovšetkým finančné zabezpečenie, čo je veľmi dôležité,

no oveľa dôležitejšou hodnotou je zdravie. Na zmenu prístupu k životu však nikdy nie je neskoro. Dúfame, že tento uhol pohľadu osloví a pomôže, ako skôr narodeným, tak i mladým ľuďom. Nesmieme nikdy zabúdať, že každý z nás má svoje city, svoj osud a svoj príbeh. Každý jedinec si zaslúži pozornosť a pochopenie. Každého je potrebné počúvať, iba tak dáme najavo, že nám na ňom záleží. Týka sa to našich detí, partnerov, rodičov, priateľov, či známych. Ak chceme „múdro zostarnúť“, tak musíme vedieť rozdávať úsmev okolo seba len tak, natruc vráskam, chorobám a bolestiam, to si zaslúži obdiv, to je podľa nás recept na „múdre zostarnutie.“

Použitá literatúra

- BALOGOVÁ, B. 2005. Kvalita života seniorov. In MUHLPACHR, P. *Schola erontologica*. 1. vyd. Brno : PF MU, 2005. ISBN 80-210-3838-1, s. 159-169.
- BAYEROVÁ, M. 2005. *Kvalita života seniorov v ústavnom zariadení – kvalitou sociálnej práce*. 1. vyd. Prešov : FF PU, 2005. 272 s. ISBN 80-8068-425-1.
- BELL, P. A. - GREENE, T. C. - FISHER, J. D. - BAUM, A. 2001: *Environmental Psychology*. 2001. 634 s. ISBN 0-15-508064-4.
- BENJAN, M. 2010. *Starnutie a staroba – príčiny, príznaky, problémy prevencia a pomoc pri problémoch*. 2. vyd. Zvolen : Bratia Sabovci, 2010. 36 s. ISBN 978-80-89241-378.
- HEGYI, L. 2003. Niektoré riziká pobytu v domovoch dôchodcov. In *Geriatrics*. ISSN 1335-1850, 2003, roč. 9, č. 2, s. 51-53.
- HROZENSKÁ, M. a kol. 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. 1. vyd. Martin : Osveta. 2008. 180 s. ISBN 978-80-8063-282-3.
- JAROŠOVÁ, D. - MARKOVÁ, M. 2002. Využitie metódy kvantifikácie ošetrovateľskej starostlivosti pre stanovenie počtu ošetrovateľského personálu v domovoch dôchodcov. In *Revue profesionálnej sestry*. ISSN 1335-1753, 2002, roč. 9, č. 5, s. 10.
- KRAJČÍK, Š. 2005. *Geriatrics*. 1. vyd. Bratislava : SAP, 2005. 82 s. ISBN 80-88908-68-X.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. *Psychológia zdraví*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.
- MOJTOVÁ, M. 2008. *Sociálna práca v zdravotníctve*. 1. vyd. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2008. 137 s. ISBN 978-80-89271-45-0.
- NEMČEKOVÁ, M. a kol. 2000. *Práva pacientov: Filozofická reflexia a zdravotnícka prax*. 1. vyd. Bratislava : IRIS, 2000. 224 s. ISBN 80-88788-94-8.
- PAVLOVIČOVÁ, A. 2008. *Sociálna komunikácia v zdravotníctve*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2008. 149 s. ISBN 978-80-8063-287-8.
- POLEDNÍKOVÁ, L. a kol. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.
- VÁGNEROVÁ, M. 2000. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.

Kontaktná adresa

PhDr. Mária Popovičova- Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava- Detašované pracovisko Michalovce, Ústav Bl. Metoda Trčku
email: majapopovicova7361@gmail.com

NEFARMAKOLOGICKÉ POSTUPY LIEČBY DEMENCIE V KOMUNITĚ SENIOROV

Puteková Silvia

Trnavská univerzita v Trnave, FZaSP, katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Demencia je charakterizovaná celkovým zhoršením duševných schopností s rôznym postihnutím vo všetkých zložkách psychiky. Podľa štatistik je v súčasnosti na svete 46,8 miliónov ľudí postihnutých demenciou Alzheimerovho typu, pričom každoročný prírastok je 4 a pol milióna nových prípadov. Medzinárodné štúdie potvrdzujú, že nefarmakologická liečba demencie je rovnako účinná ako farmakologická liečba demencie. Odporúča sa kombinácia obidvoch. Nefarmakologické postupy by sa mali používať v prvej línii liečby u pacientov s demenciou. Starostlivosť o človeka s demenciou je dlhodobá, náročná a vyčerpávajúca. Dôležité je disponovať vedomosťami o tomto ochorení, jej včasnú diagnostiku a odporúčanú liečbu.

KLúčové slová: Demencia. Pacient. Faktor. Nefarmakologická liečba.

Abstract

Dementia is characterized by an overall deterioration of mental abilities with various disabilities in all aspects of the psyche. According to statistics, currently the world's 46.8 million people affected by dementia of Alzheimer's type, where an annual increment is four and a half million new cases. International studies confirm that non-pharmacological treatment of dementia is as effective as the pharmacological treatment of dementia. It is recommended a combination of both. Non-pharmacological methods should be used as first-line therapy for patients with dementia. Caring for a person with dementia is a long, difficult and exhausting. Important it is to have knowledge about the disease, its early diagnosis and recommended treatment.

Key words: Dementia patient. Factor. Non-pharmacological treatment.

Úvod

Demencia patrí medzi najzávažnejšie choroby vo vyššom veku a spolu s depresiami a delíriom sú najčastejšími ťažkými poruchami v preseníu a séniu. Je charakterizovaná celkovým zhoršením duševných schopností s rôznym postihnutím vo všetkých zložkách psychiky. Podľa štatistik je v súčasnosti na svete 46,8 miliónov ľudí postihnutých demenciou Alzheimerovho typu, pričom každoročný prírastok je 4 a pol milióna nových prípadov. Podľa predpokladov sa počet ľudí trpiacich Alzheimerovou chorobou každých 20 rokov zdvojnásobí, vo vyspelých krajinách vzrastie počet chorých do roku 2040 o sto percent, v rozvojových dokonca až o 300 percent (v týchto krajinách sa ešte len zvyšuje priemerná dĺžka života). Výskyt ochorení narastá s vekom, výskumy však potvrdzujú, že toto ochorenie sa v niektorých prípadoch začína okolo tridsiateho roku života. V Európe 7.3 miliónov ľudí trpí Alzheimerovou chorobou a príbuznými demenciami. V roku 2040 bude trpieť Alzheimerovou chorobou a ďalšími formami demencie viac ako 11 miliónov Európanov. Celkové náklady dosiahli v roku 2005 v krajinách EU 141 miliárd Eur. Počet pacientov

na Slovensku sa odhaduje na 50 000 pacientov s Alzheimerovou chorobou a príbuznými ochoreniami. Presné číslo nie je známe, nakoľko zatiaľ nebola uskutočnená adekvátna epidemiologická štúdia. Predpokladá sa, že v roku 2040 vzrastie počet postihnutých na 180 000! Nezabúdajme, že ochorenie sa dotýka ďalších 100 tisíc rodinných opatrovateľov, ktorí sa o postihnutých starajú. Alzheimerova choroba je najčastejšou formou demencie. Podľa vyhlásenia Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) je Alzheimerova choroba jedným z desiatich hlavných smrteľných ochorení ľudstva (<http://www.alzheimer-europe.org/>).

Faktory ovplyvňujúce demenciu

V roku 2005 bola realizovaná štúdia, ktorá skúmala vzťah medzi vzdelaním a rizikom demencie. Výsledky tejto štúdie potvrdzujú, že nízke vzdelanie môže byť rizikovým faktorom pre demenciu, zvlášť Alzheimerovho typu (Basu, 2012). Štúdia realizovaná v Británii bola zameraná na dodržiavanie piatich zásad zdravého správania u staršej populácie. V závere vyplynulo, že ak jedinec dodržal štyri alebo päť zásad, mal o 60% znížené riziko poklesu kognitívnych funkcií a vzniku demencie a o 70% sa znížil počet prípadov diabetu, kardiálnych ochorení v porovnaní s jedincami, ktorí nedodržiavali žiadnu zásadu (Elwood, 2013). Ďalej aj potraviny, ktoré ľudia konzumujú, môžu významne ovplyvniť ich mentálnu bystrosť. Zaraďujeme sem potraviny s vysokým obsahom vitamínu E, C a ryby. Tuk v rybách, orechoch, či olivovom oleji môže zvýšiť HDL a tým i obmedziť riziko poškodenia kognitívnych funkcií. Starší ľudia, ktorí začali konzumovať viac než dve zeleninové jedlá denne, vykazujú významné oneskorenie v duševnom úpadku. Je známy ochranný efekt vína proti ICHS a rovnako zohráva rolu v ochranných opatreniach proti demencii. Špecifické antioxidantné vlastnosti vína môžu byť veľmi dôležité v prevencii Alzheimerovej choroby. Vzhľadom k problémom spojených so zneužívaním alkoholu je pre širokú verejnosť odporúčané aby pravidelní konzumenti konzumovali víno menej alebo vôbec a abstinenti začali konzumovať s mierou a to zo zdravorných dôvodov (Pinder, 2004). Faktorom, ktorý negatívne ovplyvňuje vznik demencie je cieвна mozgová príhoda a cieвне ochorenie. U tretiny ľudí po cievej mozgovej príhode pri rozvinutí demencie platí to isté ako u ľudí, ktorí trpia hypertenziou, ochorením srdca alebo diabetom. U diabetikov je rizikovým faktorom často sa opakujúca hypoglykémia. Ďalším príkladom sú traumatické poranenia mozgu, kedy klesajú kognitívne funkcie, tento stav sa popisuje ako demencia pugilifstika a je popisovaná u trvalo štrukturálneho a funkčného poškodenia mozgovej kôry a bielej hmoty u boxérov. Najväčší význam zohráva pri vzniku ochorenia genetická predispozícia, kedy príbuzní pacientov s Alzheimerovou demenciou majú štyrikrát vyššie riziko ochorenia ako ľudia bez záťaže (Kohjohn et al., 2013).

Nefarmakologická liečba demencie

Medzinárodné štúdie potvrdzujú, že nefarmakologická liečba demencie je rovnako účinná ako farmakologická. Odporúča sa kombinácia obidvoch. Nefarmakologické postupy by sa mali používať v prvej línii liečby u pacientov s demenciou. Sú to tradičné procedúry ako behaviorálna terapia, validácia, orientácia reality. Vychádzajú z nasledujúcich kategórií: zmyslové intervencie, sociálny kontakt (skutočný alebo simulovaný), behaviorálne stimuly, štruktúrované aktivity, environmentálne intervencie, ošetrovateľské zásahy a školený personál

(Martinková, 2016). Skúma tiež nové a zaujímavé alternatívne možnosti, ako sú aromaterapia, kognitívna terapia a terapia viacerých zmyslov. Každý nefarmakologický postup sa zriedka používa samostatne. Postupy sa skôr kombinujú, aby vyhovovali požiadavkám pacienta (Douglas, 2004). Výhodou je, že účinne redukujú stresovú záťaž poskytovateľa, ovplyvňujú pozitívne psychiatrické komplikácie ochorenia a majú minimum nežiaducich účinkov a dajú sa aplikovať i v domácom prostredí (Sheardová, 2011). Jednotlivé prístupy terapie sa dajú využiť k zachovaniu kognitívnych schopností (svetelná terapia, hudba, fyzické cvičenie, orientácia v realite, reminiscenčná terapia, snoezelen) ale i k schopnosti realizovať aktivity denného života (kognitívne stimulačná terapia, fyzická aktivita, orientácia v realite, viacmyslová stimulácia). Tiež k ovplyvneniu behaviorálnych funkcií (canisterapia aromaterapia, muzikoterapia, svetelná terapia, masáž rúk, dotyk, fyzická aktivita, cvičenie, validačná terapia, reminiscenčná terapia, multisenzorická stimulácia, orientácia v realite (Hulme et al. 2009).

Fyzická aktivita: rozumie sa aeróbnou fyzickou aktivitou s dostatočne sa zvyšujúcou srdcovou frekvenciou a potrebou kyslíka. Mala by prebiehať najmenej 20-30 minút v kuse s opakovaním. Najvhodnejšími aktivitami sú jogging, chôdza, plávanie, tenis, cvičenie v telocvični alebo domáce činnosti ako odpratávanie snehu, okopávanie, hrabanie listov. Je preukázané, že fyzické cvičenie má mnoho výhod pre osoby s demenciou.

Kognitívny tréning: jedná sa o podporu a upevňovanie znalostí, ktoré pacient doteraz nestratil. Podpora je dopĺňovaním slov, riešenie krížoviek, čítaním a interpretáciou prečítaného. Je odporúčaný pri včasných štádiách demencie (Sheardová, 2011).

Ergoterapia: zlepšuje sebestačnosť pacienta. Zahŕňa zapojenie do zmysluplných činností, využívanie pomôcok, záleží na tom, aké stratégie sa používajú. Viaceré štúdie dokazujú, že ergoterapia zlepšuje každodennú výkonnosť, kvalitu života seniora i jeho ošetrovateľa.

Orientácia v realite: jedná sa o pripomínanie informácií, ktoré sa týkajú života pacienta a jeho okolia. Orientácia je podporovaná pomocou rôznych materiálov a aktivít. Využíva sa rôzne značenie, oznámenia a iné pamäťové pomôcky.

Validačná terapia: túto metódu vytvorila Naomi Feil, americká sociálna pracovníčka a gerontologička. Cieľ vidí v zmene prístupu poskytovateľov starostlivosti pacientom s demenciou. Je určená veľmi starým osobám s iným vnímaním reality. V živote ľudí s demenciou ožíva minulosť. Ľudia chcú prežívať situácie, keď boli mladí, boli užitoční a všetko vládali. Validačný prístup znamená to, že sa pacient nebude presvedčovať, že práve jedol ale zisťovať, čo by ho uspokojilo. Je nutné empatické načúvanie, ktoré znižuje strach, vzbudzuje dôveru a vracia dôstojnosť (Hanford, 2012).

Terapia svetlom: Používa sa u nepokojných pacientov s poruchami spánku. Základom liečby je jasné intenzívne svetlo, blízke slnečnému žiareniu bez ultrafialovej zložky. Svetlo má dopadať do očí, ale nie je nutné sa pozerieť do svetla. Účinok býva rýchlejší ako pri podaní antidepresív.

Reminiscenčná terapia: pomáha osobe s demenciou použiť minulé skúsenosti, ktoré by mohli byť významné a pozitívne. Je to spôsob ako zvýšiť úroveň života, poskytnúť potešenie a kognitívnu stimuláciu u ľudí s miernou až stredne ťažkou demenciou.

Muzikoterapia: Hudba má pozitívny vplyv na ľudí s demenciou a môže vyvolať presvedčivé výsledky aj u pokročilých štádiách ochorenia. Vplyv hudby sa prejavuje zvýšenou kvalitou života, zlepšením pamäti, lepšou sociálnou interakciou (Hulme, 2010).

Aromaterapia: je najrýchlejšie sa rozvíjajúcou doplnujúcou terapiou. Poskytuje zmyslový zážitok a je dobre znášaná. Existujú dva oleje pre terapiu demencie. Je to výťažok levandule a medovky.

Snoezelen: terapia pochádza z Holandska. Ide o zmyslovú stimuláciu prostredníctvom zmeny farieb svetla a vizuálnych efektov, pôsobenie vône, vibrácie podložky a mydlových bublín. Počas liečby dochádza k zlepšeniu nálady, uvoľneniu a upokojeniu. Každý človek prežíva základné emócie ako sú strach, smútok, zlosť, radosť, ktoré sa prejavujú v úzkej spojitosti s vnímaním. Práve u pacientov s demenciou majú emócie a zmyslové vnímanie nadriadenú funkciu oproti intelektuálnym schopnostiam (Tkáčová, Lancošová, 2016).

Canisterapia: terapia so psom, znižuje rozrušené správanie, zvyšuje sociálne chovanie. Môže sa využívať iba u ľudí, ktorí nie sú alergickí na psiu sršť a majú radi psov.

Využívanie panieniek: v zahraničí sa používa veľa rokov. Pacienti sa s panenkami môžu cítiť užitoční a potrební. Dostávajú príležitosť sa o niekoho postarať. Táto metóda má aj mnoho odporcov s odôvodnením, že infantilizuje chorých.

Nemaste: program určený pre pacientov s pokročilou demenciou. Prebieha v miestnosti, kde pôsobí ako upokojujúci a bezpečný pre všetkých kto vstúpi, vrátane rodiny a ošetrovateľov. Prebieha sedem týždňov, kedy je poskytovaná škála aktivít pomáhajúca navodiť radosť (Simard, 2010).

Posudzovanie bolesti: U pacientov s Alzheimerovou demenciou existuje množstvo škál na posúdenie bolesti a používanie posudzovacích stupníc v ošetrovateľstve patrí medzi základné kompetencie sestry. Preto je viac než žiaduce, aby sa posudzovanie bolesti u pacientov s pokročilou demenciou na základe škály PAINAD stalo neoddeliteľnou súčasťou dobrej ošetrovateľskej praxe (Kabátová, 2016).

Záver

Vzhľadom na meniacu sa demografickú situáciu dochádza k zvýšenej potrebe sestier, ktoré majú potrebné vedomosti a schopnosti poskytovať geriatrickú ošetrovateľskú starostlivosť (Kabátová, Puteková, 2015). Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti o človeka s demenciou je veľmi náročné a stresujúce. Starostlivosť je dlhodobá a vyčerpávajúca. Každý deň sa zdravotnícky personál stretáva s novými rôznorodými problémami. Dôležité je disponovať vedomosťami o tomto ochorení, jej včasnú diagnostiku a odporúčanú liečbu. Každý človek s demenciou je jedinečná bytosť s vlastnými odlišnými zážitkami a záľubami. Aj keď sú symptómy u osôb s demenciou popísané, demencia ovplyvňuje každého seniora rôznym spôsobom. A každý človek z okolia chorého reaguje na jeho problémy inak. Preto je potreba informovanosti a jednotného prístupu v starostlivosti o seniora s demenciou veľmi dôležitá. Vzhľadom na rozsah a komplexnosť problémov, s ktorými sa zdravotnícky personál stretáva je dôležitý proaktívny prístup a úprava plánu ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s demenciou (Martinková, 2016).

Použitá literatúra

- BASU, R. 2012. Education and Dementia Risk. Research on Aging. In: *Gerontology*. roč. 35, č. 1. ISSN 1552- 7573.
- ELWOOD, P., et al. 2013. Healthy Lifestyles Reduce the Incidence of Chronic Diseases and Dementia: Evidence from the Caerphilly Cohort Study. *PLOS ONE*. roč. 8, č. 12, ISSN 1545-7222.
- HANFORD, N., FIGUERO, M. 2012. Light Therapy and Alzheimer's Disease and Related Dementia: Past, Present, and Future. In: *Journal of Alzheimers Disease*. roč. 33, č. 4, s. 913-922. ISSN 1387-2877.
- HULME, C., WRIGHT, J., 2010. Non-pharmacological approaches for dementia that informal carers might try or access: a systematic review. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry*. roč. 25, č. 7, s. 756-763. ISSN 1099-1166.
- KABÁTOVÁ, O. Posudzovanie bolesti u pacienta s Alzheimerovou demenciou. In: Spoločne proti Alzheimerovej chorobe. - Piešťany : AkSen - aktívny senior o.z., 2016. - ISBN 978-80-971833-1-8. - CD-ROM; S. 50-55.
- KABÁTOVÁ, O., PUTEKOVÁ, S. Ošetrovateľská starostlivosť v geriatrii II. 1. vyd. - Trnava : Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2015. - 84 s. ISBN 978-80-8082-918-6.
- KOKJOHN, T., MAAROUF, A., et al. 2013. Neurochemical Profile of Dementia Pugilistica. In: *Journal of Neurotrauma*. roč. 30, č. 11, s. 981- 997. ISSN 1557-9042.
- MARTINKOVÁ, J. Agresivita a iné prejavy problémového správania u pacientov s Alzheimerovou chorobou. In: Spoločne proti Alzheimerovej chorobe. - Piešťany : AkSen - aktívny senior o.z., 2016. - ISBN 978-80-971833-1-8. - CD-ROM; S. 23-30.
- MARTINKOVÁ, J. Manažment problémového správania u pacienta s demenciou v zdravotníckom zariadení. In: Deinštitucionalizácia sociálnych služieb v kontexte pomáhajúcich profesií. - Michalovce : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, Detašované pracovisko Bl. Metoda D. Trčku, 2016. - ISBN 978-80-8132-144-3. - CD-ROM; S. 230-237.
- SHEARDOVÁ, K.. 2011. Současné možnosti terapie demencií, význam nefarmakologických intervencií. In *Psychiatrie pro praxi*, roč. 12, č. 13, s. 126-128. ISSN 1213-0508.
- SIMARD, J., VOLICER, L. 2010. Effects of Namaste Care on Residents Who Do Not Benefit From Usual Activities. In: *American Journal of Alzheimers Disease and other Dementias*. roč. 25, č. 1, s. 46-50. ISSN 1533-3175.
- TKÁČOVÁ, E., LANCOŠOVÁ, K. 2016. Implementácia metódy Snoezelen v ošetrovateľskej starostlivosti o seniorov s demenciou pri Alzheimerovej chorobe. In *Deinštitucionalizácia sociálnych služieb v kontexte pomáhajúcich profesií*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva sociálnej práce sv. Alžbety, 2016. ISBN 978-80-8132-144-3, s. 452 – 457.

Kontaktná adresa

PhDr. Silvia Puteková, PhD.
Trnavská univerzita, Fakulta zdravotnícka a sociálnej práce
Katedra ošetrovateľstva , Univerzitné nám. 1, 917 43 Trnava
email: silvia.putekova@truni.sk

KODEPENDENCIA – TICHÝ (NE)PRIATEĽ ZÁVISLOSTI

Rabinčák Marek

doktorand na Vysokej škole zdravotníctva a sociálne práce sv. Alžbety Bratislava

Abstrakt

Rozhodnutie užívať návykovú látku je v začiatkoch zvyčajne súčasťou zvoleného životného štýlu. Dlhodobý konzum či užívanie návykových látok je predpokladom rozvojopatologickej závislosti. Závislosť je duševné ochorenie, ktoré výrazným spôsobom mení ľudské myslenie i prežívanie a má obrovský devastačný dopad na jedinca a jeho rodinu či blízke okolie. Neexistuje len jediný faktor, ktorý určuje zvýšené riziko stať sa závislým jedincem. Rozvoj závislosti podmieňujú mnohé vnútorné faktory a determinanty prostredia, ktoré sú navzájom prepojené a vedú k postupnému vzniku závislosti. Následky tejto duševnej poruchy sú závažné, postihujú nielen samotného závislého jedinca ale aj ľudí v jeho blízkom okolí. Fungujúce rodinné zázemie a vzťahy sa stávajú nefunkčnými a zainteresovaní členovia začnú trpieť spoluzávislosťou. Fungovanie všetkých členov sa stáva dysfunkčné a mení sa na „živoriaci bludný kruh sýtený závislosťou“. Komplexná liečba závislosti by mala zahŕňať liečbu samotného závislého jedinca a spoluzávislých členov. Tento proces trvá zvyčajne 3 až 5 rokov. Terapia spoluzávislých členov zahŕňa súbor postupov a metód týkajúcich sa základných poznatkov o závislosti, o predchádzaní manipulácii zo strany závislého, o učení sa zásadám pravidiel fungovania v domácnosti, podpore závislého člena v abstinencii či pripravenosti na zvládanie stresových situácií. Cieľom prednášky je definovať závislosť jedinca a jej dopad na rodinu. Definujeme spoluzávislosť a jej rozvoj, základne črty a možné metódy v samotnej liečbe.

KLúčové slová: Závislosť. Spoluzávislosť. Ošetrovateľstvo.

Abstract

The decision to use an addictive substance is usually part of the chosen lifestyle at the start. Long-term consumption or substance abuse is a prerequisite for development of pathological addiction. Addiction is a mental illness that significantly changes the human mind and living and has a huge devastating impact on individual and their family or neighborhood. There is not the only one factor that determines an increased risk of becoming addicted individual. The development of addiction is conditioned by many internal factors and determinants of environment that are interconnected and lead to a gradual development of addiction. The consequences of this mental disorder are severe, affecting not just the addicted individual but also people in their vicinity. Functional family background and relationships become dysfunctional and involved family members begin to suffer from codependence. Functioning of all members becomes dysfunctional and is becoming a "vicious living circle fed by addiction". Complex treatment of addiction should include a treatment of addicted individual and codependent members. This process usually takes 3-5 years. Therapy of codependent members includes a set of procedures and methods relating to the knowledge base about

addiction, prevention of manipulation on the part of addicted one, on learning of the principles of the household, supporting an abstinence of an addicted member and readiness to cope with stressful situations. The purpose of the lecture is to define the addiction of the subject and its impact on the family. We define codependence and its development, basic features and possible methods in the treatment itself.

Key words: Addiction. Codependence. Nursing.

Úvod

Historický prierez ľudstva nám potvrdzuje, že každá spoločnosť užívala drogy s cieľom dosiahnuť zmenu nálady, myslenia a vnímania. V spoločnosti sa samozrejme vyskytovali aj jedinci, ktorí prekračovali sociálne akceptované zvyklosti a tieto potencionálne drogy zneužívali ako prostriedok na vyrovnávanie sa so stresom a s problémami i na predvedenie akéhosi protestu proti stanoveným normám či hodnotám spoločnosti (Janosiková, Daviesová, 1999). Alkohol je príjemnou súčasťou života mnohých ľudí. Zatiaľ čo väčšina z nich má kontrolu nad svojim pitím, viac ako 14 miliónov obyvateľov Európy je postihnutých závislosťou od alkoholu. Závislí jedinci od alkoholu začnú zanedbávať iné zájmy a padajú do bludného kruhu trvalého pitia, ktorý ovplyvňuje ich vlastný život a vzťahy s ľuďmi okolo nich. Škodlivé užívanie alkoholu má závažný vplyv na verejné zdravie a je v celosvetovom meradle považované za jeden z hlavných rizikových faktorov poškodenia zdravia a chorobných stavov. Názory na alkoholizmus ako chorobu sú rôznorodé. Závislosť je duševné ochorenie, ktoré výrazným spôsobom mení ľudské myslenie i prežívanie a má obrovský devastujúci dopad na jedinca a jeho rodinu či blízke okolie. Neexistuje len jediný faktor, ktorý určuje zvýšené riziko stať sa závislým jedincem. Rozvoj závislosti podmieňujú mnohé vnútorné faktory a determinanty prostredia, ktoré sú navzájom prepojené a vedú k postupnému vzniku závislosti.

Teória vzniku a priebeh závislosti

Teórie týkajúce sa závislosti podliehajú zmenám. Niektoré teórie môžu byť v jednej časti zeme obľúbenejšie než v inej. Súčasťou každého modelu je pohľad na problémové pitie, jeho príčiny a formy liečby, pritom však jednotlivé modely kladú dôraz na rôzne zložky závislosti. Odborník pracujúci so závislými osobami by mal dobre poznať model, ktorý mu vyhovuje pri diagnostikovaní a počas liečby (Millerová, 2011). Podľa Lindenmeyera (2009) doposiaľ neexistuje jednotný model vzniku alkoholovej závislosti, avšak aj v tejto problematike sa uznáva komplexnosť. Najlepšie dokáže zjednocujúco popísať vznik a rozvoj (priebeh) alkoholovej závislosti bio-psycho-sociálny model. Pre vznik a priebeh závislosti sú rozhodujúce tri bludné kruhy, t.j. intrapsychický, somatický a psychosociálny bludný kruh.

- **Intrapsychický bludný kruh** zahŕňa rozvoj patologických motívov pitia, zbavenie zábran a stimuláciu, útlm a upokojenie prostredníctvom alkoholu. Prispievajú kognitívne sprostredkovacie procesy pri prežitom účinku prostredníctvom nasledujúcich mechanizmov a to zvýšená konzumácia alkoholu v dôsledku narušeného sebaknímania, patologický charakter pitia v dôsledku nerealistických očakávaní účinkov, nedostatok alternatívnych spôsobov správania, rozvoj základných premis.

- **Somatický bludný kruh** pozostáva z rozvoja tolerancie, vzniku abstinčných symptómov, nedostatku endorfínov v mozgu a pamäti pri baživosti.
- **Pri psychosociálnom bludnom kruhu** ide najmä o narušenú kultúru pitia (nejasné pitie u mládeže, podpora konzumácie alkoholu v masmédiách), rodinné procesy (adaptačné mechanizmy rodín, „enabling – umožnenie“ alebo spoluzávislosť) a sociálny úpadok (sociálne následky pitia, odstup okolia a odmietanie chorých, vyhýbavé stratégie postihnutých).

Pri odbornom pohľade a prístupe k pacientovi musí odborník vedieť rozlíšiť aký bludný kruh prichádza do úvahy pri konkrétnom prípade.

Craving - pojem z anglického slova znamenajúci baženie, dychtenie, nutkanie, priahnutie či žiadza. Craving v zásade znamená vedomú a zároveň veľmi intenzívnu túžbu po droge (Grohoľ, 2016). Je jedným zo spoločných znakov závislosti látkových či nelátkových. Nebezpečenstvo tohto stavu spočíva v tom, že je to najslabšie miesto závislého človeka. Až jedna tretina závislých recidivuje do 1 hodiny od nástupu cravingu. Zo zvyšných dvoch tretín len 55 % dokáže odolávať cravingu niekoľko hodín a zo zvyšku len 15 % zvládne niekoľko opakovaných cravingových stavov v priebehu týždňom či mesiacov (Martinove, 2013).

Delenie cravingu:

- telesný
- psychický

Baženie po droge môžu podnietiť tri typy stimulov a to automatické myšlienky (napr. „dám si len jeden“), vplyv vonkajších stimulov a stres akútnej či chronickej. Dôležitú úlohu tu zohráva aj edukácia rodiny. Je nevyhnutné otvorene prediskutovať problematiku cravingu (baženia) po droge, čas potrebný na uzdravenie, odporúčenie spolupráce s svojpomocnými skupinami, opätovné budovanie dôvery, plány pre prípad relapsu a varovné signály a mnoho ďalších otázok (Millerová, 2011).

Vplyv závislosti na rodinu

Rodina je primárnou skupinou v živote človeka, je to najvplyvnejšia skupina, do ktorej človek patrí. Bez ohľadu na to, či sa príjmu alebo odmietnu rodinné hodnoty, jedinec stále pociťuje ich vplyv. Ide o sociálnu skupinu, v ktorej všetci členovia na seba navzájom pôsobia. Teoretické poznatky o rodine sú pre sestru návodom na ich využitie pri práci s rodinou. Pre sestru je najvhodnejšie zabezpečiť si spoluprácu rodiny počas úvodného kontaktu, kedy členovia hľadajú pomoc (Janosiková, Daviesová, 1999). Závislosť hrá dôležitú rolu nielen v živote závislého jedinca, ale aj u ostatných jeho rodinných príslušníkov. Potreby rodinných príslušníkov v živote so závislým sú odsunuté. Rodina so závislým členom prechádza rôznymi komplikáciami, akými sú dysfunkčné vzťahy v rodine, rozvod, násilie páchané pod vplyvom alkoholu a drog, zanedbávanie výchovy, závažné finančné problémy a mnoho ďalších. Nástupom jedinca na liečbu, by mali aj rodinní príslušníci začať riešiť svoj ozdravovací proces spoluzávislosti (Stanislav, Martinove, 2014).

Spoluzávislosť - problém spoluzávislosti bol v minulosti nesmierne podceňovaný. Pokiaľ chceme porozumieť tejto problematike, je potrebné sa vcítiť do role človeka, ktorý žije po boku závislého jedinca ako partner, rodič alebo dieťa. Prírodnou reakciou člena rodiny je

snaha neustále vyvažovať stupňujúcu neistotu. Snaží sa závislému človeku pomôcť, ospravedlňuje ho u zamestnávateľa, zakrýva jeho nespooločenské správanie, snaží sa ho napraviť morálnymi výčitkami, reaguje odopieraním lásky alebo sexu, odstraňuje alebo schováva alkohol, kontroluje a riadi finančné prostriedky a mnoho ďalších opatrení, ktoré v konečnom dôsledku nesmerujú k zmierneniu závislosti ale k jej prehĺbeniu (Röhr, 2015). Kodependencia (spoluzávislosť) je termín, ktorý sa začal používať v Minnesote začiatkom sedemdesiatych rokov dvadsiateho storočia, kde sa zistilo, že osoby blízke problémovým užívateľom drog sú poznačené a je nutné im poskytnúť odbornú pomoc. Spoluzávislého jedinca môžeme definovať ako osobu, ktorá sa snaží o spojenie so závislou osobou za účelom nabitia osobnej sily. Spoluzávislý jedinec sa zameriava na potreby závislého do tej miery, že neregistruje svoje vlastné potreby (Millerová, 2011). Spoluzávislý jedinec sa dáva ovplyvňovať správaním druhého človeka a cíti nutkanie kontrolovať jeho správanie. Podstatou kodependentného správania je naliehavá potreba pomáhať a kontrolovať. Spoluzávislé správanie je autodeštruktívna forma správania, ktorá sa stáva návykom (Stanislav, Martinove, 2014).

Symptómy spoluzávislosti

- nedostatok asertívnych zručností,
- extrémne prejavy správania,
- vzťahové problémy s mocou a kontrolou,
- zle vymedzenie hraníc,
- prehnaný záujem o druhých (Millerová, 2011).

Ako vzniká spoluzávislosť?

- vzniká v problematickej, nefunkčnej rodine,
- je naučená a získaná (nie je genetický podmienená),
- je vývojová, pri zlom zaobchádzaní sa zablokuje normálny ľudský vývin a to schopnosť dôverovať, otvorene a úprimne komunikovať a prejavovať city, utvárať morálne postoje, uspokojovať potreby, účinne riešiť problémy atď. (Martinove, 2011).

Liečba spoluzávislosti

Ide o proces nie jednoduchý. Zatiaľ čo pre závislých jedincov sú vytvorené možnosti nákladnej ambulantnej, ústavnej (stacionárnej) pomoci a liečby, pre spoluzávislých členov táto pomoc absentuje. ***Samotná liečba spoluzávislosti sa týka nasledujúcich oblastí:***

- „Opustiť“ závislého? Prvým problémom, ktorý stojí pred spoluzávislým členom, je nutnosť „opustiť“ závislého. To platí najmä v prípadoch, keď závislý jedinec s konzumáciou návykovej látky neprestáva. Pri nedodržiavaní abstinencie býva nutné opustiť závislého za pomoci svojpomocných skupín, prenechať zodpovednosť za svoj život samotnému závislému.
- Porozumieť základom spoluzávislosti. Poznať vlastné deficity, efektívne ich riešiť v psychoterapii.
- Spracovávať traumu spoluzávislosti. Život so závislým členom uštedril spoluzávislému hlboké rany, ktoré treba vyliečiť.
- Odpustenie sebe samotnému. Rozhodujúci krok. Prebrať zodpovednosť za svoju

spoluzávislosť, prestať hľadať vinníkov a odpustiť závislému (Röhr, 2015).

Svojpomocné skupiny

Svojpomocná skupina je malá dobrovoľná organizácia, ktorá sa skladá z jednotlivcov s podobnými zdravotnými, sociálnymi či každodennými starosťami. Činnosť svojpomocnej skupiny je orientovaná buď na správanie alebo na duševné procesy. Ošetrovateľstvo začína mať dôležitú pozíciu aj v oblasti svojpomocných skupín a jeho úlohou je pomôcť klientovi/pacientovi uspokojiť potreby. Sestra má preto povinnosť nájsť vhodný spôsob podpory sebaopatery telesnej, sociálnej, duševnej, či duchovnej. Podľa informácií o klientovi posúdi, či by bola účinná a dostupná pomoc príslušnej svojpomocnej skupiny (Janosiková, Daviesová, 1999). Rodinní príslušníci sú dôležitou súčasťou života závislého jedinca. Pokiaľ rodinní príslušníci a signifikantné osoby nepodstúpia istú formu pomoci, môžu podkopávať liečbu závislého. Jedným zo spôsobov, ako prispieť k úspešnej liečbe a splneniu cieľov je podporovať jedincov (závislých a spoluzávislých / pozn. autora) v účasti na schôdzkach svojpomocných skupín (Millerová, 2011). Účasť v svojpomocnej skupine pomáha členom nadviazať sociálne kontakty, dlhodobé priateľské vzťahy a naplniť voľný čas. Je zdrojom pozitívnych zážitkov, emocionálnej podpory, umožňuje zdieľanie skúsenosti, vedie k zvýšeniu sebavedomia a motivuje bojovať s problémom (Petr, Marková, 2014). Štrukturovaná skupinová interakcia je efektívnou metódou podporujúcou v ľuďoch pozitívne zmeny. Pozitívna zmena vytvorená štrukturovanou skupinovou interakciou môže mať formu behaviorálnej, kognitívnej alebo emocionálnej zmeny, prípadne môže byť kombináciou všetkých troch foriem. Ak sa skupinová interakcia starostlivo zorganizuje, poskytuje kompetentným zdravotníckym pracovníkom efektívny spôsob, ako učiť a ovplyvňovať klientov a rodiny. Keď sa v skupine vytvorí a zdôrazňuje bezpečné prostredie, môžu skupinové zážitky pozitívny spôsobom modifikovať akcie a reakcie členov (Janosiková, Daviesová, 1999). Medzi svojpomocné skupiny pre závislých a spoluzávislých patria Al-Anon, Nar-Anon, Co-Anon, Anonymné rodiny, Anonymné kodependentné osoby, Dospelé deti alkoholikov (ACOA), Anonymní rodičia a ďalšie.

Úloha ošetrovateľstva pri závislosti a spoluzávislosti

Závislosť predstavuje závažný problém pre jednotlivca, rodinu či komunitu. Má podstatný podiel na chorobnosti, úrazovosti, invalidite, predčasnej úmrtnosti, samovražednosti a šírení pohlavných chorôb. Náplň sestry v adiktológii je rozdielna podľa stupňa liečby. Inú náplň majú sestry v ambulantnej sfére, inú počas detoxifikácie či strednodobej liečby a inú v terapeutických komunitách. Práca sestry so závislými je veľmi náročná, k čomu prispievajú aj viaceré skutočnosti. Ide o ľudí zručných v manipulovaní a klamaní s mimoriadnou dômyselnosťou pri uspokojovaní svojich potrieb. Úloha ošetrovateľstva v tejto problematike je dôležitá a nenahraditeľná. Prvoradým cieľom ošetrovateľskej starostlivosti o komunitu závislých (i spolu závislých) je dosiahnutie trvalej a úplnej abstinencie. Sestra, nielen komunitná má významnú úlohu pri riešení problémov spojených so závislosťou. Participuje pri primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencii. Práca sestry, ktorá prichádza do kontaktu so závislými pacientmi je preto užitočná a hodnotná, avšak musí byť schopná zaujať vlastný

postoj k tejto problematike, akceptovať pacientov, poskytovať starostlivý a neodsudzujúci vzťah a stanoviť pre seba a svojich pacientov reálne ciele.

Použitá literatúra

- Grohoľ, M. 2016. *Klinický manažment závislosti od alkoholu*. 1. vyd. Trnava - Cífer: Peter Prekop Print Production. 126 s. ISBN 978-80-89434-32-9.
- Hanzlíková, A. 2006. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. 2. nezmenené vyd. Martin: Osveta. 2006. 279 s. ISBN 80-8063-213-8.
- Janosiková, H., E. - Daviesová, L., J. 1999. *Psychiatrická ošetrovatel'ská starostlivosť: Duševné zdravie a psychiatrické ošetrovatel'stvo*. 1 vyd. Martin: Osveta. 1999. 551 s. ISBN 80-8063-017-8.
- Lindenmeyer, J. 2009. *Závislosť od alkoholu*. 1. vyd. Trenčín: vydavateľstvo F. 2009, 137 s. ISBN 978-80-88952-54-1.
- Martinove, M. 2013. *Závislosť a jej vplyv na rodinu*. Bratislava: MERCK spol.
- Millerová, G. 2011. *Adiktologické poradenství*. 1 vyd. Praha: Galén. 2011. 461 s. ISBN 978-80-7262-765-3.
- Petr, T. - Marková, E. a kol. 2014. *Ošetrovatel'ství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6-
- Röhr, P., H. 2015. *Závislost: Jak ji porozumět a jak ji překonat*. 1 vyd. Praha: Portál. 2015. 176 s. ISBN 978-80-262-0927-0.
- Stanislav, V. Martinove, M. 2014. *Edukačná príručka pre spoluzávislých (spolutrpiacich)*. Bratislava: MERCK spol.

IMPLEMENTÁCIA PSYCHOEDUKAČNÝCH PROGRAMOV AKO TERAPIA DO KOMUNITNÉHO OŠETROVATELSTVA

Rabinčák Marek

doktorand na Vysokej škole zdravotníctva a sociálnej práce Bratislava

Abstrakt

Komunitná ošetrovateľská starostlivosť o duševné zdravie zahŕňa podporu duševného zdravia a prevenciu chorôb. Komunitne orientované ošetrovateľstvo predchádza vzniku chorôb, chráni, udržiava a podporuje zdravie. Rola sestry zahŕňa nielen terapeutické zásahy ale hlavne poradenské, edukačné, manažérske a obhajovacie aktivity. Etablovať psychoedukačné programy do komplexného bio-psycho-sociálneho modelu starostlivosti má dôležité miesto a význam z viacerých hľadísk. Hlavnou úlohou psychoedukačných programov je poskytnúť komplexné informácie a ochorení a pomôcť účastníkom prispôsobiť sa a naučiť sa žiť plnohodnotne s psychickou chorobou. Terapeutická komunita ako organizované liečebné spoločenstvo zohráva dôležitú nefarmakologickú intervenciu najmä v adiktológii. Základná idea tohto zoskupenia je zameraná na podporu aktívnej účasti pacienta na terapeutickom procese a využitie pozitívneho motivačného vplyvu liečebného spoločenstva na jedinca či jeho príbuzných. Rola sestry v koterapii prebieha v dvoch paralelne sa prelinajúcich a navzájom súvisiacich prístupoch (cieľoch). Všeobecný cieľ je zameraný na uľahčenie situácie, ponúknutie pomoci, zlepšenie kompliance a emočnej aliancie. Pri konkrétnom ciele je koterapia sestrou orientovaná na pomoc jedincom v jeho aktuálnej situácii, evokovanie zmien v jeho správaní a konaní. Cieľom práce je poukázať na možné spôsoby pomoci nielen jedincom ale najmä rodinám, komunitám prostredníctvom odborných intervencií. Niektoré empirické výsledky či osobné výpovede jedincov poukazujú na to, že úloha ošetrovateľstva je nesmierne dôležitá a nezastupiteľná.

KLúčové slová: Komunitné ošetrovateľstvo. Psychoedukácia. Terapeutická komunita. Koterapia.

Abstract

Community nursing care of mental health includes mental health support and disease prevention. Community-oriented nursing prevents diseases, protects, maintains and promotes health. A role of a nurse includes not only therapeutic intervention but mainly advisory, educational, managerial and advocacy activities, too. To establish the psychoeducational programs to a comprehensive bio-psycho-social model of care has an important place and importance in several respects. The main task of psychoeducational programs is to provide comprehensive information about the diseases, and to help the participants to adapt and learn to live fully with mental illness. Therapeutic community as an organized medical community plays an important non-pharmacological intervention, particularly in addictology. The basic idea of this group is to promote active participation of the patient on the therapeutic process and the use of positive incentive effects of the therapeutic community to the individual or his relatives. The role of a nurse in co-therapy runs in two intersecting, parallel and interrelated approaches (goals). The general objective is aimed to ease the situation, offering assistance, compliance improvement and emotional alliance. When there is a specific aim, a nurse co-

therapy is oriented to assist the individual in his current situation, to suggest changes in his behavior and actions. The aim of this work is to point out the possible ways of helping not only to the individual but mainly to the families and communities through professional intervention. Some empirical results or personal accounts of individuals point out that the role of nursing is important and irreplaceable.

Key words: Community nursing. Psycho-education. Therapeutic communities. Co-therapy.

Úvod

Terapia duševných porúch je finančne, časovo a najmä ľudsky i odborné náročná. Aj napriek dostupnosti kvalitných, efektívnych a bezpečných psychofarmakologických či psychoterapeutických postupov naďalej pretrvávajú problematika aktívnej účasti a compliance pacientov pri liečbe, relapsov duševného ochorenia, včasnej identifikácie blížiaceho sa zhoršenia stavu a následnej vysoko pravdepodobnej chronifikácie stavu. Implementáciou efektívnych ošetrovateľských metód a postupov môžeme eliminovať existujúce problémy u pacienta či jeho rodiny. Systém vzdelávania v ošetrovateľstve prešiel významnými zmenami, účasť sestry so špecializáciou v ošetrovateľskej starostlivosti o duševne chorých je nenahraditeľná a má svoje opodstatnenie a dôležité miesto v liečebnom procese. Komunitná liečba v psychiatrii je prepracovaný systém zameraný na pomoc a podporu zlepšenia schopností ľudí s psychickými poruchami žiť v domácom prostredí. Komunitnú starostlivosť definujeme ako vzájomné prepojenie nemocničnej a mimonemocničnej terapie zahŕňajúcej bio- psycho- sociálne intervencie. Do siete komunitnej starostlivosti na Slovensku zaradzujeme denné stacionáre – psychosociálne centrá, socioterapeutické kluby a svojpomocné skupiny (Kolibáš, 2010). Komunitná ošetrovateľská starostlivosť o duševné zdravie zahŕňa podporu duševného zdravia a prevenciu chorôb. Komunitne orientované ošetrovateľstvo predchádza vzniku chorôb, chráni, udržiava a podporuje zdravie. Rola sestry zahŕňa nielen terapeutické zásahy ale hlavne poradenské, edukačné, manažérske a obhajovacie aktivity (Hanzlíková, 2006).

Psychoedukácia

Jedným z dôležitých aspektov ošetrovateľskej praxe a samostatnou funkciou ošetrovateľstva je edukácia. Zaoberá sa celým človekom vo všetkých životných situáciách. Jej zameranie je na jednotlivcov, rodiny, skupiny či celé komunity. Využíva rôzne metódy, má celý rad cieľov, vrátane poskytovania informácií, zmeny postojev, správania a sociálnej zmeny (Magurová a kol., 2008). Psychoedukačné prístupy sa v ostatných rokoch dostali do popredia pri rozličných ochoreniach. Psychoedukačný proces podporuje porozumenie a zodpovedný prístup ku chorobe, aktívnu participáciu v terapii a rehabilitácii i zvládanie choroby. V centre je interaktívne sprostredkovanie vedomostí o chorobe, jej etiológii, symptomatike, priebehu ako aj rozličných formách terapie (Schaub, Bernhard, Gauck, 2005). Psychoedukácia predstavuje štruktúrovanú intervenciu a tréning, ktorých cieľom je sociálne posilnenie, redukcia sociálneho a výkonnostného deficitu a získanie náhľadu na poruchu (Krajčovičová, 2004). Rola psychiatrických sestier je v tejto oblasti nenahraditeľná. Sestry zohrávajú v tomto procese kľúčovú rolu (Petr, Marková a kol., 2014). Pfammattera, et al. (2006) realizoval najrozsiahljšiu metaanalytickú štúdiu pozostávajúcu z 21 výskumov publikovaných

v priebehu rokov 1990 – 2005 týkajúcu sa účinnosti rôznych psychoterapeutických metód s cieľom zistenia ucelených záverov. Táto meta-analytická štúdia poukázala, že aj psychoedukačné intervencie prispievajú k významnejšie nižšiemu počtu relapsov a rehospitalizácií. Ďalšími poznatkami bolo, že psychoedukačné intervencie viedli k zlepšeniu adherencie pacientov k medikamentózne liečbe, ďalej indikujú lepšiu úroveň vedomostí príbuzných o chorobe, vedú k významnej zmene od vysokej k nízkej emočnej angažovanosti, k podstatnému zlepšeniu sociálnej prispôsobivosti pacientov a ku skráteniu hospitalizačnej liečby a navyše redukcii psychopatológie v priebehu ďalších sledovaní. Psychoedukácia nie je prednáškou ani psychoterapiou, ale odbornou činnosťou, ktorú môžu sestry so špecializáciou vykonávať v rámci svojej ošetrovateľskej praxe. Sestry prostredníctvom tejto odbornej intervencie môžu výrazným spôsobom stabilizovať pacientov stav a zlepšiť jeho vyhliadky do budúcnosti. Rodinám pacientov či podporným osobám pomáha porozumieť ochoreniu, prežiť realitu psychiatrickej hospitalizácie a procesu doliečovania, zmierniť obavy a obnoviť úsilie pri ďalšej pomoci blížnemu.

Terapeutická komunita

Samotný pojem terapeutická komunita zdôrazňuje dôležitosť využitia všetkých aspektov klientových skúseností terapeutickým spôsobom. V tomto spoločenstve sa kladie dôraz na skupinovú liečbu, skupinové aktivity a spoločné rozhodovania pacientov / klientov a ošetrovateľského personálu. Súčasťou terapeutického spoločenstva sú komunitné stretnutia, stretnutia samosprávy členov, programy zamerané na aktivity a pracovný tréning, plánovanie stretnutí, spoločenské a rekreačné skupiny, psychodráma a rodinné stretnutia (Janosiková, Daviesová, 1999).

Tabuľka 1 Terapeutická komunita a očakávané správanie členov v tomto spoločenstve

- snažiť sa ovládať svoje správanie,
- zapájať sa do sociálnych interakcií,
- zúčastňovať sa na schôdkach, aktivitách a terapeutických stretnutiach,
- vyjadrovať sa na stretnutiach skupiny a komunity,
- dôverovať personálu a ostatným členom terapeutického spoločenstva,
- hovoriť o svojich problémoch s personálom, medzi sebou a s inými dôležitými osobami,
- starať sa o druhých a rešpektovať záujmy komunity,
- prejavovať záujem o druhých v komunite.

(Zdroj: Janosiková, Daviesová, 1999)

Program terapeutických komunit sa zameriava na obnovu fyzického i psychického zdravia pacienta, na profylaxiu a riešenie sociálneho vylúčenia a na prácu ďalšieho sociálneho začleňovania. Pobyt v terapeutickom spoločenstve je rozdelený do niekoľkých terapeutických fáz, ktoré sa od seba odlišujú rôznou mierou zodpovednosti a právomoci v komunitnej správe (Petr, Marková a kol., 2014). Každá komunita je svojím spôsobom jedinečná a prispôbená špecifickým potrebám svojich členov. Vo svete existujú dve hlavné línie

terapeutických komunit, tzv. demokratické terapeutické komunity pre pacientov/klientov s poruchami duševného zdravia a osobnostného vývoja a tzv. hierarchická terapeutická komunita pre drogovu závislých, pričom každá z týchto línií má svoju kultúru, tradíciu, svoj slovník s rôznymi formuláciami a dôrazmi na jednotlivé princípy terapeutickkej komunity (Kalina, 2013).

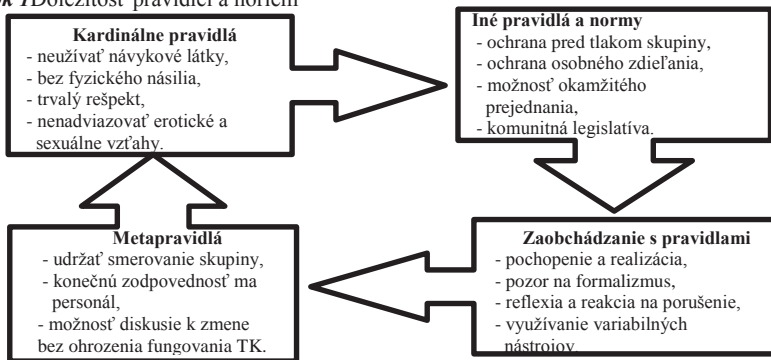
Filozofia terapeutických komunit

Jones v roku 1948 sformuloval päť zásad terapeutických komunit:

1. **Obojstranná komunikácia:** otvorená komunikačná matrica umožňuje bezpečnú rozpravu o čomkoľvek (pocity, postoje, správanie, rozhodovanie a pod.),
2. **Proces rozhodovania na všetkých úrovniach:** rozhodovacie procesy musia byť viditeľné, zrozumiteľné a prístupné všetkým, ktorých sa rozhodnutie týka,
3. **Spoločné vedenie:** zahŕňa princíp samosprávy pacientov a ich zapojenie do zodpovednosti za každodenné fungovanie spoločenstva v oblastiach materiálnych, morálnych a vzťahových.
4. **Konsenzus v prijímaní rozhodnutia:** dosiahnuť konsenzus znamená uznať partnerstvo, načúvať, rozumieť, vysvetľovať a zvládnuť odlišné názory, postoje a záujmy.
5. **Sociálne učenie a interakcie tu a teraz:** jadrový proces navodzujúci zmenu, dôležitá je konfrontácia s realitou prostredníctvom neustálych spätných väzieb od ľudí – spolupacientov / spoluklientov (Kalina, 2013).

Pravidlá, normy a metapravidlá - pravidlá a normy kodifikujú východisko určitej činnosti, vlastnosti a postupnosti krokov, ako aj zamýšľaný výsledok odbornej činnosti. Pravidlá a normy sú štandardné postupy alebo metódy riešenia úloh; sú to predpisy určené na určitý druh činnosti, ktoré zaručujú, že z vopred zadanej východiskovej situácie sa dostaneme do želanej výslednej situácie. Pre terapeutickú komunitu sú spomínané pravidlá, normy a metapravidlá nesmierne dôležité. Obrázok 1 znázorňuje dôležitosť pravidiel a noriem.

Obrázok 1 Dôležitosť pravidiel a noriem



(Zdroj pohľad autora)

Empirické výsledky

Výsledky liečby v terapeutických komunitách pre liečbu závislosti sú v USA a Európe predmetom intenzívneho výskumu už viac ako 40 rokov. Výskumy priniesli značné množstvá vedecky podložených poznatkov o účinnosti tohto spoločenstva, ktoré poukazujú, že u pacientov / klientov dochádza k významným zlepšeniam vo viacerých oblastiach.

Tabuľka 2 Užívanie drog, konzumácia alkoholu a kriminalita pred liečbou a jeden rok po liečbe (%)

Parameter	Pred liečbou	1 rok po liečbe	P < 0,05	X ²
Všetky drogy	89,7	13,8	0	102
Metamfetamín	77,8	11,6	0	85
Benzodiazepíny	33,5	2,9	0	36,2
Heroín	28,9	3,6	0	28,6
Buprenorfrín	26,7	2,1	0	28,2
Alkohol	54,5	31,3	0,018	5,6
Injekčné užívanie	76,1	10,9	0	86
Drogová kriminalita	58,5	5,1	0	63,3
Nedrogová kriminalita	56,8	7,4	0	58,6

(Zdroj:Šafránek, 2014)

Výskum realizovaný Šerfánkom v rokoch 2007 – 2008 v ČR poukazuje na efektivitu liečby v terapeutických komunitách. Cieľom štúdie bolo vyhodnotiť ako sa zmenilo užívanie drog, kriminalita, osobné a sociálne fungovanie a kvalita života užívateľov drog jeden rok od ukončenia liečby. Výskumný súbor tvorilo 176 užívateľov. Parciálne empirické výsledky zahŕňa tabuľka2. Aj tieto empirické výsledky sú pre podporu a realizáciu terapeutických komunit povzbudzujúce, pretože ošetrovateľstvo aj v komunitnej starostlivosti má veľký potenciál.

Koterapia

Koterapeuta môžeme definovať ako druhého (pomocného) terapeuta pri skupinovej psychoterapii. Rola a funkcia koterapeuta pozostáva z technickej pomoci alebo psychoterapeutického prístupu (podpora a posilňovanie práce terapeuta alebo určité rozdelenie jednotlivých rolí). Koterapia sa uplatňuje i v rodinnej či párovej terapii. Rola sestry v koterapii prebieha v dvoch paralelných a prelínajúcich a navzájom súvisiacich zámeroch (cieľoch). Všeobecný cieľ je zameraný na uľahčenie situácie, ponúknutie pomoci, zlepšenie kompliance a emočnej aliance. Pri konkrétnom ciele je koterapia sestrou orientovaná na pomoc jedincovi v jeho aktuálnej situácii, evokovanie zmien v jeho správaní a konaní (Kristová, 2004). Pre prácu sestry v koterapii je dôležitá dynamika vzťahu medzi sestrou samotnou a terapeutom, respektíve vedúcim skupiny, nakoľko táto dynamika má výrazný vplyv na celú skupinu. Spôsob akým prebieha komunikácia medzi terapeutmi má byť úprimný a otvorený a v prípade výskytu problémov ich musia riešiť spoločne. Ak nastanú komunikačné problémy, odoznie to formou agovania v skupine (Millerová, 2011).

Uplatňovanie aspektov psychoterapeutického prístupu v práci sestry pozostáva z racionálneho, indirektívneho a empatického prístupu. Správne využitie spomínaných aspektov nadväzuje na fázu posudzovania a následného stanovenia možných sesterských diagnóz, čo spätne výrazne ovplyvní kvalitu plnenia roly sestry ako komunikátorky, edukátorky a poradkyne (Kristová, 2004). Ošetrovatelstvo stojí na prahu ďalších výziev uplatňovania nových možností prostredníctvom viacerých štrukturovaných intervencií. Jeho potenciál môžu sestry využiť v primárnej, sekundárnej a terciálnej starostlivosti o jedinca, rodinu, komunitu či spoločnosť. Je to legitímna ambícia tohto vedného odboru, avšak jej dôležitosť musia sestry samotné potvrdzovať vlastnými empirickými výsledkami.

Použitá literatúra

- HANZLÍKOVÁ, A. 2006. *Komunitné ošetrovatelstvo*. 2. nezmenené vyd. Martin: Osveta. 2006. 279 s. ISBN 80-8063-213-8.
- JANOSIKOVÁ, H., E. - DAVIESOVÁ, L., J. 1999. *Psychiatrická ošetrovatel'ská starostlivosť: Duševné zdravie a psychiatrické ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: Osveta. 1999. 551 s. ISBN 80-8063-017-8.
- KALINA, K. 2013. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2013. 528 s. ISBN 978-80-247-4361-5.
- KOLIBÁŠ, E. 2010. *Průručka klinické psychiatrie*. 2. prepracované a doplnené vyd. Nové Zámky: Psychoprof. 2010. 304 s. ISBN 978-80-89322-05-3.
- KRAJČOVIČOVÁ, D. 2004. Nefarmakologické možnosti ovplyvnenia porúch kognitívnych funkcií a sociálnych spôsobilosti pri schizofrénii. In *Psychiatria pre prax*. ISSN 1335-9584, č. 5, p. 252-254.
- KRISTOVÁ, J. 2004. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: Osveta. 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160-3.
- MAGUROVÁ, D. a kol. 2008. *Základy edukácie a jej využitie v ošetrovatel'skej praxi*. 1. vyd. Prešov: PU v Prešove, 2008. 116 s. ISBN 978-80-8068-834-9.
- MILLEROVÁ, G. 2011. *Adiktologické poradenství*. 1 vyd. Praha: Galén. 2011. 461 s. ISBN 978-80-7262-765-3.
- PETR, T. - MARKOVÁ, E. a kol. 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
- PFAMMATTER, M., - JUNGHAN, U.M., - BRENNER, H.D. 2006. Efficacy of Psychological Therapy in Schizophrenia: Conclusions From Meta-analyses. In *Schizophrenia Bulletin* [online]. 2006. vol. 32, Issue suppl 1, p. 64-80. [cit. 2016.10.01]. Dostupné nainternete: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2632545/>>. Doi: 10.1093/schbul/sbl030.
- SCHAUB, A. - BERNHARD, B. - GAUCK, L. 2005. *Kognitívne-psychoedukačná liečba bipolárnych porúch*. Trenčín: Vydavateľstvo F. 2005. 187 s. ISBN 80-88952-30-1.
- ŠEFRÁNEK, M. 2014. Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti: výsledky po 1 roce od ukončení léčby. In *Alkoholizmus a drogové závislosti*. ISSN 0862-0350, 2014, roč. 49, s. 101-126.

SESTRA AKO VÝZNAMNÝ ČINITEĽ V POMÁHAJÚCICH PROFESIÁCH PRI POSKYTOVANÍ PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

¹Simočková Viera, ²Cimbalová Jana, ³Zamboriová Mária

¹Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

²UN L. Pasteura Košice, Trieda SNP 1, Klinika hematológie a onkohematológie

³Univerzita P. J. Šafárika, Lekárska Fakulta, Ústav ošetrovateľstva, Košice

Abstrakt

Pomáhajúce profesie predstavujú široký súbor najrôznejších povolání majúcich vzťah k bezprostrednej práci s ľuďmi. Pomáhajúci v rôznych profesiách dávajú do svojej práce veľa úsilia a emócií, čo sa neskôr môže podpísať na ich celkovom telesnom i duševnom stave. V príspevku chceme upriamiť pozornosť na sestry pracujúce v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti, u ktorých sa objavuje vysoký stupeň emocionálneho vyčerpania a depersonalizácie.

KLúčové slová: Paliatívna starostlivosť. Sestra. Pomáhajúce profesie.

Abstract

Helping professions are wide set of all sorts of professions having a relationship to the common work with people. Helping people in various professions give to their work a lot of effort and emotion, which later may sign on their physical and mental overload. In this article we want to point out our attention to nurses working in palliative care, who are suffering from high degree of emotional exhaustion and depersonalization.

Key words: Palliative care. Nurse. Helping professions.

Úvod

Pomáhajúce profesie predstavujú široký súbor najrôznejších povolání majúcich vzťah k bezprostrednej práci s ľuďmi. Patrí tu zdravotnícky personál, pedagogické profesie, profesie zamerané na sociálnu pomoc, duchovní, psychológovia, terapeuti. Pomáhajúci v rôznych profesiách dávajú do svojej práce veľa úsilia a emócií, čo sa neskôr môže podpísať na ich celkovom telesnom i duševnom stave. V súčasnom hektickom spôsobe života je takmer vylúčené, aby sa človek nedostal do záťažovej situácie. Je na každom z nás, ako sa s existujúcimi podmienkami vyrovnáme. Či sa poddáme stresu a záťaži a staneme sa workoholikmi alebo sa naučíme stresu odolávať a začneme využívať pozitívny stres, eustres, vo svoj prospech. Odolnosť človeka závisí od frustračnej tolerancie. Ide o komplex protektívnych faktorov, ktoré človeku pomáhajú zvládnuť nepriaznivé udalosti a vyrovať sa zo závažnými situáciami bez maladaptívnych reakcií. Podľa Vágnerovej (2004) je podstatné, ako jednotlivec hodnotí záťažovú situáciu – či ju považuje za ohrozujúcu alebo záťaž vníma ako výzvu. V príspevku chceme upriamiť pozornosť na sestry pracujúce v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť je komplexná ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná sestrami. Je zameraná hlavne na manažment a uspokojovanie potrieb pacienta s nevyliciteľným ochorením a zomierajúceho pacienta. Ošetrovateľské povolanie vytvára pre sestry psychický tlak, ktorý prispieva k vzniku syndrómov charakteristických pre pomáhajúce profesie. Vystupňovanie nastáva pri

poskytovani paliatívnej starostlivosti, ktorá končí smrťou pacienta. U sestier sa môže dostaviť pocit viny, že neurobili všetko, čo mali. V štúdií autorov Sováriová Soósová, Sušínková, Cenkenrová (2013) sestry pracujúce v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti považovali smrť a umieranie pacienta za najvýznamnejší stresor. Podľa Pacovského (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995) „umierajúci pacient je ošetrovateľsky najnáročnejším pacientom“. Aby sestry vedeli predchádzať negatívnym emóciám, ktoré vedú k syndrómu vyhorenia, mali by vedieť včas rozpoznávať prejavujúce sa varovné signály, čím by si chránili svoje telesné i duševné zdravie. *Cieľom našej práce* bolo zistiť, aké je riziko vzniku emocionálneho vyčerpania a depersonalizácie u sestier pracujúcich v paliatívnej starostlivosti.

Súbor, metodika

Náš súbor pozostával zo sestier pracujúcich v zariadeniach poskytujúcich paliatívnu starostlivosť na území Slovenskej republiky tak v štátnych, ako aj v súkromných či cirkevných zariadeniach. Išlo o tieto zariadenia: Spišská katolícka charita, Mobilný hospic Charitas Námestovo, Mobilný hospic Stará Lubovňa, Hospic Matky Terezy Bardejov, Hospic – Dom pokoja a zmiery u Bernadety Nitra, Plamienok n. o. Bratislava Petržalka, Hospic Lúbietová, Banská Bystrica a Vysokošpecializovaný odborný ústav geriatrický sv. Lukáša v Košiciach n. o. Na výskume participovalo 68 respondentov. Zber údajov prebiehal koncom roka 2015 pomocou štandardizovaného dotazníka Maslach Burnout Inventory (MBI), ktorý hodnotí emocionálne vyčerpanie a depersonalizáciu. Dotazník slúži na sledovanie syndrómu vyhorenia u exponovaných profesií, v našom prípade u sestier v paliatívnej starostlivosti. Má tri faktory, subškály. Dve sú ladené negatívne – emocionálne vyčerpanie (ďalej len EE) a depersonalizácia (ďalej len DP). Jedna subškála je ladená pozitívne – osobné uspokojenie z práce (ďalej len PA). MBI obsahuje 22 položiek, výrokov, na základe ktorých respondent hodnotí silu pocitov na škále od 0 do 7, pričom 0 znamená vôbec a 7 – veľmi silno. Vyššie bodové skóre vo faktoroch EE a DP korešponduje s vysokým syndrómom vyhorenia, naopak u PA korešpondujú s vyhorením nízke hodnoty. Ide o zníženie pocitu vlastnej pôsobnosti a úspešnosti u práci, čím sa chceme zamerať na vplyvy súvisiace so syndrómom vyhorenia u sestier.

Výsledky

Pri štatistickom spracovaní výsledkov sme použili základné deskriptívne štatistické metódy, priemerné hodnoty a smerodajné odchýlky, mediány, minimálne a maximálne hodnoty. Takisto sme určovali percentuálne zastúpenie výsledkov. Z celkového počtu opýtaných bolo 64 žien, čo predstavuje 94 % a štyria muži, čo predstavuje 6 % opýtaných. Výskumu sa zúčastnili sestry vo veku od 22 do 60 rokov, priemerný vek bol 41,4 (SD ± 9,34). Dĺžka praxe sestier bola od 1 roka po 40 rokov. Priemerná dĺžka praxe sestier bola 7,94 (SD ± 7 rokov). Dosiahnuté vzdelanie u sestier uviedlo 47 % že má ukončenú strednú zdravotnícku školu, 35 % uviedlo ukončenú diplomovanú všeobecnú sestru alebo I. stupeň vysokoškolského štúdia. Úplné vysokoškolské vzdelanie v odbore ošetrovateľstvo uviedlo 18 % sestier. Pri otázke vierovyznania uviedlo 6 % sestier, že je bez vyznania, najčastejšie (82 %) sestry uvádzali rímskokatolícke vierovyznanie.

Emocionálne vyčerpanie

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

Depersonalizácia

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

Osobné uspokojenie

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

Tabuľka 1 Súhrnné hodnotenie syndrómu vyhorenia v jednotlivých subškálach

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

Na základe zistených údajov vidieť (tab. 1), že sestry v EE (emocionálnom vyčerpaní) dosiahli mierny stupeň vyhorenia, v subškále DP (depersonalizácia) ide o vysoký stupeň vyhorenia. V subškále PA (osobné uspokojenie) sestry dosiahli nízky stupeň vyhorenia.

Diskusia

Sprevádzanie pacientov a ich blízkych v najťažšom období ich života a účasť na zmierňovaní ich utrpenia môžu byť pre zdravotníka i nesmierne obohacujúcou skúsenosťou, na druhej strane neustále vystavenie utrpeniu a strate môže mať negatívny dopad na psychiku ošetrojúcich, čo môže viesť k riziku vzniku syndrómu vyhorenia (Zamboriová, Simo a v každom veku k tejto istote pristupujeme inak. Podľa Čmelovej (2013) sestry pracujúce v zariadeniach poskytujúcich paliatívnu starostlivosť vidia často vo svojej práci veľký zmysel, filantropiu a humanizmus. Preto sa mnohé vyjadrujú pozitívne o svojom živote, práci ako poslaní, ale aj o tom, kam ich život v konečnom dôsledku smeruje. Byť stotožnený so smrteľnosťou, znamená žiť naplno. Sestry chápu život ako náročný, na druhej strane je pre nich zaujímavý, nepocitujú apatiu a znechutenie. Naopak Mažgútová (2012) uvádza, že zmysel práce sa ťažšie hľadá pracovníkom s väčším podielom na paliatívnej starostlivosti, ktorá je zároveň sústavne konfrontovaná s aktuálnym stupňom zmyslu života a nádeje pacientov. Tento predpoklad sa jej štatisticky nepotvrdil, ale sledovaná vzorka 71

zdravotníkov mala najnižší celkový zmysel života, ako aj najnižšie hodnoty v kognitívnej a afektívnej dimenzii, ako porovnávané súbory.

Záver

Poslaním všetkých pracovníkov pomáhajúcich profesií je pomáhať druhým ľuďom. Kvalita ich práce vo vzťahu ku klientovi nezávisí len od ich teoretických vedomostí, ale vo vysokej miere aj od ich psychických daností. Činnosť pomáhajúcich profesií je vo veľkej miere ohrozená možnosťou dospieť až k syndrómu vyhorenia, preto je potrebné vedieť účinne tomuto problému predchádzať. Aj keď je zjavné, že pomáhajúce profesie sú ohrozené vyhorením, dá sa predpokladať, že medzi nimi existujú rozdielnosti. Podľa Simočkovej (2009) dnešný spôsob života má za následok u mnohých ľudí stratu schopnosti relaxovať. Prevencia syndrómu vyhorenia spočíva v individuálnych možnostiach človeka, medzi ktoré môžeme začleniť dodržiavanie zásad mentálnej hygieny, snahu o vyrovnanie pomeru stresorov a salutorov, nájdenie zmysluplnosti života, zvýšenie sebadôvery. Z externých možností sú dôležité dobré medziľudské vzťahy, sociálna opora, pozitívne pracovné podmienky, kladné hodnotenie druhých ľudí. K načerpaniu fyzických a psychických síl je podstatný tiež telesný pohyb, dostatok spánku a optimistické myslenie. Odhaduje sa, že do roku 2020 zomrie až 40 % ľudí vo veku do 65 rokov, ktorí využijú domovy ako formu paliatívnej starostlivosti (Thompson, 2012). Z tohto dôvodu rýchlo progredujúci demografický vývoj predstavuje značnú výzvu pre domovy špecializované sa na paliatívnu starostlivosť pre zabezpečenie optimálnych podmienok vysokej kvality v starostlivosti o život v posledných dňoch. Úlohou sestier a pracovníkov v rámci pomáhajúcich profesií je zaistiť zomierajúcim dôstojný a humánný odchod. Preto je potrebné pristupovať k starostlivosti o chorých v paliatívnej starostlivosti veľmi zodpovedne, aby umierajúci nebol na poslednej ceste ponechaný sám na seba a aby netrpel. Nesmieme však zabúdať, že i sestry sú holistické bytosti a bez uspokojovania svojich potrieb nebudú schopné uspokojovať potreby tých, ktorí sú na ne odkázaní. Cielená prevencia je účinnejšia ako samotná liečba. Za dôležité preventívne opatrenia považujeme organizovanie pracovného času s vymedzením času na oddych. Je potrebné prísne oddeľovať pracovný život od osobného, vytyčovať si dosiahnuteľné ciele, poznať svoje hranice, rešpektovať svoje potreby a rezervy, venovať sa svojim záľubám a hlavne vedieť relaxovať.

Použitá literatúra

- ČMELOVÁ, Jana, 2013. Holistický prístup a sprevádzanie onkohematologického pacienta. In *Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie Perspektíva hospicov na Slovensku*. [CD-ROM]. Svidník : Tlačiareň svidnicka s.r.o., s. 72. ISBN 978-80-8132-096-5.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro., KACZMARCZYK, Stanislav. 1995. *Poslední úsek cesty*. Praha : Návrat domů, 1995. 96 s. ISBN 80-85495-43-0.
- MAŽGÚTOVÁ, Alena et al. 2012. Psychická záťaž zdravotníkov v paliatívnej starostlivosti. In *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. [online]. [cit. 2016-03-13]. Dostupné na internete: <<http://www.solen.sk/pdf/c7b5e9fdb59fa121d4342d9c86e720a6.pdf>>.
- RAKOVÁ, Jana et al. 2012. *Opatrovateľstvo v teórii a praxi*. Košice : ADCH, 2012. 212 s. ISBN 978-80-971136-6-7.

- SIMOČKOVÁ, Viera, 2009. Syndróm vyhorenia. In Žiaková, K. et al. *Ošetrovateľský slovník*. Martin : Vydavateľstvo Osveta. 218 s. ISBN 978-80-8063-315-8.
- SOVÁRIOVÁ SOŠOVÁ, Mária, SUŠINKOVÁ, Jana, CENKNEROVÁ, Mária. 2013. Stres v práci sestier v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. In *Ošetrovateľství a porodní asistence*. ISSN 1804-2740, 2013, vol. 4, no. 3, p. 622-627.
- THOMPSON, Sarah et al. 2012. Quality of Care and Quality of Dying in Nursing Homes: Two Measurement Models. In *Journal of Palliative Medicine*. New Rochelle. ISSN 1557-7740, 2012, vol. 15, n. 6, p. 690-695.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha : Portál. ISBN 80-7178-802-3.
- ZAMBORYOVÁ, Mária, SIMOČKOVÁ, Viera, 2016. Psychická záťaž zdravotníckych profesionálov pracujúcich v hospicioch. In *Ošetrovateľstvo tradície a perspektívy*. Piešťanský deň ošetrovateľstva. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety. ISBN 978-80-8132-151-1, s. 325-336.

Kontaktná adresa

doc. PaedDr. PhDr. Viera Simočková, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
email: viera.simockova@ku.sk

PERIOPERAČNÍ ANESTEZIOLOGICKÁ PÉČE POHLEDEM PACIENTA

Snopek Petr

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava - externý doktorand

Abstrakt

Východisko: východiskom výskumného šetrenia bolo zistiť, či je pacientom poskytovaná dostatočná informovanosť a péče v rámci perioperačnej anesteziologickej péče.

Ciele: zistiť spôsob a mieru informovania pacientov o anestézii v rámci perioperačnej péče. Zistiť spokojnosť pacientov s anesteziologickou péčou pri operačnom zákroku.

Metody: metóda kvantitatívneho šetrenia, zameraná na informovanosť pacientov o problematike anesteziologickej péče v rámci operačného výkonu.

Vzorek: výskumný soubor tvorilo 104 respondentov z operačných odborov regionálnej nemocnice. 67,3% respondentov bolo z chirurgického oddelenia a 32,7% z gynekologického oddelenia.

Výsledky: bolo zistené, že 84,6% respondentov bolo celkom spokojných s anesteziologickou péčou. 37,5% respondentov sa domnievalo, že množstvo informácií bolo celkom vyčerpávajúcich a 52,9% respondentov hodnotí komunikáciu so sestrou ako výbornú.

Záver: štatistické testovanie hypotéz potvrdilo, že informovanosť pacientov na chirurgii a gynekológii je srovnateľná. Subjektívna spokojnosť pacientov s anesteziologickou péčou bola srovnateľná u mužov i u žien, pacienti u akútneho výkonu mali menej informácií než u plánovaného operačného výkonu

Kľúčové slova: Anesteziológia. Pacient. Komunikácia. Ošetrovateľská péče.

Abstract

Background: the basis point of the research was to find out patients receive sufficient awareness and care during perioperative anesthesiology care.

Aims: determine the manner and the measure of patients' awareness about anesthesia during perioperative care. Determine patients' satisfaction with anesthesiology care during surgical intervention.

Methods: was used a method of qualitative research focused on awareness of the patients about the issue of anesthesiology care within an operative performance.

Research sample: the research sample consisted of 104 respondents 67,3% was from surgical ward and 32,7% was from gynecological ward.

Results: was found out that 84,6% of respondents were fully satisfied with anesthesiology care. Next 37,5% think that the amount of information is complete and finally 52,9% of them evaluate a style of communication with a nurse as excellent.

Conclusion: in this thesis was used statistic hypothesis testing, which confirmed that the awareness of the patients in surgery and gynecology ward is comparable. Subjective patients' satisfaction with anesthesiology care is the same both for men and women, patients with acute performance had less information than the planned surgery.

Key words: Anesthesiology. Patient. Communication. Nursing Care.

Úvod

Každý z nás se může ocitnout v situaci, kdy bude muset absolvovat operační zákrok. Termín „narkóza“ vyvolává u spousty nemocných pocit obav, nejistoty a strachu. Operační sál není pouze doménou chirurgů a perioperačních sester, ale pracuje zde celý multioborový tým specialistů, jehož podstatou je vzájemná spolupráce a zajištění bezpečnosti pacienta. Relevantními členy jsou anesteziolog a anesteziologická sestra. Tito zdravotníci se významně podílejí na přípravě pacienta k operaci, jsou nezastupitelní při operaci i následně bezprostřední pooperační péči.

Historie anesteziologie

Prvopočátky anesteziologie sahají do starověku. V Egyptě a Sýrii používali lékaři odvary s opia a mandragory k potlačení bolesti. Antičtí lékaři měli k dispozici blín, mák, bolehlav nebo mandragoru. Tyto bylinné odvary měly otupovat vědomí a pomáhat snášet bolest. O jejich využití se zmiňují Hippokrates (kolem r. 400 př. n. l.), Claudius Galenus (2. stol. n. l.) nebo Giovanni Boccaccio (1313 – 1375). S nástupem inkvizice se však bylinné prostředky staly podezřelými a jejich využití v lékařské praxi upadlo v zapomnění. Proto se ve středověkých lazaretech a špitálech rozléhal křik ztrápených pacientů (Franko, 2013). Zajímavou metodu k tlášení bolesti otevřené rány používali obyvatelé Jižní Ameriky, kdy do rány plivali sliny ze žvýkání koky. Ty obsahovaly určité množství kokainu a působily topickou anestezii. K anestezii se v minulosti používalo i fyzikálních prostředků, stiskávaly se nervové kmeny a svazky, což však samo o sobě bylo bolestivé. Využívalo se i chladu, který byl používán ještě za rusko – finské války v roce 1939 (Málek, Dvořák et al., 2009). Anglický lékař Henry Hill Hickman byl pravděpodobně první, kdo hledal možnost, jak ulevit chirurgickým pacientům od utrpení. Prováděl pokusy se zvířaty, které nechal vdechovat oxid uhličitý, až upadla do bezvědomí a přestala vnímat bolest. Je však možné, že bezvědomí nevyvolal oxid uhličitý, ale hypoxie. Jeho brzká smrt zabránila dalšímu rozvoji myšlenky anestezie (Málek et al, 2011). Objev základních medicínských plynů se datuje lety 1773 (oxid dusný – Joseph Priestley), 1774 (kyslík – pojmenovaný Lavoisierem). Chloroform objevili v roce 1831 pánové Liebig, Soubeir, Guthr (Pachl, [s. a.]). Vývoj anesteziologie byl spjat s oxidem dusným a éterem. Zubní lékař Horace Wells experimentoval s oxidem dusným při ošetřování zubů, jeho účinek vyzkoušel i na sobě s vynikajícím výsledkem. Proto se rozhodl r. 1844 tuto metodu prezentovat před chirurgy z bostonské nemocnice. Jeho kolega, bostonský dentista W. T. G. Morton prováděl pokusy s éterem, nejprve na zvířatech, později na svých pacientech. Svoje úspěchy předvedl 16. října 1846 na veřejné demonstraci, kdy byl bezbolestně odstraněn nádor z krku pacienta. Tato demonstrace je považována za objev celkové anestezie. Za pár měsíců později navrhl Holmes název "anestezie" pro tuto novou metodu (Pachl, [s. a.]). Roku 1893 vznikla první odborná společnost anesteziologů v Londýně. Foregger a Boyle zavedli roku 1917 anestetický přístroj pro podávání inhalační směsi kyslíku a oxidu dusného. Roku 1934 zavedl Lundy do klinické praxe thiopental, kurare bylo použito v r. 1942, dále v roce 1951 bylo zavedeno suxametonium, následuje halotan (1956) (Málek et al., 2011).

Začátky anestezie v Českých zemích

Za průkopníka anesteziologie v Čechách je považován mnich bratr Celestýn Opitz, člen řádu Milosrdných bratří a ranhojič v nemocnici Na Františku v Praze. Po velkém úspěchu éterové anestezie v Americe a jiných evropských zemích ji 7. února 1847 použil i on. Svou práci ovšem nemohl publikovat, v té době ještě neměl lékařský diplom (Pachl, [s. a.]). Rozvoj anesteziologie v našich zemích nastal až po 2. světové válce, kdy se vrátili z Velké Británie vojenští lékaři a usilovali o vznik anesteziologických pracovišť při chirurgických klinikách. Po nelehkých začátcích, kdy chirurgové odmítali anesteziologa jako samostatného odborníka, vzniklo v r. 1948 první samostatné anesteziologické pracoviště v Praze, ve Vojenské nemocnici, pod vedením Lva Spinadela, který je považován za zakladatele tohoto oboru v Československu (Limberk, 2013). První anesteziologickou sestrou se stala diplomovaná sestra Alena Stárková - Palečková, která se postupně zapracovávala do spolupráce s lékařem. Při absenci primáře Spinadela podávala celkovou anestezii sama dle požadavků chirurgů (Faflová, 2014). Po Praze vznikala oddělení anestezie i v ostatních městech, ovšem stále v rámci chirurgických oddělení.

Současný stav anesteziologické péče

Anesteziologie je poměrně mladé odvětví, ale v dnešní době si už nelze představit operační výkony a některé diagnostické zákroky bez anesteziologického zázemí. Zavádění nových léků, rozvoj technického vybavení, nové pracovní postupy vedly k vyšší bezpečnosti pacienta při anestezii. Pacientovi je podávána anestezie na míru, přihlíží se k druhu operačního výkonu i k přidruženým chorobám. V dominantním postavení je stále celková anestezie, popularitu si však stále více získává regionální anestezie. Při všech podávaných anestéziích na operačních sálech je pacient pečlivě monitorován. Také při ambulantně podávaných anestéziích je pacient pečlivě sledován lékařem i anesteziologickou sestrou za pomoci monitorovací techniky. Vzhledem k tomu, že tento obor se zabývá také léčbou bolesti, velký přínos vnesl i do porodnictví. Oblibu u rodiček si získala porodnická epidurální analgezie, která jim umožňuje prožít tzv. bezbolestný porod (Málek et al., 2011. Adamus et al., 2010).

Holistická péče v perioperačním období

Člověk je bytostí holistickou. Termín holismus pochází z řeckého slova a znamená celek. Sestry i ostatní zdravotničtí pracovníci tedy ošetřují pacienta jako celek. „Lidský organismus je v pojetí holismu organizovaná jednota, porucha jedné části vede zákonitě k poruše jiné části, popř. celého systému“ (Trachtová, 2013). S ohledem na aktuální fyzický i psychický stav pacientů je péče o ně na operačních sálech náročná. Proto je třeba se dostatečně věnovat potřebám i problémům pacientů a předcházet eventuálním pochybením. Nelze se na člověka dívat pouze jednostranně, je třeba pečovat i o jeho duši. Nemocný přijíždí na operační sál s pocity úzkosti, strachu, nervozity. Do neznámého prostředí, do situace, kterou nemůže svým jednáním ovlivnit. Strach je emoce, která vzniká jako reakce na hrozící nebezpečí. Projevuje se bušením srdce, zrychleným dýcháním, zvýšeným krevním tlakem. Proto by mělo být samozřejmostí, aby si lékař s pacientem v rámci předoperační přípravy pohovořil. Je vhodné informace poskytnout v dostatečném časovém předstihu, aby se pacient stačil vnitřně připravit. Neméně důležitá je i profesionální práce a péče sester. Špatným a neprofesionálním

chováním dochází u většiny pacientů k negativním projevům, jako je agresivita, plačtivost, nekomunikativnost. Je také nezbytné chránit stud a intimitu pacienta (Wendsche et al., 2012). Dobrá sestra proto vidí v pacientovi „celostní bytost“ (Lhotská, 2013).

Metodologie výzkumu perioperační anesteziologická péče pohledem pacienta

Záměrem našeho empirického výzkumu bylo posoudit, zda je pacientům poskytována dostatečná informovanost a péče v rámci perioperační anesteziologické péče. Vzhledem k omezeným možnostem příspěvku budou níže prezentovány pouze parciální výsledky výzkumného šetření.

Cíle a metodologie výzkumu

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit míru informovanosti a spokojenost pacientů s perioperační anesteziologickou péčí. Nástrojem tohoto šetření byl dotazník vlastní konstrukce zaměřený na jednotlivé oblasti týkající se např. informovanosti pacientů o anestezii, komunikaci mezi sestrou a pacientem, chování sester vůči pacientům, bezpečnosti pacienta aj. Anonymní dotazník byl určen pro pacienty operačních oborů regionálního lůžkového zdravotnického zařízení a obsahoval 23 položek. Pro verifikaci hypotéz jsme použili test nezávislosti, Chí-kvadrát test - χ^2 , který je zaměřen na ověřování shody a určuje statistickou významnost zkoumaného jevu. Pro ověření zkoumaného jevu byla formulována hypotéza, která předpokládala, že mezi proměnnými není žádný významný vztah. Formulovanou hypotézu jsme na základě provedeného Chí-kvadrát testu přijali, či zamítli. Pro ověření či zamítnutí hypotézy bylo nezbytné stanovit hladinu významnosti α . Hladina významnosti byla v práci stanovena 95%, tedy $\alpha = 0,05$. Hypotézy byly přijaty, nebo zamítnuty na základě výpočtu pomocí kontingenční tabulky, provedení Chí-kvadrát testu.

Charakteristika respondentů

Výzkumného šetření se zúčastnilo 70 (67,3 %) pacientů hospitalizovaných na oddělení chirurgie a 34 (32,7 %) pacientek hospitalizovaných na oddělení gynekologie. Společným znakem všech respondentů bylo podstoupení operačního zákroku. Na výzkumném šetření se podílelo 104 respondentů, konkrétně 38 mužů a 66 žen.

Prezentace výsledku a diskuze

Spokojenost s medicínskou i ošetrovatelskou péčí je cílem všech zdravotníků. Pacienti podstupující operační zákrok s anestézií, přicházejí ve velkém procentu do nemocnice se strachem a obavami. Proto je na všech zdravotnicích, aby tyto obavy vyvrátili a pacienti tak byli s jejich péčí spokojeni. Cílem našeho výzkumného šetření bylo zjistit, jak jsou pacienti informováni o problematice anestezie v rámci perioperační péče. Při analýze a srovnávání dostupných výsledků jsme dospěli k zajímavým zjištěním. V rámci zjišťování míry informovanosti pacientů o anestezii uvedlo 37,5 % respondentů, že množství podaných informací bylo vyčerpávající, jako dostačující množství uvedlo 50,9 % respondentů. Spíše dostačující označilo 10,6 % respondentů. Je tedy zřejmé, že respondenti byli o anestezii informováni. Tyto informace byly ve 20,2 % odpovědí dotázaných saturovány prostřednictvím informovaného souhlasu, tedy písemně. Ústně od lékaře přijalo informace 54,8 % a oba způsoby uvedlo 25 % respondentů. K našemu velkému překvapení žádný z respondentů nevedl, že si zjistil informace např. prostřednictvím internetu. Další

informace, které jsme zjistili, se týkaly prostoru vymezeného pro doplňující otázky respondentů v předoperační přípravě. U plánovaného výkonu tuto možnost mělo a využilo 86,5 % respondentů. U akutního výkonu mělo možnost dotazů 48,1 % dotázaných a 44,2 % respondentů příležitost nedostalo. Důvodem mohl být nedostatek času k přípravě na operaci nebo vytíženost personálu. Jednou z priorit zvládnutí úspěšné anestezie je nutnost lačnění. V našem dotazníkovém šetření odpovědělo 95,2 % respondentů kladně na dotaz, zda jim byla vysvětlena a zdůrazněna nutnost lačnění. Vhodnou dobu edukace určilo 85,1 %. Vzhledem k tomu, že na pracovišti, kde probíhalo toto šetření anesteziologické sestry needukují pacienty a veškeré informace podávají lékaři, zajímal nás názor respondentů, jestli by uvítali konzultaci s anesteziologickou sestrou. Kladně odpovědělo 60,6 % a záporně 15,4 % respondentů. Celá čtvrtina nevěděla, zda by setkání se sestrou mělo pro ně přínos. V dnešní době již pacient není jen pasivní posluchač v rámci edukace, ale také se většinou sám zajímá o to, co se s ním bude v průběhu jeho hospitalizace dít. Není ovšem nutné pacienta „přetížit“ informacemi, které mohou přispět k většímu strachu a obavám, tak jako nepravdivé a škodlivé informace. V rámci výzkumného šetření, jsme si chtěli taktéž ověřit spokojenost respondentů s anesteziologickou péčí, zejména sester, v perioperačním období. Zcela spokojeno s péčí anesteziologických sester bylo 84,6 % respondentů, spokojeno s menšími výhradami 12,5 % dotázaných a spíše nespokojeno 2,9 %. Operační sál je velice specifické prostředí, většina pacientů popisuje nervozitu a úzkost po příjezdu na sál. Je tedy na anesteziologické sestře, aby se snažila vhodným a profesionálním chováním zmírnit jejich obavy a strach. Empatický přístup pocíťovalo 69,2 % respondentů, 24,1 % nevědělo, zda se k nim sestra chovala vlídně. Roli zde může hrát podaná premedikace. Naším šetřením jsme si ověřovali vliv komunikace a jednání anesteziologických sester na spokojenost respondentů s perioperační anesteziologickou péčí. Zdravotníci si plně uvědomují, že svým chováním ovlivňují zdárný průběh hospitalizace. Spokojený pacient se rychleji zotavuje. Zhodnotili jsme také stanovené hypotézy.

Hypotézy

Ke stanoveným cílům jsme zformulovali následující hypotézy:

H¹: Předpokládáme, že informovanost pacientů o anesteziologické péči je na chirurgickém oddělení shodná jako na gynekologickém oddělení

Tabulka 1 Informovanost oslovených pacientů o anesteziologické péči

Chí χ^2	Stupeň volnosti df	Kritická hodnota χ^2/df	p hodnota
3,031	2	5,99	0,2197

První hypotéza předpokládala stejnou informovanost o anestezii u mužů i u žen, hypotéza byla přijata. Informovanost oslovených pacientů o anesteziologické péči byla na chirurgickém oddělení stejná jako na gynekologickém oddělení. Tento fakt podstatně ovlivňuje skutečnost, že informace o anesteziologické péči nepodávají ani chirurgické, ani gynekologické sestry, ale anesteziolog.

H^2 : Předpokládáme, že subjektivní spokojenost s anesteziologickou péčí u mužů je srovnatelná jako u žen.

Tabulka 2 Spokojenost oslovených pacientů s anesteziologickou péčí

Chí χ^2	Stupeň volnosti df	Kritická hodnota χ^2/df	p hodnota
3,472	2	5,99	0,1762

U hypotézy dva jsme předpokládali srovnatelnou subjektivní spokojenost s anesteziologickou péčí jak u mužů, tak i u žen, hypotézu byla přijata. Subjektivní spokojenost s anesteziologickou péčí u mužů je srovnatelná jako u žen.

H^3 : Předpokládáme, že pacienti u akutního výkonu měli méně informací o anestezii než u plánovaného operačního výkonu.

Tabulka 3 Informovanost oslovených pacientů podle operačního výkonu

Chí χ^2	Stupeň volnosti df	Kritická hodnota χ^2/df	p hodnota
4,291	3	7,82	0,2317

Hypotéza tři předpokládala, že pacienti u akutního výkonu budou mít méně informací o anestezii než u plánovaného výkonu, hypotéza byla statisticky nevýznamná. Pacienti u akutního výkonu měli méně informací o anestezii než u plánovaného výkonu. Je zřejmé, že naléhavost výkonu ovlivňuje množství podaných informací viz tabulka 3.

Závěr

Na základě zjištěných výsledků našeho dotazníkového empirického šetření jsme dospěli k několika závěrům, které bychom chtěli doporučit pro praxi. Informace o vhodné anestezii pro daný typ zákroku by bylo vhodné podávat ústně i písemně, tzn. po prostudování písemného souhlasu o anestezii pacientem, by měla následovat konzultace s anesteziologem, který následně upřesní nejasnosti a zodpoví pacientovy případné dotazy. Vzhledem k tomu, že žádný z respondentů nemá zájem o informační letáky, tuto formu nedoporučujeme. U akutního výkonu záleží na urgenci. Určitou výhodou nejen pro pacienta by v rámci předoperační péče byla návštěva anesteziologické sestry u lůžka pacienta den před operací. Doporučovali bychom až po návštěvě anesteziologa ve večerních hodinách. Některým pacientům dává anesteziolog čas na rozmyšlenou ohledně vhodné anestezie, zde by mohla sestra správnou komunikací poradit s výběrem. Dále by již mohla popsat pacientovi, jaký bude postup po příjezdu na operační sál, po skončení operace, jak se bude tlumit pooperační bolest aj. Nyní tyto informace dostává pacient v organizaci, kde probíhalo naše výzkumné šetření až po podání premedikace na operačním sále.

Použitá literatura

- ADAMUS, M. et al. 2010. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2010. 343 s. ISBN 978-80-244-2425-5.
- FRANKO, M. 2013. Operace před objevem anestezie –to byl doslova závod sčasem! [online]. In *Anesteziologie a urgentní medicína*. 2013. [cit. 2016-10-10]. Dostupné z internetu: <http://ans.arim.cz/leky-a-jejich-pouziti/operace-pred-objevem-anestezie-byl-to-doslova-zavod-s-casem/>
- FAFLOVÁ, P. 2014. *Vývoj vzdělávání vanesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči*: diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, 2014. 106 s.
- LHOTSKÁ, J. 2013. *Ošetrovatelská perioperační péče z pohledu pacienta*: bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2013. 70 s.
- LIMBERK, B. 2013. *Historie KARIM -Lev Spinadel –zakladatel anesteziologie v Československu*. [online]. 2013. [cit. 2016-10-10]. Dostupné z internetu: http://www.uvn.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=388&Itemid=625&lang=cs&limitstart=1
- MÁLEK, J. - DVOŘÁK, A. et al. 2009. *Základy anesteziologie*. [online]. Projekt č. 1072/2009, 2009. 92 s. [cit. 2016-10-10]. Dostupné z internetu: <http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/anesteziologie/vyuka/studijni-materialy/zaklady-anesteziologie/>
- MÁLEK, J. et al. 2011. *Praktická anesteziologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3642
- PACHL, J. [s. d.]. *Základy anesteziologie a resuscitační péče*. [online]. [s. d.]. [cit 2016-10-10]. Dostupné z internetu: <http://search.seznam.cz/?q=pachl+jan+z%C3%A1klady+anesteziologie&sourceid=szn-HP&sgId=4ZAY4vIghSx00jPNuVzNXFwokSmvzSLfzSRMYGmakq%3D%3D&oq=pachl+jan+z%C3%A1klady+anesteziologie&aq=-1&thru=&su=e>
- TRACHTOVÁ, E. et al. 2013. *Potřeby nemocného vošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: NCO NZO, 2013. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
- WENDSCHE, P. -POKORNÁ, A. – ŠTEFKOVÁ, I. 2012. *Perioperační ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. 117 s. ISBN 978-80-7262-894-0.
- ZEMANOVÁ, J. 2009. *Základy anesteziologie*. 2. vyd. přepracované. Brno: NCO NZO, 2009. 206 s. ISBN 978-80-7013-505-1.

Kontaktní adresa

PhDr. Petr Snopek, DiS.

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd

email: snopek@fhs.utb.cz

ČINNOSŤ ZDRAVOTNÍKOV PRI ZÁCHRANE ŽIVOTOV V KOMUNITE VÄZNENÝCH V KONCENTRAČNÝCH TÁBOROCH

Ševčovičová Andrea

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

Abstrakt

Úvod: Koncentračné tábory zakladané počas 2. svetovej vojny predovšetkým na území krajín okupovaných nacistami, predstavovali miesta masového sústredenia veľkého počtu nepohodlných osôb.

Jadro: Deportované osoby boli počas svojho väznenia vystavované rôznym formám týrania, fyzického násillia a emocionálne ťažkým a stresujúcim situáciám. Pod vplyvom neúnosného pracovného zaťaženia, vyčerpanosti, únavy, hladu, nedostatku spánku a krutých táborových podmienok by sa mnohí, nebyť rôznych foriem pomoci medzi spoluväzňami a ošetrojúcim personálom v táborovej nemocnici - revíri, nedožili oslobodenia. Ošetrojúci personál z radov väzňov dokázal v táboroch „organizovať“ za výraznej podpory ďalších väznených pre chorých a ranených pitnú vodu, jedlo, oblečenie, lieky, obväzový materiál a ďalšie nevyhnutné pomôcky na ošetrovanie. Pri selekciách väzňov sa za vždy prítomnej hrozby z odhalenia snažili ukrývať chorých, zamieňať ich kartotečné lístky s už skôr zomrelými väzňami alebo ich dočasne premiestňovať do barakov, kde už selekcia prebehla. Ich možnosti však boli mnohokrát veľmi obmedzené. Napriek snahe zachrániť čo najviac väznených, doplatili na solidaritu vlastným životom. V niektorých táboroch si vyčerpaní väzni žiadost'ou o prijatie na revír, podpísali ortiel' smrti. Nacisti totiž kedykoľvek vydávali nariadenia, pri ktorých boli práve väzni z revíru vraždení pre nemožnosť pracovať.

Záver: Koncentračné tábory, kde umierali denne tisícky väzňov na následky neľudských táborových podmienok, neboli tábormi života, ale smrti. Ani snahy ošetrojúceho personálu z táborových nemocníc, aj vzhľadom na nedostatok materiálu, neprimerané hygienické podmienky a prítomnosť ďalších negatívnych faktorov nedokázali zabrániť masovému zomieraniu a vyvražďovaniu.

KLúčové slová: Koncentračný tábor. Deportovaní väzni. Záchrana života. Formy pomoci.

Personál revíru.

Abstract

Introduction: Concentration camps, established during World War II mainly in the areas of countries occupied by the Nazi, presented places of mass concentration of a large number of inconvenient people.

Contents: Deported people were exposed to various forms of torture, physical violence and emotionally difficult and stressful situations during their imprisonment. Under the influence of unbearable working load, exhaustion, tiredness, hunger, sleep deprivation and cruel living conditions in the camps, not many of them would survive to see the liberation if it was not for various forms of help among the fellow prisoners and health care personnel in the camp hospitals. Nursing personnel from among the prisoners was able to „organise“ drinkable water, food, clothing, medicaments, binding material and other necessary equipment for treating the sick and wounded with a considerable help of other imprisoned people. In the selection of the

prisoners and eternally present threat of discovery, they tried to hide the sick, exchange their cards with the prisoners who had died before or they temporarily moved them to other barracks, where the selection had already taken place. However, their possibilities were many times very limited. In spite of their effort to save as many prisoners as possible, they paid their price for their solidarity with their own life. In some camps the exhausted prisoners signed their own death sentence by filing for the application into ward. Nazi used to issue regulations according to which the prisoners from the ward were murdered because they were unable to work any more.

Conclusion: Concentration camps, where thousands of prisoners died every day due to inhuman camp conditions, were not the camps of life but the camps of death. Not even efforts of health care personnel from the camp hospitals, and taking into account lack of material, unsuitable hygienic conditions and presence of other negative factors, could prevent mass deaths and murders.

Key words: Concentration camp. Deported prisoners. Saving life. Forms of help. Ward personnel.

Úvod

Druhá svetová vojna priniesla so sebou okrem nevyčísliteľných strát na životoch a utrpenia civilného obyvateľstva, aj deportácie osôb do koncentračných a vyhľadzovacích táborov (Ševčovičová, 2015). Išlo predovšetkým o politických odporcov, príslušníkov etnických a spoločenských menšín, kriminálnikov, ktorí boli uväznení na rôzne dlhú dobu bez súdneho procesu (Šwiebocka a kol., 2011). Koncentračné tábory sa členili na základné či kmeňové (*Stammlager*) a vedľajšie, pričom nacisti vybudovali celkom 67 základných a 2000 vedľajších koncentračných táborov. Vedľa vlastných koncentračných táborov existovali ešte ďalšie typy, napr. pracovné, disciplinárne, internačné tábory a zvláštne postavenie mali židovské getá (Kúchová, 2011). V jednotlivých táboroch bola zriaďovaná táborová nemocnica – tzv. *revír*, kde boli sústredení chorí väzni. Na ich ošetrovaní sa podieľal okrem vyškoleného personálu z radov deportovaných väzňov často aj personál, ktorý nemal takéto postavenie z civilného života. Z veľkého počtu koncentračných táborov zakladaných počas 2. svetovej vojny na podnet nacistického Nemecka predkladáme údaje mapujúce činnosť zdravotníkov v Stutthofe, Buchenwalde, Ravenbrücku a Osvienčime.

Zdravotná starostlivosť o väznených v koncentračných táboroch

Životné podmienky v jednotlivých táboroch boli rôzne, vždy však nesmierne kruté. Vzhľadom na počet väznených v obmedzenej priestorovej kapacite, nedostatočným hygienickým podmienkam a vplyvom ďalších negatívnych faktorov, dochádzalo v táboroch k šíreniu epidémií rôznych chorôb. V táborových nemocniciach sa podľa dostupnosti zdravotníckeho materiálu a medikamentov (často v úplne primitívnych podmienkach) poskytovala väzneným odborná pomoc. Ak sa väzni prihlásili na ošetrovanie, pre mnohých to mohlo znamenať aj vzhľadom na zaužívané táborové praktiky ukončenie života. V koncentračnom tábore *Stutthof* boli niektorí väzni aj napriek varovaniu iných odhodlaní neznašať ďalej kruté táborové podmienky a rozhodnutí ísť na tzv. nemocničné ošetrovanie, ktoré skončilo rýchlou smrťou a spálením v krematóriu. Deportovaní slovenský väzeň Benko

spomína na obdobie vo februári 1945, kedy ošetrovali v barakoch dvaja srbskí lekári, ktorí poverili ich krajana, aby im pomáhal. Pavel Fungáč plnil úlohy vydané lekármi. Väzňom podkladal pod nohy vrecia vypchaté slamou, aby im odpuchli a nosil im stravu získanú za protislužbu od väznených Američanov, ktorí dostávali balíky od Medzinárodného červeného kríža. Väzňom, ktorých trápili hnačky odmietal dať jesť kvakovú polievku a dával im získané sucháre. Napriek jeho snahe boli premiestnení do táborovej nemocnice, vzdalenej asi 2-3 km od hlavného tábora, kde bolo v tom čase asi 900 ťažko chorých. Napokon sa 28. apríla 1945 dožili oslobodenia sovietskou armádou (Úkrop, 2011). V **Buchenwalde** pracovali väzni ako otroci v kameňolome. Na rozľahlom nástupisku, tzv. *apelplaci* dochádzalo niekoľkokrát denne k brutalitám a ponižovaniu. V nemocnici boli chorí väzni ponechaní bez akejkoľvek starostlivosti, až kým nezomreli. V inej budove boli na ľudoch prevádzané lekárske experimenty. Tí, ktorí boli príliš chorí na to, aby mohli pracovať (väzeň musel byť na pokraji smrti, aby bol zbavený pracovných povinností), sa hlásili na ošetrovní (*häftlingkrankenrevier*) – mieste hrôzy, z ktorého sa len málokto vrátil živý. Táborový lekár Erich Wagner väzňov, ktorí prišli do tábora tetovaní na tele odviezol na ošetrovňu, kde im podal smrteľnú dávku fenolu alebo iné jedovaté látky. Potetovaná koža bola potom z tela stiahnutá. Tábor sa stal sídlom jedného z nacistických lekárskeho laboratórií, kde sa realizovali experimenty na živých subjektoch z radov väzňov. Bol tu spustený nový program eutanázie, pri ktorom boli mentálne postihnutí väzni poslaní do plynových komôr (Whitlock, 2015). V roku 1941 pozostával revír zo 4 barakov (dva baraky vnútorné oddelenie, dva chirurgia). V každom bloku boli štyri sály s pätnástimi prízemnými lôžkami, na ktoré sa dalo pri zvyšujúcom počte chorých nastaviť ešte jedno poschodie, čím sa získali ďalšie lôžka. Nemocnica bola vybavená primitívne. Neboli pomôcky ani lieky (väčšina sa dávala do SS-nemocnice, pre esesmanov). Liečilo sa väčšinou úľavou v práci, diétou, výdatnejšou nemocničnou mliečnou stravou, klystýrami a injekciami. Karl Peix (pôvodným povoláním obchodný pomocník) pôsobil za získania dôvery SS lekárov na vnútornom oddelení. Keď to situácia umožňovala, pomáhal viacerým Čechom. Jeden z nich, väzeň Hajšman spomína na to, ako mu v revíri pomohol pri diagnostikovaných vredoch na žalúdku, kedy dostal 114 dňovú diétu, mliečnu stravu, biely chlieb a nemusel chodiť do práce (Hajšman, 2010). V ženskom koncentračnom tábore

Ravensbrück väzenkyne nedostávali lieky a každej, ktorá ochorela, hrozila smrtiaca injekcia, preto nechceli byť choré. So selekciami starých a chorých sa začalo, keď už v tábore dochádzalo miesto. V noci prichádzali nákladné autá, čo bolo sprevádzané krikom, plačom a bitkami väzňov určených na splynovanie. Nechcených sa však zbavovali aj tým, že ženám v zime pri mínusových teplotách zobrali pančuchy a kabáty, aby čím skôr zomreli „prirodzenou“ smrťou. Na poľských študentkách robili v tábore nemeckí nacisti lekárske pokusy, pri ktorých im rozrezali nohy a infikovali rany. Niektoré prežili a iné po operáciách neskôr zastrelili (Trsáková, 2008, Poltawska, 2012). Väzenkyne, ktoré sa nahlásili ako choré, boli preto často bité od dozorkýň a museli sa vrátiť neošetrené naspäť do práce. V lepšom prípade ich vyhnali pracovať bez bitky. V táborovej ošetrovni sa mohli hlásiť len s teplotou vyššou ako 38,5 °C (Skleničková, 2012). Od ťažkej práce sa ženám robili rany na rôznych častiach tela. Bez akéhokoľvek umŕtvenia im zhnisané rany narezávali v táborovej nemocnici. S horúčkou a veľkými bolesťami museli nastúpiť naspäť do práce. Na revír sa

prijímali iba choré s nákazlivými chorobami alebo totálne vyčerpané, bez schopnosti chôdze. *Bettkarta* – lekárska legitimácia bola vypisovaná len výnimočne (Poltawska, 2012). Choré mohli veľmi rýchlo skončiť v plynovej komore alebo ako objekty pseudolekárskeho pokusu (Stehlík, 2012). Česká väzenkyňa Skleničková pašovala na revír pre operované poľské väzenkyne prídatky jedla z táborej kuchyne. Od smrti v plynovej komore ju potom, čo bola kvôli luxácii bedrových kĺbov oslobodená od práce a nosenia ťažkých bremien, zachránila pracovníčka revíru z Brna, ktorá zničila jej legitimáciu. V období, keď mala vysoké horúčky a trpela úpornými hnačkami jej po preložení na nemocničný blok pomohla ďalšia pracovníčka revíru, keď ju umiestnila na lôžko k oknu, blízko toalety, kde ju mala možnosť denne vidieť aj jej mama (Skleničková, 2012). Mnoho chorých nemohlo byť v *Auschwitzi - Birkenau* (Osvienčim) hospitalizovaných pre preplnenie nemocnice. Preto lekári SS uskutočňovali periodické selekcie medzi chorými a uzdravujúcimi sa a medzi väzňami v blokoch. Oslabených ľudí bez vyhliadky na skoré uzdravenie posielali na smrť v plynových komorách alebo ich zabíjali injekciami fenolu do srdca (Smoleň, 2008). Vzhľadom na chronickú podvýživu a nedostatok vitamínov mali väzni zníženú obranyschopnosť proti infekciám. Telesné vypätie a extrémna duševná záťaž zvyšovali náchylnosť k nákazám. Živnou pôdou bolo tiež nedostatočné zásobovanie pitnou vodou, chýbajúce latríny, kanalizácia a znečistenie pitnej vody odpadmi. Nakazené studne, kontaminované potraviny a zašpinené, preplnené baraky podporovali zamorenie úplavicou a týfusom. Špinavé kusy oblečenia a prikrývky sa len zriedka menili alebo čistili, preto sa stali ideálnym semenišťom šatových vší, ktoré prenášali škvrnité týfus. Revíry a karanténne bloky sa nachádzali v stave vylučujúcom terapiu, infekčné bloky boli ohniskom nákazy (Sofsky, 2006). Obetavá slovenská väzenkyňa Schwalbová pôsobila ako lekárka v osvienčimskom *Auschwitzi* aj v *Birkenau*, dokázala väzenkyňiam zabezpečovať pomoc len s minimálnymi liečebnými možnosťami a v minimálnych hygienických podmienkach. Pri diktovaní čísel väzňov na splyňovanie úmyselne vynechávala čísla, zamieňala ich s už nežijúcimi väzňami a po odchode lekára SS manipulovala s nadiktovanými číslami tak, aby zachránila čo najviac väzňov. Vyžadovalo si to veľa sústredenia, pohotovosti a sebakontroly, pričom pri odhalení riskovala vlastný život (Hrabovecká, 1998). Ďalšie zdravotníčky sa naučili kryť a schovávať pred selekciou ženy, ktorých život sa im zdal ohrozený falšovaním diagnóz a dĺžky pobytu na revíri, schovávaním na záchodoch, prenášaním chorých do blokov, kde už selekcia prebehla a podobne. Bola to však nesmierne ťažká, vyčerpávajúca a riskantná práca. Inokedy sa ohrozené ženy skrývali medzi personálom alebo sa im podarilo schovať kartotečný listok. Pracovníčky revíru sa zúčastňovali aj záchranných akcií v tábore, keď v nestráženom okamihu vymieňali väzenkyne určené do plynu umiestnené v na to určenom baraku za mŕtvolu, ktoré zomreli na revíri. Večer sa zakrádali do tábora s chinínom, živočíšnym uhlím, obväzmi a vodou, aby pomohli zmierniť táborové utrpenie (Schwalbová, 2011). Podľa väzneného doktora Jurkoviča, si väčšina Čechov a Slovákov viedla v tábore ľudsky, lekársky i politicky dobre. Zachránili mnoho životov nielen ako lekári, ale aj zavádzaním esesmanov fingovanými diagnózami a vyšetreniami, predstieraním rôznych porúch alebo zatajením infekčnej choroby. Tak bolo zachránených mnoho ľudí pred splyňovaním, ťažkou prácou v tábore a niekedy aj pred telesnými trestami (in Kraus, Kulka, 1955). Každodenná práca vo väzenskej nemocnici kladla veľké nároky najmä na psychiku zdravotníckeho personálu (Schwalbová, Hradská, 2001).

Záver

V Osvienčime a v iných hitlerovských koncentračných táborech nepovažovali lekári SS a ostatní im podriadení nemeckí lekári pomoc chorým a zachraňovanie ľudských životov za svoju hlavnú prácu. Ich hlavnou úlohou bolo vyberať ľudí na smrť, vo väčšine prípadov náhodne a bez lekárskeho vyšetrenia (Trucková, Truck, 1983). Ostatní členovia zdravotníckeho personálu sa museli priamo podieľať alebo asistovať pri vyvražďovaní alebo pseudopokusoch väzenských lekárov. Napriek týmto skutočnostiam sa medzi personálom našli jednotlivci, ktorí za nedostatku materiálu, medikamentov a kapacitov v absolútne nevyhovujúcich priestoroch robili všetko pre zlepšenie situácie v tábore a uľahčenie celkového stavu väznených. Využitím rôznych foriem pomoci, v situáciách hraničiacich so šialenstvom, v stave absolútnej bezmocnosti a zúfalstva sa dokázali denne zmobilizovať do boja za ľudské životy. V komunite väznených sa podieľali na zmierňovaní utrpenia a tragédie tých, s ktorými zdieľali spoločný osud (Ševčovičová, 2015).

Použitá literatúra

- HAIŠMAN, J. 2010. *V drápech bestie. Vzpomínky na Buchenwald*. Praha: Nakladatelství XYZ, 2010. s.249-253. ISBN 978-80-7388-299-0.
- HRABOVECKÁ, H. 1998. *Ruka s vytetovaným číslom*. Bratislava: Vydavateľstvo PT, 1998. 110 s. ISBN 80-88912-04-0.
- KRAUS, O. - KULKA, E. 1955. *Továrna na smrť*. Praha: Orbis, 1955. s. 40-42., s.65, s.75.
- KÚCHOVÁ, E. 2011. *Vznik a vývoj táborovej témy, jej žánrové modifikácie v ruskej literatúre 20. storočia*. Brno: Masaryková univerzita, 2011. Dizertačná práca. s. 45
- PÓLTAWSKÁ, W. 2012. *A bojím se snů*. Praha: Paulínky, 2012. 255 s. ISBN 978-80-7450-071-8.
- SCHWALBOVÁ, M. 2011. *Vyhasnuté oči*. Bratislava: Marenčin, PT, 2011. 154 s. ISBN 978-80-8114-104-1
- SCHWALBOVÁ, M. - HRADSKÁ, K. 2001. *Žila som životy druhých. (Zo spomienok lekárky na Osvienčim)*. Bratislava: Nadácia Milana Šimečku, 2001. s.12-15, s.18. ISBN 80-968662-0-6.
- SKLENIČKOVÁ, J. 2012. *Jako chlapce by mně zastřelili...* Nymburk: VEGA-L, 2012. s. 68 - 103. ISBN 978-80-87275-54-2.
- SMOLEŇ, K. 2008. *Štátne múzeum Auschwitz-Birkenau v Osvienčime. Sprievodca*. Oświęcim: Państwowe Muzeum Auschwitz-Birkenau, 2008. 24 s. ISBN 978-83-60210-45-1.
- SOFSKY, W. 2006. *Rád teroru: koncentrační tábor*. Praha: Argo, 2006. s.217 - 219. ISBN 80-7203-818-4.
- STEHLÍK, E. 2012. *Lidice. Příběh české vsi*. 1. vyd. Praha: V RÁJI, 2012. s. 104 – 107. ISBN 80-86758-13-3.
- ŠWIEBOCKA, T. - PINDERSKA-LECH, J. - MENSFELT, J. 2011. *Auschwitz-Birkenau. Dejiny a súčasnosť*. Oświęcim: Państwowe Muzeum Auschwitz-Birkenau, 2011. 31 s. ISBN 978-83-7704-023-2.
- ŠEVČOVIČOVÁ, A. 2015. *V tábore smrti prichádzali na svet deti v neľudských podmienkach*. In: *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. E- časopis, 2015, číslo 5. s.20-21. ISSN 1339-5920.

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

TRSÁKOVÁ, I. 2008. Boli sme menej ako pes, ktorý nás strážil. In: Melišová, A. 2008. *Boli sme menej ako pes, ktorý nás strážil*. [on-line]. [cit. 2014-09-15] Dostupné na internete: <http://spravy.pravda.sk/domace/clanok/157930-boli-sme-menej-ako-pes-ktory-nas-strazil/>

TRUCKOVÁ, B. - TRUCK, R.P. 1983. *Lékaři hanby. Pravda o lidských morčatech v Osvětimi*. Praha: Práce, 1983. 151 s.

ÚKROP, P. 2011. *Slováci v Stutthofe*. 2. doplnené a rozšírené vydanie. Banská Bystrica: Múzeum SNP, 2011. s.47, s.168. ISBN 978-80-970238-7-4.

WHITLOCK, F. 2015. *Buchenwaldské bestie*. Praha: Grada Publishing, 2015. s.82, s.105, s.164. ISBN 978-80-247-5442-0.

Kontakt na autora:

PhDr. Andrea Ševčovičová,
Prešovská univerzita v Prešove
Fakulta zdravotníckych odborov
Partizánska 1, 08001 Prešov
email: ada.sevcovicova@gmail.com

STAROSTLIVOSŤ O CHRONICKY CHORÝCH V KOMUNITNOM OŠETROVATEELSTVE

Tkáčová Lubomíra

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, DP Bl. M. D. Trčku Michalovce

Abstrakt

V 21. storočí výrazne narastá počet chronických ochorení. V roku 1999 Wagner a kolektív predstavili azda najvplyvnejší teoretický model starostlivosti chronicky chorých – Chronic Care Model – CCM. Cieľom tohto príspevku je popísať tento model starostlivosti o chronicky chorých, jeho špecifické využitie u pacientov s diabetes mellitus, keďže toto ochorenie bolo prototypom pre vznik tohto modelu. Poukazujeme na problematiku starostlivosti o chronicky chorých a úlohu, ktorú v nej zohráva sestra. Chronic care model má potenciál na zlepšenie efektivity starostlivosti o pacientov s diabetes mellitus bez toho, aby negatívne ovplyvnil výsledky pacientov. Dôležitú úlohu tu zohrávajú sestry, ktoré majú nezastupiteľne miesto pri vykonávaní zložiek chronického modelu starostlivosti a to hlavne v rámci plánovaných návštev v prirodzenom prostredí pacienta.

KLúčové slová: Chronické ochorenie. Diabetes mellitus. CCM. Zdravotná starostlivosť.

Abstract

Chronic diseases markedly increase in the 21st century. In 1999, Wagner and colleagues presented perhaps the most influential theoretical model for the care of chronically ill - Chronic Care Model - CCM. The aim of this thesis is to describe the model of care for the chronically ill, its specific use in patients with diabetes mellitus as this disease has been the prototype for the model development. We refer to the issue of care for the chronically ill and the role that a nurse plays in it. Chronic care model has the potential to improve efficiency of management of patients with diabetes mellitus without adversely affecting the results of the patients. An important role is played by nurses who have an irreplaceable position in implementing the chronic care model components, especially within the planned visits of patients in their natural environment.

Key words: Chronic Disease. Diabetes Mellitus. CCM. Health Care.

Jednou z najväčších výziev v 21. storočí, ktorým budú musieť čeliť zdravotnícke systémy, budú chronické choroby (WHO, 2007). Podľa WHO sa počet úmrtí zapríčinených chronickými chorobami pri zachovaní súčasného stavu do roku 2030 zvýši na 55 miliónov ľudí. Pacienti s chronickými ochoreniami potrebujú vysokú úroveň podpory v rámci svojich komúnít, aby si mohli udržať čo najdlhšie svoj zdravotný stav na čo najlepšej úrovni. Musí byť použitý rentabilný a pragmatický prístup, ktorý zaisťuje, aby bola vhodná, cenovo prístupná, úplne dostupná všetkým pacientom s chronickými ochoreniami spolu s prístupom k špecializovanej starostlivosti a manažmentu v prípade potreby (ICN 2010). Podľa WHO (2007) inovácia v zdravotnej starostlivosti o chronicky chorých znamená zavádzanie nových myšlienok, metód alebo programov či modelov, ktoré majú zmeniť spôsob prevencie a liečby chronických chorôb. V roku 1999 Wagner so svojimi kolegami predstavil azda najvplyvnejší teoretický model starostlivosti chronicky chorých – MODEL CHRONICKEJ

STAROSTLIVOSTI (the Chronic Care Model – CCM). Tento model sa skladá zo štyroch vzájomne prepojených systémových zložiek, ktoré sú považované za kľúčové pri poskytovaní kvalitnej starostlivosti o ľudí s chronickou chorobou:

1.systém - podpora self - manažmentu.

2.systém - dizajn systému poskytovania starostlivosti.

3.systém - podpora rozhodovania.

4.systém - klinické informačné systémy.

Tieto zložky sú umiestnené do kontextu zdravotného systému, ktorý spája primerane organizovaný systém poskytovania zdravotných služieb s komplementárnymi komunitnými zdrojmi a politikami (Wagner et al., 2005). Model bol vyvinutý prostredníctvom širokého preskúmania medzinárodnej literatúry o manažovaní chronických chorôb, ako reakcia na zdravotnú situáciu zahŕňajúcu vysoký výskyt chronických ochorení a zlyhaní systémov zdravotnej starostlivosti v USA. Jeho autori sa domnievajú, že na základe tohto modelu, ľudia môžu byť lepšie manažovaní a môžu žiť zdravšie - a to paralelne náklady na zdravotnú starostlivosť sa môžu znížiť pri radikálnej zmene pomocou tohto modelu (Mendes, 2012). Tento model starostlivosti uplatňuje na pacienta orientovaný prístup prostredníctvom partnerstva so samotným pacientom, ako aj ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi, vedúci k optimalizácii zdravotných výsledkov (Nagyová, 2011). Podstatou koncepcie tohto modelu je vzťah medzi informovaným, aktivovaným pacientom a pripravenými, proaktívnymi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Čo znamená, že pacient je motivovaný, má informácie, zručnosti a odvahu robiť účinné rozhodnutia týkajúce sa jeho zdravia a zvládať ich a že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti má potrebné informácie o pacientovi, podporu pre rozhodovanie a zdroje pre kvalitnú starostlivosť. Vo všetkých jeho prvkoch a aktivitách hrajú hlavnú rolu sestry na celom svete (Wielawski, 2006). Sestra musí byť v oblasti edukácie lekárovi partnerom, musí disponovať dostatočným množstvom potrebných informácií a efektívne ich podať pacientovi. Edukovať viacerými formami a metódami, ale najefektívnejší je ľudský prístup, slušnosť a úcta ku každému pacientovi (Puteková et al., 2016). Od sestier sa očakáva, že budú pripravené reagovať na zvýšený počet pacientov a budú pripravené plniť svoje nové úlohy pri zabezpečovaní komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti (Martinková, Kabátová, 2015). Jedným z kľúčových prvkov CCM je self-manažment (seba-riadenie) pacienta. Vychádza z faktu, že zníženie rizika a zlepšovanie výsledkov nemôže závisieť len od konania zdravotníckych pracovníkov, ale rovnako závisí aj od konania pacienta. Aktivity self-manažmentu sú zvyčajne uskutočňované pacientom medzi plánovanými stretnutiami s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Tieto aktivity zahŕňajú zvládanie symptómov, ošetrovanie, zmenu životného štýlu a vyrovnávanie sa s fyzickými a psychickými dôsledkami chronickej choroby (Wagner et al., 2005). Neoddeliteľnou súčasťou selfmanažmentu diabetes mellitus – moderného prístupu v komplexnej liečbe ochorenia je selfmonitoring. Je definovaný ako samostatné meranie vybraných parametrov viažucich sa na kompenzáciu diabetes mellitus samotným pacientom. Pacient s týmto ochorením tu zohráva významnú aktívnu rolu nielen v sledovaní parametrov kompenzácie, ale tiež aktívne reaguje na namerané hodnoty.

Selfmonitoring je teda proces pozostávajúci z dvoch častí:

- samostatné zistenie určitej nameranej hodnoty;
- primerané samostatné rozhodnutie o úprave ďalšej liečby (Kudlová, 2015).

Kudlová, Chlup (2006) uvádzajú, že dnes sa v praxi sledujú v rámci selfmonitoringu u pacientov s diabetes mellitus predovšetkým: glykémia stanovená nalačno a postprandiálna, glykemický profil, glykovaný hemoglobín, ketonémia, glykozúria, ketonúria, proteinúria. Raková, Nábožná (2011) dopĺňajú, že selfmonitoring v širšom slova zmysle zahŕňa aj sebakontrolu klinických príznakov diabetes mellitus ako stav nôh, hygiena, stravovanie, pohyb a iné. Ako uvádza Model starostlivosti o chronicky chorých efektívna podpora manažmentu seba samého znamená viac, ako len povedať pacientovi čo má robiť. Znamená to uvedenie pacienta do kľúčovej roly v jeho starostlivosti, čo značí aj pociťovať zodpovednosť za vlastné zdravie. To predpokladá využívanie programov sprostredkujúcich informovanosť, emocionálnu podporu a výučbu stratégií pre život s chorobou tak, aby pacient pociťoval v čo možno najvyššej miere spokojnosť s vlastným životom a strávil každý deň svojho života na vrchole svojich možností (Miller, 2009). Furtado, Nóbrega (2013) popisujú koreláciu tohto modelu a odboru ošetrovateľstva s ohľadom na to, že ošetrovateľstvo sa skladá z umenia, vedy a pomoci ľuďom pri uspokojovaní ich základných potrieb a učení ich samostatnosti a sebaistočnosti – rovnako ako obnovovať, udržiavať a podporovať zdravie v spolupráci s ďalšími odborníkmi. Tiež je nutné brať do úvahy pri tejto korelácii, že u pacientov s diabetes mellitus je dôležitá výchova k zdraviu, čo je súčasťou kompetencie sestry. Predpokladá sa, že participovaním sestry v rámci ošetrovateľskej starostlivosti, založenej na teórii ľudských potrieb, bude možné zvýšiť povedomie ľudí s diabetes mellitus pokiaľ ide o ich potrebu zmien v ich životnom štýle, posilnení ich problematického stavu tak, aby prijímali svoju situáciu a verili, že môžu zmeniť svoju realitu. Tieto spôsoby správania selfmanažmentu v spolupráci so sestrou sú zamerané na fyzickú aktivitu, zdravú výživu, monitorovanie glykémie, lieky, riešenie problémov spojených s ochorením, zdravé zvládanie a znižovanie rizík komplikácií. Adekvátna výživa je významným faktorom ovplyvňujúcim zdravotný stav jedinca ako aj kvalitu jeho života (Balogová, Bramušková, 2016). Významnú úlohu tu môže zohrať práve moderný prístup ošetrovateľstva v podobe novodobej role sestry s pokročilou praxou (Advanced Nurse Practitioner) v inštitucionalizovanej ako aj komunitnej starostlivosti (Grešš Halász, Tkáčová, 2014). Základom úspešného manažmentu ošetrovateľskej starostlivosti je identifikovanie potrieb, sledovanie intervencií a nežiaducich účinkov s cieľom maximalizovať psychický a fyzický potenciál pacienta (Martinková, 2014). Dizajn systému poskytovania starostlivosti je druhou zložkou modelu starostlivosti o chronicky chorých, ktorá zahŕňa jasné definovanie rolí a úloh v rámci tímu. Ďalej vysvetľuje používanie plánovaných intervencií pre podporu na dôkazoch založenej starostlivosti (evidence –based care) a pravidelné sledovanie pacientov. Táto systémová zložka zabezpečuje poskytovanie takej starostlivosti, ktorej pacient rozumie, a ktorá je v kontexte jeho kultúrneho zázemia (Nagyová, 2011). Borgermans, Goderis, Broek (2009) uvádzajú, že súčasné poznatky z ich projektu Leuven Diabetes Project naďalej podporujú význam multi- a medziodborového špeciálne školeného tímu v rámci primárnej starostlivosti o pacientov s diabetes mellitus. Tím by mal spolupracovať s poskytovateľmi primárnej starostlivosti, ktorý by mal byť podporený špecialistom na diabetes mellitus. Tento špecialista

môže byť priamy alebo nepriamy interdisciplinárny člen tímu podľa zdieľanej starostlivosti. U dospelých s diabetom 2. typu, za použitia tohto modelu starostlivosti bolo zistené zlepšenie A1c, krvného tlaku, lipidov a liečebných postupov v porovnaní s inými. K zníženiu návštev na pohotovosti súvisiacich s diabetes mellitus dôjde, keď v tíme pracuje špeciálne vyškolená sestra, ktorá využíva podrobnejšie algoritmy liečby diabetes mellitus v starostlivosti. Sestry vždy boli, aj naďalej sú, jadrom multidisciplinárneho tímu. Bruggen, Gorter, Stolk, Klungel, Rutten (2009) potvrdzujú, že v Kanade, observačné dáta zo siete primárnej starostlivosti, ktorých cieľom je zlepšiť prístup a koordinovať starostlivosť, naznačujú, že pacienti, ktorí sú súčasťou týchto interdisciplinárnych tímov majú lepšie výsledky a menej nemocničných návštev ako u pacientov, ktorí nie sú. Ďalšia nedávna meta-analýza Pimougueta et al. (2011) definuje organizáciu ochorenia ako pokračujúce a proaktívne sledovanie pacientov, ktoré zahŕňa aspoň 2 z nasledujúcich 5 častí: vzdelávanie pacientov, tréning, úprava liečby, sledovanie, starostlivosť o koordináciu (pripomínanie nadchádzajúcej schôdzky, alebo dôležitých aspektov starostlivosti o vlastnú osobu a informovanie lekára o komplikáciách, úprave liečby, alebo terapeutické odporúčania). Coleman, Austin, Brach, Wagner et al. (2009) uvádzajú, že starostlivosť o pacientov s diabetes mellitus bola prototypom pre CCM. Tento model si kladie za cieľ transformovať starostlivosť o pacientov s chronickými chorobami, zlepšiť organizáciu starostlivosti o chronicky chorých: vzdelávanie a podporu pacienta, zvyšovanie zručností a využívanie registra založeného na informačných systémoch poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Súčasný model bol rozšírený na šesť elementov, ktoré pracujú spoločne na posilnení vzťahu sprostredkovateľa a pacienta a zlepšení zdravotných výsledkov:

1. systém - podpora self- manažmentu.

2. systém - dizajn systému poskytovania starostlivosti.

3. systém - podpora rozhodovania.

4. systém - klinické informačné systémy.

5. systém – komunita.

6. systém – zdravotnícke systémy.

Furtado, Nóbrega (2013) uvádza, že dizajn systému poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s diabetes mellitus je zostavený tak, aby existovala integrácia medzi tromi formami starostlivosti (ambulantná, ústavná, domáca), pre lepšie manažovanie a predchádzanie či minimalizáciu komplikácií vyplývajúcich z tejto choroby. Wagner et al. (2001) dopĺňa, že vo svetle uvedených skutočností sa predpokladá, že dôsledky integrácie ošetrovateľskej teórie v CCM môžu priniesť pozitívne výsledky, pretože by to umožnilo účinnú starostlivosť o pacientov s chronickými chorobami, s dôrazom na individualizáciu starostlivosti v súlade s potrebami pacienta s diabetes mellitus.

Tretí systém tohto modelu – *podpora rozhodovania* spočíva v implementácii na dôkazoch založených postupov (evidence – based guidelines – EBG), integrovaní expertízy špecialistov do systému primárnej starostlivosti, využívaní inovatívnych spôsobov vzdelávania zdravotníckeho personálu a zdieľaní na dôkazoch založených postupov s pacientom (Lukáč, 2013). Belvis et al. (2009) uvádza, že poskytovanie informácií zdravotníckym pracovníkom o osvedčených postupoch v poskytovaní starostlivosti prispelo k podpore rozhodovania a bolo preukázané zlepšenie výsledkov v starostlivosti o pacientov s diabetes mellitus. Systematicky

prehľad, ciele intervencie založené na dôkazoch, najmä počítačové technológie, ktoré poskytnú odporúčania a spätnú väzbu okamžite boli najúčinnějšími postupmi pri zlepšovaní výsledkov u pacientov s týmto ochorením. Hahn et al. (2008) dopĺňajú, že dokonca aj použitie jednoduchých nástrojov na podporu rozhodovania, ako sú napríklad klinické mapy starostlivosti pomáhajú zlepšovať dodržiavanie pokynov klinickej praxe pri diabetes mellitus. CCM (2016) tvrdí, že rozhodnutia o liečbe musia byť prediskutované s pacientmi, aby mohli porozumieť princípom starostlivosti. Ti, ktorí rozhodujú o liečbe potrebujú sústavné vzdelávanie, aby vždy disponovali aktuálnymi dôkazmi, používajúc najnovšie modely poskytovateľovho vzdelávania, ktoré zdokonalia tradičné zaužívané medicínske vzdelanie. Ak chceme zmeniť prax, smernice musia byť začlenené prostredníctvom dobre načasovaných pripomienok, spätnej väzby, trvalých príkazov a ďalších metód, ktoré pozdvihnú ich prítomnosť v čase robenia klinických rozhodnutí. Rozvoj špecialistov na podporu názoru je v klasickej starostlivosti o pacientov s chronickým ochorením dôležitou vzdelávacou formou. Furtado, Nóbrega (2013) popisujú, že podpora pre klinické rozhodnutie, pokiaľ ide o pacientov s diabetes mellitus, je potrebná v ošetrovateľskom procese, najmä keď sestra vyvinie úsilie na posúdenie, identifikáciu ošetrovateľskej diagnózy, plánovanie a realizáciu ošetrovateľskej starostlivosti založenej na dôkazoch. Aby bola zabezpečená vyššia spoľahlivosť v rozhodovaní v rámci ošetrovateľského procesu môže byť použitá Medzinárodná klasifikácia pre ošetrovateľskú prax (ICNP), produkt Medzinárodnej rady sestier (ICN). Ide o formálnu terminológiu a môže sa využiť aj pri starostlivosti o pacientov s týmto ochorením ako stratégia na posilnenie a rozšírenie využitia tejto klasifikácie v celosvetovom meradle, a tým prispieť k zjednoteniu jazyka ošetrovateľstva a v dôsledku toho k zvýšeniu viditeľnosti profesie v rôznych klinických podmienkach. Klinické informačné systémy predstavujú štvrtý systém modelu starostlivosti o chronicky chorých. Umožňujú pacientovi, ale aj poskytovateľom zdravotnej starostlivosti používať systém pripomienok, čím uľahčujú plánovanie individuálnej starostlivosti a výmenu informácií medzi pacientom a poskytovateľmi. Slúžia tiež na monitorovanie výkonov tímu, ako aj systému poskytovania zdravotnej starostlivosti (Wagner et al., 2005). V roku 2007 bola vyvinutá nezávislá nezisková organizácia s názvom e-Health Initiative, ktorej cieľom vytvoriť informačné technológie v zdravotníctve, pre zlepšenie kvality, bezpečnosti a účinnosti zdravotnej starostlivosti. Z veľkej časti bola táto organizácia motivovaná Wagnerovým modelom starostlivosti o chronicky chorých (Institute of Medicine, 2009). Walters et al., (2012) opisujú model starostlivosti o chronicky chorých ako jeden z viac populárnych a všadeprítomných modelov pre formulovanie programov pre organizovanie ochorení. **Klinický informačný systém** ako súčasť tohto modelu starostlivosti o chronicky chorých je založený na princípe včasných informácií o jednotlivých pacientoch s diabetes mellitus, ktoré sú životne dôležité (Glasgow, et al., 2001). Register znamená ľahký prístup k pacientovi, zdravotníckí pracovníci sú schopní hovoru alebo textovej správy s pacientom so špecifickou potrebou. Programy pre správu ochorení tiež pomáhajú sledovať súbory a vzory chronických ochorení; monitorovať stav pacientov a vykonávať zásahy zamerané na modifikáciu životného štýlu pacientov, aby sa zlepšili ich podmienky a prípadne predĺžili ich životy (Beran, Yudkin, 2006). Furtado, Nóbrega (2013) popisujú, že v súčasnosti podľa výskumnej štúdie HULW/UFPB, sa nepoužíva žiaden špecifický ošetrovateľský informačný

systém pre dokumentovanie ošetrovateľskej praxe sestier výlučne u pacientov s diabetes mellitus. Táto skutočnosť neumožňuje reprezentáciu ošetrovateľskej praxe systematizovaným spôsobom, čím je ohrozená viditeľnosť sestier v súvislosti so starostlivosťou o pacientov s diabetes mellitus a komunikácia so sestrami z rôznych ďalších oddelení v nemocnici, ktoré sa podieľajú na tejto starostlivosti. Z tohto hľadiska je potrebné, aby informácie z klinických záznamov boli organizované a systematické tak, aby ich bolo možné integrovať do zdravotníckych informačných systémov a dokumentovať ošetrovateľskú prax podľa fáz ošetrovateľského procesu. V rámci Wagnerovho modelu chronickej starostlivosti sú zdravotnícke systémy úzko prepojené s komunitnými zdrojmi a politikami. Ich vzájomnou súčasťou dochádza k povzbudzovaniu pacienta k účasti v efektívnych intervenčných programoch organizovaných na komunitnej úrovni. Ďalším zámerom je rozvíjanie spoločných programov a advokácia pre politiky podporujúce zlepšenie starostlivosti (Wagner et al., 2005). Randomizované kontrolované štúdie, metaanalýzy, a pozorovacie štúdie sa zaoberali významom integrovaného prístupu k zlepšeniu starostlivosti o chronicky chorých. Model starostlivosti o chronicky chorých bol navrhnutý tak, aby staval na vzájomných vzťahoch medzi jednotlivými jeho zložkami založenými na dôkazoch, ktoré vedú k zlepšeniu klinickej kvality. Napríklad u pacientov, aby sa zapojili do proaktívnej starostlivosti (dizajnu systému poskytovania starostlivosti), odborníci musia byť schopní zobrazit' všetkých pacientov vo svojich informačných paneloch (klinické informačné systémy), ktorí potrebujú niektoré ošetrenia orientačne (pre podporu rozhodovania), a pacienti sa musia dohodnúť na prípadných zmenách v ich starostlivosti a integrovať ich do svojho života (podpora self-managementu) (Coleman, Austin, Brach, Wagner et al., 2009). Tento model bol navrhnutý tak, aby existovali viacerozmerné riešenia zložitého problému, aby sa pacienti mohli spoliehať na tím motivovaných profesionálov, vrátane sestry, ktorá zohráva zásadnú úlohu, pretože je v prvej línii praxe v oblasti poskytovania informácií pacientovi a edukácie; nadviazovania vzťahov s pacientmi, rodinou a komunitou; poskytujúca kontinuálnu starostlivosť; pomocou technológie pre optimalizáciu poskytovania starostlivosti; ako aj podporu dodržiavania liečebných postupov v dlhodobom horizonte. Jednotlivé zložky modelu sú rozdelené do dvoch hlavných oblastí: v systéme zdravotnej starostlivosti a komunity (Furtado, Nóbrega, 2013). V systéme zdravotnej starostlivosti musia byť vykonané zmeny v organizácii zdravotnej starostlivosti v dizajne systému starostlivosti, podpore pre klinické rozhodovanie, v klinických informačných systémov a podpora pre starostlivosť o seba. V komunite sú zmeny zamerané na skúbenie zdravotníctva so zdrojmi spoločnosti. Týchto šesť prvkov vytvára vzájomné vzťahy medzi pacientom s diabetes mellitus, ktorý je informovaný, aktívny a zdravotníckym tímom, ktorý je pripravený a proaktívny produkovať lepšie zdravie a funkčné výsledky pre obyvateľstvo (Mendes, 2012).

Použitá literatúra

BALOGOVIÁ, E. – BRAMUŠKOVÁ, J. 2016. Podvýživa seniorov- príčiny a riziká. In *Deinštitucionalizácia sociálnych služieb v kontexte pomáhajúcich profesií*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva sociálnej práce sv. Alžbety, 2016. ISBN 978-80-8132-144-3, s 8.

- BELVIS, A. G. et al. 2009. Can primary care professionals' adherence to Evidence Based Medicine tools improve quality of care in type 2 diabetes mellitus? A systematic review. In *Diabetes Res Clin Pract.* ISSN 0168-8227, 2009, vol. 85, No.2, p. 119-131.
- BERAN, D. - YUDKIN, J. S. 2006. Diabetes care in Sub-Saharan Africa. In *The Lancet* . ISSN 1474-547X, 2006, vol. 368(9548), p. 1689-95.
- BORGERMANS, L. - GODERIS, G.- BROEK, C. 2009. Interdisciplinary diabetes care teams operating on the interface between primary and specialty care are associated with improved outcomes of care: findings from the Leuven Diabetes Project. In *BMC Health Serv Res.* ISSN 1472-6963, 2009, vol. 9, p. 179.
- BRUGGEN, R. – GORTER, K. – STOLK, R. - KLUNGEL, O. - RUTTEN, G. 2009. Clinical inertia in general practice: widespread and related to the outcome of diabetes care. In *Fam Pract.* ISSN 1460-2229, 2009, vol. 26, No. 6, p. 428-436.
- CCM. 2016. *Decision Support.* [online]. [citované 2016-07-03]. Dostupné na internete: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Decision_Support&s=24.
- COLEMAN, K. - AUSTIN, B. T. - BRACH, C. – WAGNER, E. H. et al. 2009. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. In *Health Aff (Millwood).* ISSN 1544-5208, 2009, vol. 28, No. 1, p. 75-85.
- FURTADO, L. G. – NÓBREGA, M. M. L. 2013. Modelo de atención en la enfermedad crónica: la inclusión de una teoría de enfermería. In *Texto contexto enfermagem*, ISSN 0104-0707, vol.22 no.4.
- GLASGOW, R. E. et al. 2001. Does the Chronic Care Model Serve Also as a Template for Improving Prevention? In *Milbank Q.* ISSN 1468-0009, 2001, vol. 79, No.4, p.579–612.
- GREŠŠ HALÁSZ, B., TKÁČOVÁ, Ľ. Novodobá rola sestry: sestra s pokročilou praxou. In *Zdravotníctvo a sociálna práca- Supplementum* [online]. 9/4 2014. [cit. 2015-10-04]. Dostupné na internete: <http://www.zdravotnictvoasocialnapraca.sk/wp-content/uploads/ZaSP_Cislo_4_2014_CZ_Supplementum.pdf>. ISSN: 1336- 9326.
- HAHN, K. A. et al. 2008. Diabetes flow sheet use associated with guideline adherence. In *Ann Fam Med.* ISSN 1544-1717, 2008, vol. 6, No. 3, p. 235-238.
- INSTITUTE OF MEDICINE. 2009. *Health Literacy, eHealth, and Communication.* Washington (DC):National Academies Press (US), 2009. p. 126. ISBN 0-309-12643-6.
- KUDLOVÁ, P. 2015. *Ošetrovateľská péče v diabetologii.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. 208 s. ISBN 978-80-247-5367-6.
- KUDLOVÁ, P. – CHLUP, R. 2006. Pomůcky k aplikaci inzulinu. In *Interní medicína pro praxi*, ISSN 1212-7299, 2006, roč. 8, č. 6, s. 302-306.
- LUKÁČ, I. 2013. Medical, pedagogical, social and spiritual aspects of deaf – blindness. Liptovský Mikuláš: Transocius, 2013. s. 196. ISBN 978-80-7140-415-6.
- MARTINKOVÁ, J. 2014. Hodnotiace nástroje problémového správania u pacientov s Alzheimerovou chorobou. In: Cesta k modernému ošetrovateľstvu XVI.. - Praha : Fakultní nemocnice v Motole, 2014. - ISBN 978-80-87347-17-1. - CD-ROM; s. 131-135.
- MARTINKOVÁ, J. - KABÁTOVÁ, O. 2015. Ošetrovateľská starostlivosť v geriatrici I I. vyd. - Trnava : Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2015. - 114 s. ISBN 978-80-8082-917-9..

- MENDES, E. V. 2012. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. p.512. ISBN 978-85-7967-078-7.
- MILLER, V. A. 2009. Parent-Child Collaborative Decision Making for the Management of Chronic Illness: A Qualitative Analysis. In *Fam Syst Health*. ISSN 1091-7527, 2009, vol. 27, No.3, p. 249–266.
- NAGYOVÁ, I. 2011. Model zdravotnej starostlivosti o chronicky chorých z pohľadu verejného zdravotníctva. In *Posilňovanie systému verejného zdravotníctva*. Košice: Equilibria, s.r.o., 2011. ISBN: 978-80-89284-92-4. s. 16 – 21.
- PIMOUGUET, C. et al. 2011. Effectiveness of disease-management programs for improving diabetes care: a meta-analysis. In *CMAJ*. ISSN 1488-2329, 2011, vol.8; No. 2, p.115-127.
- PUTEKOVÁ et al. 2016. Faktory ovplyvňujúce vedomosti o výžive u pacienta s antikoagulačnou liečbou. In: *Sociálno-zdravotnícke spektrum*. Bratislava. ONLINE ISSN 1339-2379.
- RAKOVÁ, J. – NÁBOŽNÁ, M. 2011. Selfmonitoring ako kľúčová súčasť edukácie diabetika z pohľadu sestry. In *Florence časopis moderného ošetrovatelství* [online]. ISSN 1801-464X, 2011, roč. 7, s. 1-4.
- WAGNER, E.H. et al. 2001. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action In *Health Aff*. ISSN 1544-5208, 2001, vol. 20, No. 6, p. 64 - 78.
- WAGNER, E.H. et al. 2005. Finding common ground: patient-centeredness and evidencebased chronic illness care. In *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. ISSN 1075-5535, 2005, vol. 11, p. 7 - 15.
- WALTERS, B. H. et al. 2012. Disease management projects and the Chronic Care Model in action: baseline qualitative research. In *BMC Health Services Research*. ISSN 1472-6963, 2012, vol. 12, p. 114.
- WHO. 2007. *Prevention of cardiovascular disease*. Geneva:WHO. 2007. ISBN978-92-415-472-60.
- WIELAWSKI, I. M. 2006. *Improving Chronic Illness Care*. [online]. [citované 2016-08- 17]. Dostupné na internete: http://www.improvingchroniccare.org/downloads/rwjf_anthology_icic.pdf.

Kontaktná adresa

doc. PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD.
email: lubomira.tkacova@gmail

OŠETROVATEĽSTVO V KONTEXTE HUMANITNÝCH VIED

Wiczmándyová Darina

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, DP Bl. M. D. Trčku Michalovce

Abstrakt

Ošetrovateľstvo sa od iných vedných disciplín líši špecifickými vedomosťami a praktickými zručnosťami jej vykonávateľov, ktorými sú sestry. Cieľom a náplňou sestier v ošetrovateľskej starostlivosti je využiť príslušné znalosti pre ďalší rozvoj odboru ako samostatnej vednej disciplíny, ale tiež na plnenie klientových/pacientových potrieb v zdraví i chorobe. Túto svoju činnosť zameriavajú sestry na jednotlivca, rodinu i spoločnosť, ale aj pre pozitívny imidž zdravotníckeho zariadenia v ktorom pracujú. Normy výučby a praxe pre profesiu sestra sú určované predovšetkým príslušníkmi profesie. Zaškolenie profesionála zahŕňa jeho úplný socializačný proces so širším zameraním v jeho sociálnych a postojoyých aspektoch a technickom vybavení. Ošetrovateľstvo ako vedný odbor a aplikovanie jeho teórie prináša do praxe v Slovenskej republike sestrám a pôrodným asistentkám na jednej strane osobnostný a profesionálny rozvoj a na druhej strane autonómiu v ošetrovateľskej starostlivosti, ale i plnú zodpovednosť za jednotlivé výkony. Vysokoškolské vzdelanie sestier posunulo sesterskú profesiu na rovnocennú úroveň a pozíciu v rámci jednotlivých profesií. Táto nová pozícia poskytuje všeobecnú predstavu o sesterskom povolani, ale aj zvyšuje prestíž tohto povolania.

Význam povolania sestry

Ošetrovateľstvo je starostlivosť o chorých alebo postihnutých, o zdravých v zmysle ochrany a upevňovania zdravia. Povolanie sestry znamená rozhodnúť sa pre službu inému človeku, poskytovať mu pomoc pri ochrane, zveľaďovaní a prinavracaní zdravia. Rola a pozícia sestry, alebo tiež jej sociálna rola je súhrn očakávaného správania a konania, ktoré vyplýva z príslušnosti človeka k určitému spoločenstvu či skupine a z pozície, ktorú v nej zaujíma. Profesionálna rola sestry zahŕňa činnosti, ktoré sú zamerané na uspokojovanie biologických, psychických, sociálnych a spirituálnych potrieb pacientov/klientov, ďalej na prevenciu chorôb a podporu zdravia a učí tiež k zodpovednosti za zdravie a kvalitu života jednotlivca, rodiny i komunity. Ošetrovateľstvo je schopný vykonávať iba jednotliviec, ktorý je teoreticky a prakticky pripravený pracovať v prospech pacientov, hľadať nové tvorivé prístupy pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, racionálne riešiť medziľudské vzťahy, rešpektovať práva pacientov s ohľadom na ich ľudskú dôstojnosť. Aby sestry mohli plniť tak významné poslanie, musia byť spoločensky uznané, finančne primerane ocenené a ošetrovateľstvu sa dostane uznanie rovnocennej vednej disciplíny. Pyne (1981) stanovil a uvádza sedem kritérií povolania, ktoré tvoria základné kritérium pre jeho uznanie.

Sedem kritérií povolania

1. jeho uznanie je založené na uznanom súhrne poznatkov, ktorý je jej vlastný;
2. zakladá si nezávislý útvar na kolektívne presadzovanie cieľov a požiadaviek vo vzťahu k týmto uznaným profesionálnym kritériám;

3. prijatie nového člena do radov profesie je viazané na splnenie prísnych kritérií profesionálnej kompetencie atestovaných pomocou skúšok a hodnotenej odbornej skúsenosti;
4. profesia uznáva, že jej vykonávanie musí byť prínosom pre verejnosť a nie primárne pre jej vykonávateľov;
5. uznáva svoju zodpovednosť za rozvíjanie a rozširovanie súhrnu poznatkov, na ktorom je založená;
6. uznáva spoluzodpovednosť za starostlivosť o zariadenia, metódy a zabezpečenie vzdelávania a výcvik svojich budúcich členov a zvyšovanie vedomostí tých, ktorí ju už vykonávajú;
7. uznáva požiadavku, aby jej členovia zachovávali vysoký štandard profesionálnej etiky a profesionálneho správania, daný vo verejne publikovanom kódexe s primeranými disciplinárnymi procedúrami.

Na základe týchto všeobecných tvrdení vo vzťahu k autonómii toho ktorého povolania predkladám odôvodnenie a odkazy na zákonné ustanovenia vo vzťahu k ošetrovateľstvu:

Ad 1/ Kritérium povolania je založené na uznanom súhrne poznatkov, ktorý je jej vlastný;

Sestra má definovanú svoju presnú profesionálnu rolu, ktorá je odlišná od starostlivosti, ktorú pacientom poskytuje lekár, úloha ošetrovateľstva sa odlišuje od úloh medicíny; a tiež že vedomosti a zručnosti požadované od sestier sú do veľkej miery špecifické, či už ide o ošetrovateľské vedomosti alebo zručnosti. (Z.z. č. 576/2004 § 2 ods. 15).

Ošetrovateľská prax zahŕňa najmä:

- vyhodnocovanie ošetrovateľských potrieb a zdrojov ich zabezpečenia;
- vedenie ošetrovateľskej dokumentácie, ktorá je súčasťou zdravotnej dokumentácie a vyhodnotenie výsledkov ošetrovateľskej starostlivosti;
- výchovu pacienta k podpore zdravia, udržaniu a obnove zdravia a poskytovanie informácií o potrebnej ošetrovateľskej starostlivosti;
- výchovu zdravotníckych pracovníkov v ošetrovateľstve a k profesionálnej etike;
- spoluprácu s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi a s inými odbornými pracovníkmi v zdravotníctve pri plánovaní, poskytovaní, koordinácii a vyhodnocovaní ošetrovateľskej starostlivosti.

Ad2/ Profesia si zakladá nezávislý útvar na kolektívne presadzovanie cieľov a požiadaviek vo vzťahu k týmto uznaným profesionálnym kritériám;

Profesionálne združenie sestier a pôrodných asistentiek má zo zákona vlastnú stavovskú organizáciu Slovenskú komoru sestier a pôrodných asistentiek. (Zákon č.578/2004 Z.z), ktorý zaväzuje sestry a pôrodné asistentky podporovať a udržiavať najvyšší možný štandard ošetrovateľskej praxe, pôrodnej asistencie. Starat' sa o rozvoj ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie, rozvíjať ich prax, manažment, vzdelanie, sústavné vzdelávanie, etiku, výskum, sociálne a ekonomické postavenie ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie. Náležité zastupovanie vo všetkých otázkach ošetrovateľstva sestry a pôrodné asistentky pred vládou, parlamentom, mimovládnyimi organizáciami, inými právnickými a fyzickými osobami, pred verejnosťou na území Slovenskej republiky a medzinárodných vzťahoch a organizáciách.

Podporovať odborné, sociálne a právne záujmy jej členov v súvislosti s výkonom povolania a obhajovať ich stavovskú česť.

Ad3/ Prijatie nového člena do radov profesie je viazané na splnenie prísnych kritérií profesionálnej kompetencie atestovaných pomocou skúšok a hodnotenej odbornej skúsenosti;

Štúdium ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie je v súčasnosti realizované na fakultách zdravotníctva v trojstuňňovom systéme vzdelávania v ošetrovateľstve Bc., Mgr., PhD. Špecializačné a certifikačné štúdium v akreditovaných a certifikovaných študijných programoch. Sústavné celoživotné vzdelávanie je pre sestry záväzné po celý čas výkonu tohto povolania.

Ad4/ Profesia uznáva, že jej vykonávanie musí byť prínosom pre verejnosť a nie primárne pre jej vykonávateľov;

Prioritou vývoja ošetrovateľstva v súlade s odporúčaniami ICN, WHO smernicami Rady Európskej únie je poskytovať samostatnú domácu ošetrovateľskú starostlivosť; vymenovať manažéra kvality OŠE v každom ústavnom zariadení; vypracovať lokálne ošetrovateľské štandardy a štandardy hodnotenia kvality; pracovať podľa štandardov; viesť dokumentáciu v elektronickej podobe; rozvíjať programy zamerané na prevenciu, podporu a upevňovanie zdravia obyvateľstva vo všetkých vekových skupinách; rozvíjať multikulturálne ošetrovateľstvo (Konceptia odboru ošetrovateľstva Zákon 350/2005 Z.z.).

Ad5/ Uznáva svoju zodpovednosť za rozvíjanie a rozširovanie súhrnu poznatkov, na ktorom je založená;

Zákomom 576/2004 § 2 ods.1 je definovaný biomedicínsky výskum ako každá výskumná činnosť v oblasti biológie, medicíny, farmácie, ošetrovateľstva, pôrodnej asistencie a psychológie, ktorá môže ovplyvniť fyzické alebo psychické zdravie človeka, ktorý sa zúčastňuje na tomto výskume. Systém kontroly kvality je podmienený koncepciou odboru ošetrovateľstva a Zákom 350/2005 Z.z., ako poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti podľa štandardizovaných postupov; dodržiavanie minimálneho normatívu personálneho obsadenia; a hodnotením kvality ošetrovateľskej starostlivosti podľa dohodnutých kritérií raz ročne MZ SR

Ad6/ Profesia uznáva spoluzodpovednosť za starostlivosť o zariadenia, metódy a zabezpečenie vzdelávania a výcvik svojich budúcich členov a zvyšovanie vedomostí tých, ktorí ju už vykonávajú.

Túto požiadavku sestry naplňajú (Z.z. 576/2004 § 2 ods.18) ošetrovateľským procesom. Ide o systematickú, racionálnu a individualizovanú metódu plánovania, poskytovania a dokumentovania ošetrovateľskej starostlivosti a pôrodnej asistencie. Jej cieľom je určovať skutočnosť alebo predpokladané problémy osoby v súvislosti so starostlivosťou o zdravie a napláňovať uspokojenie zistených potrieb, vykonať, dokumentovať a vyhodnotiť špecifické ošetrovateľské zásahy na ich uspokojenie. Súčasťou ošetrovateľského procesu je určenie sesterskej diagnózy.

Ad7/ Profesia uznáva požiadavku, aby jej členovia zachovávali vysoký štandard profesionálnej etiky a profesionálneho správania, daný vo verejne publikovanom kódexe s primeranými disciplinárnymi procedúrami.

Aktívnym prístupom profesijných organizácií a podobných inštitúcií k formovaniu princípov a kontrole dodržiavania vysokého štandardu profesionálnej etiky. Záujmom a živými diskusiami o kľúčových problémoch ošetrovateľskej etiky vo verejnosti v odborných časopisoch ošetrovateľstva. Výchovu zdravotníckych pracovníkov v ošetrovateľstve a k profesionálnej etike.

Ošetrovateľstvo ako profesia

Ošetrovateľstvo svojou profesionálnou charakteristikou, ktorou sa odlišuje od iných zamestnaní možno charakterizovať ako povolanie založené na špecifických profesionálnych hodnotách, ktoré sú obsiahnuté v týchto atribútoch ošetrovateľského povolania:

- prvý atribút – pevné zariadenie pre službu preto sestry svoju ošetrovateľskú starostlivosť orientujú na podporu, upevňovanie a udržiavanie zdravia;
- druhý atribút je viera v dôstojnosť a hodnotu človeka. Sestra poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť každej bytosti, ktorá ju potrebuje. Ošetrovateľstvo vníma nielen ako vedu, umenie, ale aj ako poslanie;
- tretí atribút – vôľa vzdelávať sa. Sestry musia prispievať k teoretickej báze ošetrovateľstva a testovať teórie ošetrovateľstva v praxi;
- štvrtý atribút je autonómia v rozhodovaní alebo právo na sebaurčenie v svojej profesii.

Predmetom profesionálnej činnosti sestry je ošetrovateľská starostlivosť o chorých alebo postihnutých i starostlivosť o zdravých v zmysle ochrany a upevňovania ich zdravia. Zvoliť si povolanie sestry znamená slobodne sa rozhodnúť pre osobnú službu inému človeku. Povolanie sestry v súčasnej spoločnosti otvára veľa spoločenských a etických otázok. Ich rozmer súvisí jednak s jeho profesionálnou stránkou, ale aj s aspektmi osobného a rodinného života, ktoré hoci sekundárne, ale predsa môžu významne ovplyvňovať kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti sestry o pacientov. Sestry tvoria dôležitý článok pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, bez nich by bolo nemožné realizovať klinickú medicínu v praxi.

Odborná spôsobilosť sestry na výkon povolania § 42 ods.2

Odborná spôsobilosť je súbor teoretických vedomostí a praktických zručností, ktorý nám dovoľuje vykonávať odborné pracovné činnosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Aby sestra poskytovala adekvátnu ošetrovateľskú starostlivosť, musí mať odbornú spôsobilosť. Odbornú spôsobilosť zdravotníckych pracovníkov, ako nevyhnutnú podmienku pre výkon zdravotníckeho povolania, ustanovuje § 33 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch a stavovských organizáciách v zdravotníctve v znení neskorších predpisov, ktorý znie: Odborná spôsobilosť na výkon zdravotníckeho povolania podľa tohto zákona je odborná spôsobilosť na výkon odborných pracovných činností, odborná spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností a odborná spôsobilosť na výkon certifikovaných pracovných činností. Konkrétne podmienky odbornej spôsobilosti sestry a pôrodnej asistentky upravuje Nariadenie vlády č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania. Odborná spôsobilosť na výkon pracovných činností v zdravotníckom povolaní sestra sa získava nadobudnutím:

- vyššieho odborného vzdelania v študijnom odbore diplomovaná všeobecná sestra;
- vysokoškolského vzdelania prvého stupňa v bakalárskom študijnom programe

v študijnom odbore ošetrovateľstvo;

- vysokoškolského vzdelania druhého stupňa v magisterskom študijnom programe v študijnom odbore ošetrovateľstvo, ktoré nadväzuje na získanie vzdelania v bakalárskom študijnom programe.

Sestra, ktorá získala odbornú spôsobilosť na výkon odborných pracovných činností, samostatne vykonáva odborné pracovné činnosti spojené s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré zodpovedajú rozsahu a obsahu získaného vzdelania. Odborná spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností sa získava špecializačným štúdiom v špecializačných odboroch. Sestra, ktorá získala odbornú spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností, samostatne vykonáva špecializované pracovné činnosti podľa akreditovaného špecializačného študijného programu príslušného špecializačného odboru spojené s ošetrovateľskou starostlivosťou, ochranou, podporou udržiavania zdravia a špecializované pracovné činnosti v oblasti výchovy k zdraviu, vzdelávania a výskumu spojené s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Odborná spôsobilosť na výkon certifikovaných pracovných činností sa získava certifikačnou prípravou v certifikovaných pracovných činnostiach. Sestra, ktorá získala odbornú spôsobilosť na výkon certifikovaných pracovných činností, samostatne vykonáva certifikované pracovné činnosti ošetrovateľskej starostlivosti podľa akreditovaného certifikačného študijného programu príslušnej certifikovanej pracovnej činnosti. Podľa prechodného ustanovenia § 78, ods. 3 spomínaného nariadenia vlády sa za získanie odbornej spôsobilosti považuje aj nadobudnutie:

- úplného stredného odborného vzdelania na strednej zdravotníckej škole v študijných odboroch zubná sestra, zdravotná sestra, detská sestra, ženská sestra alebo všeobecná sestra, ktorého získavanie sa začalo podľa predpisov účinných do 30. apríla 2004;
- úplného stredného odborného vzdelania na vojenskej strednej škole v študijných odboroch zdravotná sestra, všeobecná sestra alebo zdravotník, ktorého získavanie sa začalo podľa predpisov účinných do 30. apríla 2004;
- vysokoškolského vzdelania druhého stupňa v spojenom magisterskom študijnom programe v študijnom odbore ošetrovateľstvo, ktoré sa ukončilo do roku 2008;
- vysokoškolského vzdelania v študijných odboroch učiteľstvo odborných predmetov pre stredné zdravotnícke školy, starostlivosť o chorých – psychológia, starostlivosť o chorých – pedagogika alebo učiteľstvo všeobecnovzdelávacích predmetov pedagogika – ošetrovateľstvo podľa predpisov účinných do 27. marca 2002 a sestra môže vykonávať odborné pracovné činnosti zdravotníckeho pracovníka v odbore ošetrovateľstvo alebo vykonávať pedagogickú činnosť v zariadeniach na výchovu a výučbu a na ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov;
- vysokoškolského vzdelania druhého stupňa v magisterskom študijnom programe v externej forme štúdia v študijnom odbore ošetrovateľstvo alebo vysokoškolského vzdelania druhého stupňa v magisterskom študijnom programe v externej forme štúdia v študijnom odbore ošetrovateľstvo – rehabilitácia, ktoré sa začalo do roku 2003, ak nadväzovalo na úplné stredné odborné vzdelanie na strednej zdravotníckej škole.

Odbornú spôsobilosť na výkon odborných pracovných činností sestry spĺňa aj zdravotnícky pracovník, ktorý získal úplné stredné odborné vzdelanie na strednej zdravotníckej škole

v študijnom odbore zdravotná sestra, všeobecná sestra, detská sestra, zubná sestra alebo ženská sestra a vykonával činnosti sestier zodpovedných za všeobecnú starostlivosť najmenej tri roky v priebehu piatich rokov ku dňu nadobudnutia účinnosti tohto nariadenia vlády; u zdravotníckych pracovníkov, ktorí získali úplné stredné odborné vzdelanie na strednej zdravotníckej škole v študijnom odbore zdravotná sestra, všeobecná sestra, detská sestra, zubná sestra alebo ženská sestra a ku dňu nadobudnutia účinnosti tohto nariadenia vlády nevykonávali činnosti sestier najmenej tri roky v priebehu piatich rokov, zamestnávateľ umožní preškolenie na obnovu odbornej spôsobilosti podľa § 34 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti.

Vzdelávanie sestier

Transformácia ošetrovateľského vzdelávania sa začala začiatkom 90. rokov. Jej cieľom bolo: prispieť k zvýšeniu úrovne ošetrovateľskej starostlivosti, zabezpečiť kompatibilitu a stupeň vzdelávania sestier. Na výkon odborných pracovných činností sestry sa požaduje získanie vysokoškolského vzdelania v I. stupni v bakalárskom študijnom programe (Bc.), odbor ošetrovateľstvo. Štúdium trvá v dennej forme tri roky a zahŕňa 4600 hodín, je pomerne rozdelené na teoretickú a praktickú časť. Sestry si môžu ďalej zvýšiť stupeň vysokoškolského vzdelania v magisterskom študijnom programe II. Stupňa (Mgr.), odbor ošetrovateľstvo. Absolventi magisterského štúdia môžu v odbore ošetrovateľstvo vykonať rigoróznú skúšku a získať titul PhDr. a v III. stupni vysokoškolského štúdia získať vedecko-pedagogický titul PhD. Habilitačným konaním sa stávajú docentmi v odbore ošetrovateľstvo a po inauguračnom konaní i univerzitnými profesormi ošetrovateľstva. Vedecké tituly docent a profesor v odbore ošetrovateľstva sú podmienkou pre výchovu a vzdelanie v danom odbore. Kvalita vzdelávania a praktickej výučby dáva absolventom tohto štúdia dostatočne vedomosti a zručnosti pre výkon ošetrovateľskej starostlivosti. Vzdelanie na základe odporúčania Európskej únie pre regulované povolanie sestry je prvoradou a nevyhnutnou podmienkou profesionálneho uplatnenia. Celoživotné vzdelávanie je považované za nástroj, ktorý umožňuje sestram získať najnovšie poznatky, aktuálne informácie, zručnosti a reagovať na dynamické zmeny. Európske smernice kladú dôraz na zabezpečenie celoživotného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov a to z dôvodu prevencie potenciálneho poškodenia pacienta. Ustanovujú povinnosť členských štátov zabezpečiť sústavné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov a nechávajú na ich zodpovednosť, akým spôsobom to splnia. Podľa Zákona NR SR č. 578/2004 Z. z. § 42 ods.2 o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, je sústavné vzdelávanie definované ako: priebežné obnovovanie a udržiavanie získanej odbornej spôsobilosti v súlade s rozvojom príslušných odborov po celý čas výkonu zdravotníckeho povolania.

Formy sústavného vzdelávania

Sústavné vzdelávanie ako formu ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov ustanovuje v § 2 písm. d) 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. Sústavné vzdelávanie sa uskutočňuje v akreditovaných študijných programoch sústavného

vzdelávania, alebo v neakreditovaných vzdelávacích aktivitách. Akreditovaný študijný program sústavného vzdelávania sa môže uskutočňovať :

- prezenčnou metódou - priamy kontakt školiteľa s účastníkom sústavného vzdelávania;
- dištančnou metódou – komunikácia medzi školiteľom a účastníkom sústavného vzdelávania prostredníctvom informačno – komunikačných technológií;
- kombinovanou metódou - využíva obidve metódy vzdelávania.

Neakreditovanou vzdelávacou aktivitou sa rozumie jednorazová vzdelávacia aktivita zaradená do sústavného vzdelávania.

Hodnotenie sústavného vzdelávania

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek (SKSaPA) využíva pre efektívne hodnotenie sústavného vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek projekt, realizovaný prostredníctvom operačného programu Vzdelávanie 2.2. V rámci realizačnej fázy projektu bolo vytvorených 7 regionálnych centier hodnotenia sústavného vzdelávania v krajských mestách, a to v Trnave, Nitre, Trenčíne, Žiline, Banskej Bystrici, Prešove, Košiciach a v Bratislavskom samosprávnom kraji to zabezpečuje kancelária komory so sídlom v Bratislave. Regionálne centrá zabezpečujú priebeh hodnotenia sústavného vzdelávania:

- porovnaním a potvrdením zadaných údajov o absolvovaných aktivitách sústavného vzdelávania a praxe s predloženými originálmi týchto dokladov;
- poskytovaním podpory a poradenstva sestрам a pôrodným asistentkám v procese hodnotenia sústavného vzdelávania.

Samotný proces hodnotenia sústavného vzdelávania zabezpečujú hodnotitelia, ktorí pracujú priamo v teréne. V rámci projektu ich v súčasnosti pôsobí 31. Od dňa registrácie počas päťročného cyklu hodnotenia sústavného vzdelávania musí sestra alebo pôrodná asistentka získať 100 kreditov. 50 kreditov získava samo štúdiom a výkonom odbornej praxe v dĺžke najmenej štyri roky, v nemerateľnej zložke a ďalších 50 kreditov za absolvovanie aktivít sústavného vzdelávania, ako je to uvedené v prílohe č. 5 Nariadenia vlády č. 322/2006 Z. z., ktorá pojednáva o spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností. Do merateľnej zložky patria vzdelávacie aktivity na lokálnej, okresnej, krajskej a celoslovenskej úrovni, odborné stáže, pedagogická činnosť, publikačná a vedeckovýskumná činnosť. Jedným zo základných cieľov projektu hodnotenia sústavného vzdelávania je rozvíjanie E-learningových programov a odborných vzdelávacích aktivít, ktorých cieľom je dosahovanie vysokej efektivity a kvality interného a externého vzdelávania, zvýšenie technickej gramotnosti a šance získavania a využívania informácií.

E- learning

E-learning definujeme ako multimediálnu podporu vzdelávacieho procesu s použitím moderných informačných prostriedkov a komunikačných technológií, ktorý je spravídla realizovaný prostredníctvom počítačových sietí. Jeho základnou úlohou je slobodný prístup k vzdelávaniu v čase a priestore. Formy e-learningu sú spravídla delené na off-line a on- line. Off-line e-learning nevyžaduje pripojenie počítača k inému prostredníctvom počítačovej siete a študijné materiály sa získavajú pomocou pamäťových nosičov. Je vhodný pre domácu prípravu a zmiešané vzdelávanie – spojenie prezenčného vzdelávania a e-learningovej

multimediálnej podpory (Blended learning). On-line e-learning poznáme ako synchronne (stále pripojenie a komunikácia v reálnom čase) a asynchronne (účastníci nekomunikujú v reálnom čase, študenti komunikujú prostredníctvom diskusných fór) vzdelávanie. Sestry plnia svoje profesijné role v priamom kontakte s jednotlivcami i s odlišnými skupinami osôb. S rýchlymi spoločenskými zmenami vzrastajú nároky na ich profesionalitu. Flexibilné formy ďalšieho vzdelávania by malo umožniť získavať potrebné znalosti a prehĺbiť tak ich kompetencie v praxi. Pre vzdelávacie inštitúcie je to výzva k vytváraniu ponuky vhodných foriem ďalšieho vzdelávania.

Ošetrovateľstvo ako regulované povolanie

Ošetrovateľstvo je povolaním, zároveň profesiou. *Povolanie* možno vo všeobecnosti chápať ako pracovnú oblasť, klasifikovanú podľa niektorých znakov, ako sú príprava, vedomosti, zručnosti, charakter samotnej práce, motivácia a pod., pričom povolania sú ohraničené a ovládané pomocou noriem a zákonov. *Profesiou* možno nazvať povolanie so špeciálnou kombináciou charakteristík, ako je autonómia, záväznosť a zodpovednosť. Profesiou sestry vnímame ako povolanie a poslanie v jednom, patrí medzi pomáhajúce profesie, ktorých hlavnou náplňou je pomáhať ľuďom, teda pacientom/klientom, ktorí sú chorí, utrpení, nevládni a odkázaní na pomoc iných. Sestra predstavuje v spoločnosti istý model, ktorý vyniká odbornými vedomosťami, praktickými zručnosťami a ľudskou ochotou pomáhať tým, ktorí to najviac potrebujú. Byť sestrou znamená slobodne sa rozhodnúť pre službu inému človeku, ktorá spočíva v pomoci pri ochrane, podpore a prinavracaní zdravia, pričom aktívna spolupráca, porozumenie a dôvera medzi sestrou a pacientom sú jedným so základných pilierov poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Profesia sestry si vyžaduje fyzicky zdatnú a emocionálne zrelú osobnosť, ktorá má byť pohotová v myslení a konaní, prípadne má vedieť zachovať diskretnosť a mlčanlivosť. Na to, aby sestra vedela pacientom či klientom poskytnúť kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť, zvládnuť efektívnu komunikáciu, pozitívne vytvárať interpersonálne vzťahy, vždy vedieť poradiť a chrániť pacientov pred neetickým správaním sa personálu v zdravotníctve, musí byť predovšetkým vzdelaná. Kvalitné vykonávanie sesterského povolania si vyžaduje kontinuálny proces získavania odborných zručností a vedomostí aj po ukončení štúdia a nástupe do praxe. **Regulácia** zohráva v profesii dôležitú úlohu. Je charakterizovaná ako riadený zásah, ktorým sa zachováva stabilita funkcie a správania riadenej sústavy, keď na ňu pôsobia rušivé vplyvy. Tento regulačný systém umožňuje profesii kontrolovať prípravu na povolanie a prax, požiadavky na vzdelanie, systém kontroly dodržiavania odbornosti a mechanizmus disciplinárneho konania. Regulácia vnáša do povolania poriadok, dôslednosť a kontrolu. Uskutočňuje sa procesom *registrácie*. Sestry a pôrodné asistentky patria medzi päť regulovaných povolanií v oblasti zdravotníctva, medzi ktoré patria aj lekári, stomatológovia a farmaceuti, určené WHO v roku 1992. Tieto profesie sú spojené na základe vyššie uvedeného zásadného rámca do ucelenej profesie zdravotníctvo. Regulácia má niekoľko možných mechanizmov, z ktorých sú dôležité najmä *koncesie, licencie, registrácia, certifikácia a akreditácia*. Účinnosťou zákona NR SR č. 311/2002 Z. z. o povolaní sestry; o povolaní pôrodnej asistentky; o Slovenskej komore sestier a pôrodných asistentiek a o zmene a doplnení zákona Slovenskej národnej rady č. 14/1992 Zb. o Slovenskej komore stredných zdravotníckych pracovníkov a o Slovenskej komore zubných

technikov, účinným od 22. júna 2002 a následne zákonom NR SR č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve účinného od 1. novembra 2004, bola stanovená *povinná registrácia* všetkých regulovaných zdravotníckych povolání. Rozsah regulácie môže zahŕňať začiatočnú všeobecnú prax, pokračujúcu, vyššiu a špeciálnu prax. Európske normy pre vzdelanie určujú nielen predprípravné vzdelanie, ktoré môže výrazne ovplyvniť profesionálnu prípravu, ale i samotné ošetrovateľské vzdelanie, jeho obsah a trvanie.

Regulačné mechanizmy poskytovania kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti

Registrácia v podobe národného registračného systému znamená zapísanie sestry do registra a vydanie potvrdenia o registrácii. Je to jeden z najdôležitejších mechanizmov regulácie riadený vládou, ktorý zabezpečuje požadovanú profesionalitu v poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti a zabraňuje nekvalifikovaným silám vstupovať do profesijných činností. Registrácia ako proces dokumentácie a udržiavania záznamov jednotlivcov sa zaviedol aj na Slovensku a realizuje ho Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek so sídlom v Bratislave. Registrované sestry alebo registrované pôrodné asistentky majú v národnom a medzinárodnom meradle vyššiu prestíž. Ošetrovateľstvo a medicína boli prvými profesiami vo svete, ktorých prax bola regulovaná legislatívou. Prvou krajinou, ktorá v prípade ošetrovateľstva prijala v roku 1991 zákon o registrácii sestier bol Nový Zéland. Ďalej ho nasledovali štáty v USA, Veľká Británia, Európske krajiny a Austrália. V Zákone č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch a stavovských organizáciách v zdravotníctve v znení neskorších predpisov, kde je ustanovený § 31 Podmienky pre výkon zdravotníckeho povolania v ods. 1 písm. e) je uvedená registrácia, podľa ktorej je každý zdravotnícky pracovník povinný zaslať príslušnej komore údaje k zápisu do registra (Zákon NR SR č. 578/2004 Z. z.). Ako podotýka JUDr. Martina Sekáčová vo svojom príspevku *Zmeny v registrácii a členskom*, bez registrácie v príslušnej komore nemôže zdravotnícky pracovník vykonávať svoje povolanie. SK SaPA udelí výnimku a dočasne pozastaví *registráciu* v prípade, ak o to zdravotnícky pracovník požiada z dôvodu prerušenia výkonu zdravotníckeho povolania, napr. materskej dovolenky, odchodu do zahraničia alebo bol výkon zdravotníckeho povolania pracovníkovi zakázaný, najviac na čas trvania tohto zákazu. Komora má právo zrušiť registráciu tomu, kto o to požiada v súvislosti s ukončením výkonu zdravotníckeho povolania za predpokladu, že sa doň už nevráti, napr. osoby na starobnom, invalidnom dôchodku alebo trvalo pracujúce mimo zdravotníctva alebo dotýčný prestal spĺňať podmienky pre výkon zdravotníckeho povolania. Obnova registrácie z týchto uvedených dôvodov je bezplatná.

Medzi najdôležitejšie činnosti SK SaPA patria:

- regulácia a registrácia;
- zabezpečovanie kontinuálneho vzdelávania;
- právna ochrana sestier a pôrodných asistentiek;
- riešenie aktuálnej problematiky v profesii sestier a pôrodných asistentiek;
- globálne riešenie problematiky profesie sestier a pôrodných asistentiek na rokovaníach snemov SK SaPA;

- medzinárodné aktivity v súlade s odporúčaniami WHO, prispôsobovanie sa trendom smerujúce k vyššej spoločenskej prestíži sestier a pôrodných asistentiek;
- spolupráca s inými organizáciami, napr. so Slovenským odborovým zväzom zdravotníctva a sociálnej práce, Slovenským červeným krížom, vládou SR, MZ SR, MŠ SR a pod;
- vydávanie časopisu Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistancia;
- odhaľovanie, analýza a riešenie finančnej, vzdelávacej, sociálnej a právnej situácie súvisiacej s profesiou sestry a pôrodnej asistentky a mnohé ďalšie.

Akreditácia je štátne overenie spôsobilosti vzdelávacej inštitúcie uskutočňovať akreditovaný vzdelávací program na základe splnenia podmienok ustanovených zákonom č. 568/2009 Z. z. o celoživotnom vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov. O udelení akreditácie rozhoduje Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky na základe stanoviska Akreditačnej komisie pre ďalšie vzdelávanie. Povinnosťou zdravotníckych pracovníkov, teda aj sestier je sústavne sa vzdelávať, zvyšovať alebo prehĺbovať si odbornú spôsobilosť v príslušnom odbore, za účelom ochrany pacienta pred poskytnutím neadekvátnej zdravotnej starostlivosti. Vzdelávanie týchto pracovníkov môžu uskutočňovať vzdelávacie ustanovizne len v akreditovaných študijných programoch. Zákonom NR SR č. 528/2003 Z. z., ktorým sa menil a doplnil zákon č. 131/2002 Z. z. o vysokých školách, ako aj v tom čase platný zákon č. 277/1994 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, sa po vyše 50 rokoch trvania monopolného vzdelávania v Slovenskej republike po prvýkrát v systéme vzdelávania zaviedla pluralita a zároveň otvorila cesta pre ostatné vzdelávacie ustanovizne. V praxi sa tým umožnilo vytvoriť právny priestor o uchádzanie sa aj iných vzdelávacích ustanovizní o akreditáciu ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. Doposiaľ Slovenská zdravotnícka univerzita (SZU) v Bratislave, ako jediná vzdelávacia inštitúcia na území Slovenska, mala právo na realizáciu ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov a vydávanie celoštátne platných dokladov o tomto absolvovanom vzdelaní. Akreditáciou vysokoškolského vzdelávania zdravotníckych pracovníkov sa zaoberá *Akreditačná komisia vlády Slovenskej republiky* so sídlom na Ministerstve školstva SR v Bratislave. Akreditáciou špecializačného a certifikačného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov sa zaoberá *Akreditačná komisia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov*, ktorá je od roku 2004 zároveň odborným poradným orgánom Ministerstva zdravotníctva SR vo veciach ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov.

Koncepcia odboru ošetrovatel'stva

Rola sestry prešla v minulosti zložitým vývojom, ktorá sa mení ešte aj dnes. Tempo, akým sa ošetrovatel'stvo vyvíja, súvisí s kontextom ošetrovatel'skej praxe a jej cieľavedomou a intenzívnou odbornou prípravou. V súčasnosti sestry vykonávajú oveľa náročnejšie práce a pracujú samostatnejšie a vedeckejšie ako kedysi. Profesionálne ohodnotenie sestry musí mať formu registrácie, pričom spôsobilosť pre prax a jej vykonávanie je legislatívne usmerňovaná. Najdôležitejším dokumentom pre spôsobilosť v odbore ošetrovatel'stvo je *Koncepcia ošetrovatel'stva* z roku 1994, smerujúca k naplneniu týchto cieľov, podporovaná odporúčaniami Svetovej zdravotníckej organizácie, Medzinárodnej rady sestier (ICN) a smernicami Rady Európskej únie. V máji 2006 bola schválená novelizovaná koncepcia

odboru ošetrovateľstva pod číslom 14535/2006-OO. Koncepcia ošetrovateľstva definuje a vymedzuje hlavné úlohy odboru ošetrovateľstva zamerané na udržiavanie a podporu optimálneho zdravia osoby, rodiny, komunity a podporu aktívnej účasti v starostlivosti o vlastné zdravie. Cieľom je monitorovať, uspokojovať potreby, poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu a ošetrovateľských štandardov ako jedným z metodických postupov sestry pri práci so zdravým a chorým jedincom a komunitou (Vestník MZ SR, čiastka 15-16/1994); Riadenie ošetrovateľskej starostlivosti má vychádzať z najnovších vedeckých poznatkov, teórií a metód získané výskumom tak, aby boli v zhode s etickými princípmi a právami pacienta, čím sa dosiahne maximálna kvalita a efektívnosť poskytovaných služieb. Ošetrovateľstvo odborne a metodicky riadi Ministerstvo zdravotníctva SR v spolupráci s *hlavnou odborníčkou pre ošetrovateľstvo MZ SR* a Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek. Neoddeliteľnou súčasťou koncepcie je vízia na vzdelávanie pracovníkov ošetrovateľstva. Podmienkou pre vykonávanie zdravotníckeho povolania v kategórii sestra je získanie odbornej spôsobilosti v akreditovaných študijných programoch. Sústavné vzdelávanie je vzhľadom na dynamický rozvoj odboru veľmi dôležité a udržiavanie získanej odbornej spôsobilosti po celý čas výkonu povolania sestry v súlade so smernicami Európskej únie, je nevyhnutné.

Kompetencie sestier v zmysle platnej legislatívy

Kompetencie sestry sú dôležitým nástrojom poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti, pretože sa v nich odrážajú roly sestry a odborná príprava na výkon tohto povolania. Vydaním právnych noriem Ministerstvom zdravotníctva SR a Ministerstvom školstva SR sa zaručuje samostatnosť, zodpovednosť, autonómnosť a kvalifikácia v kategórii sestra a pôrodná asistentka na úrovni Európskej únie. Rozsah kompetencií sestry a pôrodnej asistentky upravuje v zmysle zákona Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z., ktorá vymedzuje výkony vykonávané registrovanou sestrou alebo registrovanou pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára alebo v spolupráci s lekárom. Tieto výkony môže realizovať len sestra alebo pôrodná asistentka, ktorá je v zmysle zákona NR SR č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov *registrovaná v Slovenskej komore sestier a pôrodných asistentiek*. Sestra je povinná poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť v súlade s právnymi predpismi, v rozsahu štúdiom a odbornou praxou získaných vedomostí a zručností, v súlade so štandardmi a lekárskou diagnózou. Okrem iného zákon č. 578/2004 Z. z. ustanovuje podmienky poskytovania zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a zdravotníckeho povolania charakterizuje ako súbor pracovných činností, ktoré vykonáva zdravotnícky pracovník aj pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a ochrane zdravia ľudí. *Vyhláškou MZ SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom* a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom (v znení č. 470/2006 Z. z.) sa ustanovuje rozsah ošetrovateľskej praxe, ak ju podľa §62 až §64 zákona poskytujú *registrovaná sestra* v súlade s právnymi predpismi a v rozsahu štúdiom a odbornou praxou získaných vedomostí a zručností podľa osobitného predpisu, štandardmi a lekárskou diagnózou, a ak osoba potrebuje lekársku starostlivosť poskytuje tieto činnosti *samostatne*:

- identifikuje potreby ošetrovateľskej starostlivosti osoby, rodiny alebo komunity a zabezpečuje alebo vykonáva uspokojovanie potrieb súvisiacich so zdravím, chorobou alebo umieraním;
- rozhoduje o úkonoch týkajúcich sa poskytovania a riadenia ošetrovateľskej starostlivosti v závislosti od zistených potrieb osoby, rodiny alebo komunity, ktorej poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť;
- podieľa sa na zavádzaní systému kvality a hodnotí kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti;
- podieľa sa na tvorbe štandardov v ošetrovateľstve a v ošetrovateľskej starostlivosti;
- organizuje a zabezpečuje plnenie intervencií v poradí, ktoré zodpovedá potrebám osoby a je v súlade s liečebným plánom určeným lekárov, ak osoba potrebuje lekársku starostlivosť;
- podporuje presadzovanie a obhajovanie potrieb a práv osoby;
- zabezpečuje a vykonáva činnosti súvisiace s prijatím, prepustením, preložením a úmrtím osoby;
- vedie ošetrovateľskú dokumentáciu, kontroluje a analyzuje záznamy v ošetrovateľskej dokumentácii;
- používa posudzovacie stupnice v ošetrovateľstve;
- zabezpečuje poskytovanie kontinuálnej ošetrovateľskej starostlivosti osobe po prepustení z ústavnej zdravotnej starostlivosti do domácej ošetrovateľskej starostlivosti;
- poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť v domácom prostredí a v inom prirodzenom sociálnom prostredí osoby;
- odporúča zdravotnú starostlivosť a spoluprácu s inými fyzickými osobami a právnickými osobami v prípade potreby;
- edukuje osobu, rodinu alebo komunitu o ošetrovateľskej starostlivosti s dôrazom na sebastačnosť;
- poskytuje informácie súvisiace s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti v potrebnom rozsahu osobe, rodine alebo komunite;
- uskutočňuje ošetrovateľský výskum a jeho výsledky využíva v ošetrovateľskej praxi;
- podieľa sa na praktickom vyučovaní v študijnom odbore ošetrovateľstvo;
- riadi a koordinuje prácu členov ošetrovateľského tímu, najmä zdravotníckeho asistenta a sanitára, zabezpečuje dodržiavanie hygienických predpisov daného úseku práce, spolupracuje s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi;
- podieľa sa na ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia;
- zabezpečuje hygienu prostredia, dezinfekciu a sterilizáciu zdravotníckych pomôcok, prístrojov, nástrojov a zariadení používaných pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, podľa stupňa náročnosti vykonáva dezinfekciu a sterilizáciu;
- zabezpečuje dodržiavanie bezpečného prostredia osoby a ochranu jej intimity pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti;

- odporúča používanie voľnopredajných liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín.

Pri výkone ošetrovateľskej praxe registrovaná sestra samostatne ďalej vykonáva:

- meranie, sledovanie a interpretovanie zistených numerických a klinických údajov fyziologických a vitálnych funkcií osoby v rozsahu nevyhnutnom na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti;
- orientačné vyšetrenie zrakovej ostroti pomocou optotypov a sluchovej ostroti;
- ošetrovateľskú rehabilitáciu a podieľa sa na prevencii porúch z imobility;
- hodnotenie a ošetrovanie poruchy celistvosti kože a slizníc;
- aplikáciu zábalov a obkladov;
- odsávanie sekrétov z dýchacích ciest;
- ošetrovanie drénov, periférnych a centrálnych katérov, epidurálnych katérov, permanentných močových katérov, kanýl a stómii.

Na základe indikácie lekára registrovaná sestra samostatne poskytuje aj ošetrovateľskú starostlivosť deťom, vrátane novorodencov nasledovne:

- pripravuje osobu na diagnostické a terapeutické výkony a poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť počas týchto výkonov a po ich skončení;
- meria vitálne funkcie;
- odoberá biologický materiál;
- prevážuje a ošetruje rany s výnimkou rán, ktoré svojim priebehom hojenia vyžadujú zásah lekára;
- zavádza žalúdočné a dvanástnikové sondy, permanentné močové katétre u žien a rektálne rúrky;
- aplikuje kyslíkovú liečbu, enterálnu výživu, klystíry a liečivé kúpele;
- vykonáva kontinuálnu abdominálnu peritoneálnu dialýzu;
- podáva lieky všetkými dostupnými formami; intravenózne lieky a parenterálnu výživu môže podávať na základe písomného poverenia lekára;
- vykonáva funkčnú diagnostiku.

Podľa § 3 tejto vyhlášky sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou v spolupráci s lekárom. Sestra vykonáva aj ošetrovateľské výkony, ktoré súvisia s diagnostickými a liečebnými výkonmi, ktoré uskutočňuje lekár pri:

- zavádzaní epidurálneho katétra, močového katétra u detí a mužov;
- chirurgických výkonoch;
- endoskopických vyšetreniach;
- invazívnych a neinvazívnych výkonoch;
- podávaní kontrastných látok intravenóznou formou;
- podávaní transfúzných liekov a transfúzných prípravkov.

JUDr. Sekáčová v príspevku *Rozsah činností sestry* uvádza, že poverenie na intravenóznou aplikáciu liekov a parenterálnej výživy tvorí príloha tejto vyhlášky a pre poverenie platia nasledovné zásady: platnosť poverenia je maximálne šesť mesiacov; povereniu predchádza poučenie registrovanej sestry alebo registrovanej pôrodnej asistentky o postupe pri výskyte možných komplikácií spojených s aplikáciou, pričom poverenie musí byť prijaté na základe

slobodného rozhodnutia a bez nátlaku; registrovaná sestra alebo pôrodná asistentka má právo odmietnuť podpísanie poverenia pre aplikáciu intravenózných liekov alebo parenterálnej výživy tak, ako je to v súlade s *Chartou práv sestier a pôrodných asistentiek*. Proces transformácie v zdravotníctve v odbornej zložke prípravy a zmeny v obsahu vzdelávania sestier viedol k viacerým úrovňam vzdelania a kvalifikácie, čím zvýraznil potrebu koncipovať ošetrovateľské vzdelávanie na Slovensku tak, aby bolo kompatibilné v obsahu, rozsahu a podmienkami štúdia s vyspelými krajinami; spĺňalo európske normy vzdelávania a obsah vzdelávania bol orientovaný nielen na chorých, ale aj zdravých jedincov v rámci primárnej ošetrovateľskej starostlivosti. Táto koncepcia vzdelávacej stratégie sestier zdôraznila nutnosť chápať vzdelávanie ako prvý krok na ceste k celoživotnému vzdelávaniu v súlade s vývojom praxe a vedeckých poznatkov. Napriek veľkým snahám zmeniť súčasný systém vzdelávania sestier v Slovenskej republike naďalej pretrvávajú nízke spoločenské a ekonomické hodnotenie sesterského povolania, odchod kvalifikovaných sestier do zahraničia za lepšími pracovnými podmienkami. Je nevyhnutné zmeniť pôvodné medicínske myslenie sestier na ošetrovateľské, posilniť komunikačné zručnosti, kritické a tvorivé myslenie a pripraviť sestry nielen na ošetrovateľskú prax, ale aj na výskum vzdelávanie a manažment. Problémy v oblasti vzdelávania sestier, ich kompetencie v zdravotníckom a sociálnom systéme, pohyb sestier medzi krajinami a rôznymi zdravotníckymi systémami, ich rozdielne spoločenské a ekonomické hodnotenie, by malo byť v centre pozornosti.

Kompetencie sestier

V súvislosti s prebiehajúcimi zmenami vzdelávania v ošetrovateľstve je potrebné sa zaoberať kompetenciami sestier. V ošetrovateľstve vychádzajú kompetencie zo syntézy rôznych komponentov tak, aby zodpovedali normám požadovaných profesií. Reprezentujú dynamickú kombináciu etických hodnôt, postojov, osobnostných vlastností, kognitívnych zručností, vedomostí, interpersonálnych, intelektuálnych a praktických zručností. Ošetrovateľstvo bolo prvým regulovaným zdravotníckym povoláním, ktoré bolo zahrnuté do projektu Tuning Educational Structures in Europe. V rokoch 2000-2004 sa na báze diverzity a autonómie edukačných konštruktov (kurikúl) riešila aj problematika generických a špecifických kompetencií. Cieľom projektu bolo vytvoriť podmienky pre kompatibilitu a transparentnosť vzdelávania v Európe. Projekt nadväzoval na výzvy Bolonskej deklarácie a na základe dotazníkovej prieskumnej štúdie boli formulované nasledujúce oblasti kompetencií sestry:

- profesionálne hodnoty a rola sestry;
- ošetrovateľská prax a klinický rozhodovací proces;
- vedomosti a kognitívne kompetencie;
- komunikačné a interpersonálne kompetencie;
- vedenie, manažment a tímové kompetencie.

Tuning kompetencie poskytujú flexibilitu a autonómiu pri ich tvorbe, sú opisované ako odporúčania pre návrh kurikúl a ich evaluáciu, nie ako rigidný príkaz. Štruktúra a zameranie kompetencií je odrazom profesionálnych rolí sestier, ich spoločenského, ale aj sociálneho statusu. Kompetencie sestier na Slovensku legislatívne upravuje Vyhláška MZ SR č. 364/2005. Z.z. Vyhláška určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne

– zahŕňa posudzovanie, diagnostiku, plánovanie, realizáciu a vyhodnotenie ošetrovateľskej starostlivosti uskutočňovanej metódou ošetrovateľského procesu.

Roly sestry

Profesia sestry zahŕňa určitý systém rolí, rolového správania predpokladaného spoločenským statusom povolania. Roly vyplývajúce z určitého povolania označujeme ako profesijné roly. Každý z týchto rolí zodpovedá súbor očakávaní, ktoré sa vzťahujú na správanie a konanie sestier. Poznanie profesijnej roly sestry umožňuje posúdiť túto rolu z etického hľadiska a urobiť potrebné zmeny v obsahu alebo v spôsobe a podmienkach jej vykonávania. Len málo profesií v poslednom období prešlo takými zmenami ako povolanie sestry. Rola sestry prešla zložitým vývojom v minulosti a mení sa aj dnes. Udržanie štandardu ošetrovateľskej starostlivosti vyžaduje od sestier nové vedomosti a širšie spektrum poznatkov. Povolanie sestry tvorí celý systém spoločenských rolí, ktoré sú vzájomne prepojené.

Najčastejšie sestra vystupuje v týchto rolách:

Ošetrovateľka – je rola ľudských vzťahov. Hlavným cieľom sestry je prinášať poznanie o tom, čo je dôležité, a poskytovať podporu. Sestra podporuje pacienta postojmi a činnosťami, ktorými prejavuje záujem o jeho dobro a jeho uznanie ako osoby.

Komunikátorka – účinná komunikácia je základným prvkom všetkých profesií, uľahčuje ošetrovateľské činnosti, formuje vzťahy medzi sestrami a pacientmi, sestrami a podpornými osobami a medzi sestrami navzájom.

Učiteľka – učenie je proces interakcie medzi učiteľom a učiacim sa, v ktorom sa dosahujú špecifické ciele alebo potrebné zmeny správania. Cieľom zmeny v správaní je získanie nových poznatkov alebo technických zručností. Je veľa faktorov, ktoré zvýšili požiadavky na zdravotno-výchovné pôsobenie vykonávané sestrami. Pribúdanie dlhodobých chorôb a postihnutí si vyžaduje, aby pacient a jeho rodina poznali chorobu, a boli dobre oboznámení s jej liečbou.

Poradkyňa – poradenstvo je proces pomáhajúci pacientovi spoznať stresové psychické či sociálne problémy a vyrovnáť sa s nimi, rozvíjať lepšie medzilidské vzťahy a rast osobnosti. Sestra sa zameriava na pomoc ľuďom rozvíjať nové postoje, pocity a konanie, nabáda klienta prijímať alternatívne riešenia. Poradenstvo môže sestra robiť jednotlivito, alebo v skupinách. Musí prejavovať vôľu modelovať a učiť požadovanému správaniu, byť otvorenou voči ľuďom a prejavovať záujem a starostlivosť o ich blaho.

Advokátka – obhajuje záujmy inej osoby alebo dôvodí, dokazuje určitú vec či návrh. Advokácia znamená napomáhanie toho, čo je pre pacienta najlepšie, v prospech uspokojenia jeho potrieb a ochrany jeho práv.

Nositeľka zmien – je osoba, ktorá podnieti zmeny alebo pomáha iným robiť zmeny v sebe samých či v systéme. Sestra môže pomáhať pri uplatňovaní zmien na individuálnej, inštitucionálnej, profesionálnej i spoločenskej úrovni. Účinný nositeľ zmien musí byť obratným komunikátorom, ktorý je schopný navodiť dobré interpersonálne vzťahy.

Líderka – prostredníctvom interpersonálnych vzťahov pomáha pacientovi dosiahnuť ciele smerujúce k zlepšeniu jeho blaha.

Manažérka – poveruje ošetrovateľskými úkonmi iné sestry a pomocné sily, dohliada na ich činnosť a vyhodnocuje ju. Manažment si vyžaduje prehľad o organizačnej štruktúre,

dynamiku, vážnosť a zodpovednosť, vodcovstvo, teóriu zmeny, advokáciu delegovanie právomocí, dohľad a vyhodnocovanie.

Výskumníčka – pozná výskumný proces a jeho terminológiu, citlivo posudzuje veci týkajúce sa ochrany práv jedincov, zúčastňuje sa na výbere významných výskumných problémov, kriticky využíva výsledky výskumu. Ošetrovateľstvo sa v spoločnosti vynára ako sociálne významná, dôveryhodná, vedecká a učená profesia, so záväzkom vysoko kvalitatívnej starostlivosti o pacienta a preto výskum pre sestry sa stáva nevyhnutnosťou.

Mentorka – zodpovedá za klinický dohľad nad študentmi ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie. Táto rola predpokladá adekvátnu klinickú a pedagogickú spôsobilosť a zreľú osobnosť.

Roly sestier ovplyvňujú zmeny v spoločnosti, systém zdravotnej starostlivosti, nové poznatky a technológie, celkový zdravotný stav obyvateľstva. Na tento vývoj reaguje vzdelávanie sestier i ošetrovateľská prax, čo vedie k zmenám rolí sestier. Európska konferencia o ošetrovateľstve deklaruje zmeny roly sestier rozšírením ich činností tým, že majú pôsobiť pri rozhodovaní a plánovaní zdravotnej starostlivosti na všetkých úrovniach. Pokroková prax sestier v rôznych krajinách odráža rôzne roly, ktoré vychádzajú zo získanej špecializácie, alebo zo zamerania na určitú skupinu pacientov. Tendenciu k výkonu odborných činností majú najvyššiu v primárnej alebo ambulantnej starostlivosti, kde poskytujú súbor služieb, ktoré by inak vykonávali lekári (prvý kontakt, kontinuálna starostlivosť pacienta s chronickými chorobami, predpisovanie liekov, alebo objednávanie vyšetrení). Do značnej miery ide o prechod roly z lekárov na sestry s cieľom znížiť nároky na čas lekára, zlepšiť prístup pacientov k starostlivosti a znížiť náklady. V nemocnici ide predovšetkým o zabezpečenie vedenia a riadenia starostlivosti, vzdelávanie a dohľad na nižšie postavené sestry, zdravotníckych asistentov a podpora vysokých štandardov kvality starostlivosti a bezpečnosti pacientov. Túto rolu modernej sestry navrhla a definovala ICN v roku 2008: Advanced Practices Nurse je registrovaná sestra, ktorá získala odborné znalosti a zručnosti pre rozhodovanie, kompetencie klinickej rozšírenej praxe a vlastnosti formované kontextom krajiny, v ktorej vykonáva odborné pracovné činnosti. Odporúčaná vstupná úroveň je magisterské štúdium.

Práva a povinnosti sestier

Rhodes a Miller (1984, s.1) definujú zákon ako „systém princípov a procesov, ktorými ľudia žijúci v spoločnosti kontrolujú ľudské správanie v snahe minimalizovať použitie násillia ako spôsobu riešenia konfliktných záujmov.“ V ošetrovateľstve má zákon niekoľko funkcií:

- vytvára rámec na určenie, ktoré činnosti sestry v starostlivosti o pacienta sú legálne;
- diferencuje zodpovednosti sestry od zodpovednosti iného zdravotníckeho personálu;
- pomáha stanoviť hranice pre nezávislé úkony v ošetrovateľstve;
- pomáha udržiavať štandardy ošetrovateľskej praxe tým, že robí sestry zodpovedné pred zákonom.

Od roku 2005 vstúpili do platnosti zákony, ktoré podstatne ovplyvnili ošetrovateľstvo. Zmeny v legislatíve dávajú sestrám do rúk kompetencie potrebné na vyzdvihnutie ošetrovateľstva ako samostatnej vednej disciplíny. V súvislosti s týmito zmenami a zvýšením počtu sestier s vysokoškolským vzdelaním sa začína meniť status sestry v spoločnosti, ale aj v zamestnaní.

Aby sestry dosiahli ciele súčasného ošetrovateľstva, musia sa zúčastňovať na tvorbe legislatívy a viac sa verejne angažovať. Ošetrovateľstvo je súčasťou celého komplexu systému poskytovania zdravotnej starostlivosti. Jeho zdokonaľovanie a zvyšovanie jeho efektívnosti je teda multidisciplinárny a interdisciplinárny problém, ktorý sa musí riešiť komplexne a permanentne na základe vedeckého skúmania, teoretických východísk, ako aj empirického poznania doterajšej praxe a súčasného stavu. *V tejto súvislosti sú predovšetkým potrebné tri kroky:*

1. prednostne a to na najvyššej politickej úrovni by malo byť ustanovené menovanie hlavnej ministerskej sestry, ďalej by mali byť zastúpené odbory ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie, ako aj vytvorenie podpornej štruktúry pracovníkov z odboru ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie na ministerstve zdravotníctva;
2. do zdravotníckych orgánov na všetkých úrovniach by mali byť menovaní zodpovední pracovníci z radov predmetných profesií;
3. mali by sa zaviesť oficiálne konzultačné postupy, do ktorých by sa mali zapojiť združenia predmetných profesií.

Charta práv sestier a pôrodných asistentiek

V súvislosti s obrovským tlakom verejnosti, rozličných záujmových skupín, organizácií pacientov, ale aj niektorých politických zoskupení na zdravotníckych pracovníkov, sa čoraz viac diskutuje o ich právach. Sestry a pôrodné asistentky sú prítomné v každej etape ľudského života a že ich základným poslaním je podporovať zdravie, prevenciu pred chorobami, prinavracat' zdravie a uľavovať od bolesti. Sestry sú teda pri narodení, pomáhajú chorým i umierajúcim. V praxi sa však sestry nestretávajú len s vďakou, ale často aj s nátlakom na pracovisku, ohrozovaním zo strany pacientov ich príbuzných, a so zdravie ohrozujúcimi pracovnými podmienkami. Vo svojej profesijnej činnosti plnia značné množstvo povinností, pričom často opomínajú, že majú aj svoje práva zakotvené v príslušnej platnej legislatíve. 19.04.2008 bola kolektívom autorov vytvorená a schválená Snemom Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Charta práv sestier a pôrodných asistentiek. Charta zvyšuje celkovú úroveň v dimenziách praktického využitia aj ochranu práv sestier a pôrodných asistentiek v budúcnosti. Práva majú praktický význam najmä preto, že predpokladajú im zodpovedajúce povinnosti. Vzťah medzi určitým právom a príslušnou povinnosťou nemusí byť vždy rovnako silný. Preto cieľom predmetnej Charty je poskytnúť sestrám a pôrodným asistentkám v transparentnejšej forme informácie o ich právach, ktoré by mali prispieť k ich efektívnejšej ochrane a zároveň ich motivovať pri presadzovaní dynamiky vo výkone náročného a právne i eticky zodpovedného povolania.

Záver

Ošetrovateľská činnosť sestry, ktorou zabezpečuje naplnenie základných životných potrieb človeka v situácii jeho úplnej, alebo čiastočnej odkázanosti a zraniteľnosti danej narušeným zdravotným stavom, má sama o sebe nezanedbateľný etický rozmer. Etickým základom pre výkon profesionálneho ošetrovateľstva je chcieť, vedieť a môcť. Tieto požiadavky sa vzájomne podmieňujú a nemožno ich oddeliť. Požiadavka chcieť sa týka morálneho postoja k vlastnému povolaniu, kde sa výrazne prejaví mravná osobnosť sestry. Požiadavka vedieť je

závislá na školskej sústave v poskytovaní príslušného odborného vzdelania pre výkon profesie. Požiadavka môcť zahŕňa kompetencie sestry, kapacitu sestier, legislatívnu úpravu. Základom pre vypracovanie legislatívnych noriem boli vypracované etické kódexy a pravidlá. V roku 1953 Medzinárodná rada sestier schválila Medzinárodný etický kódex sestier, z ktorého vyplývajú pre sestry štyri základné povinnosti a to podporovať zdravie; predchádzať chorobám; obnovovať zdravie; zmiernovať utrpenie. Na základe Medzinárodného kódexu sestier bol vypracovaný Etický kódex pre sestry na Slovensku, ktorý je súčasťou Zákona č. 578/2004 Z.z., ktorý vyjadruje etické a morálne očakávania a profesionálne požiadavky a etické princípy ošetrovateľstva. Medzi základné etické princípy patria: prospešnosť, autonómia, spravodlivosť, neškodnosť, pravdovravnosť, vernosť a poctivosť. Etický kódex nadobúda svoj právny význam a účinnosť až pri praktickej realizácii deklarovaných etických požiadaviek a princípov v kontakte s chorým človekom, ktorý je odkázaný na profesionálnu a ľudskú pomoc. Kódex definuje prácu sestry ako službu životu, ktorá sa uskutočňuje v skutočnom medziľudskom vzťahu dôvery a vedomej zodpovednosti sestry. V súčasnom systéme zdravotnej starostlivosti sa na sestry kladú vysoké nároky. Sestry pri svojej práci sa často krát stretávajú s nepriaznivými pracovnými podmienkami, nedostatočným technickým personálnym a materiálnym zabezpečením. Práca sestry však nie je spoločenský a hmotne primerane ocenená, preto sestry strácajú motiváciu a odchádzajú z praxe v SR do iných sektorov, alebo do zahraničia.

Literatúra

- BALKOVÁ, M. 2011. Prvé výsledky hodnotenia sústavného vzdelávania. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2011, roč. X, č. 3-4, s. 10-11.
- BARTLOVÁ, S. – CHLUPOVÁ, I. 2009. Postavenie sestry v multidisciplinárnom tímu. In *Kontakt*. ISSN 1212- 4117, 2009, roč. 11, č. 1, s 252-256.
- BOTÍKOVÁ, A. et al. 2009. *Manuál pre mentorky v ošetrovateľstve*. 1. vyd. Trnava: Typi Universitatis Tynaviensis, 2009. 178 s. ISBN 978-80-8082-253-8.
- FARKAŠ, A. 2009. Legislatívne a spoločenské zmeny v ošetrovateľskej komunite. In *Ošetrovateľský obzor*. ISSN 1336-5606, 2009, roč. VI, č. 2, s. 64-67.
- FARKAŠOVÁ, D. et al. 2005. *Ošetrovateľstvo - teória*. Martin: Osveta, 2005. 215s. ISBN 80-8063-182-4.
- FARRUGIA, I., ZAMMIT, C. 2006. *Tuning Educational Structures in Europe*. University of Malta: Institute of Health Care, 2006. 6p.
- GULÁŠOVÁ, I. 2005. Integrácia sociálnych a spoločenských rolí sestry. In *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve*. Martin: Jesseniova lekárska fakulta UK, 2005. ISBN 80 88866-32-4, s. 58-67.
- HANZLÍKOVÁ, A. 2011. *Profesionálne ošetrovateľstvo a jeho regulácia*. Martin: Osveta, 2011. 155 s. ISBN 978-80-8063-360-8.
- HULKOVÁ, V. 2006. Zhodnotenie implementácie Mnichovskej deklarácie. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2006, roč. V, č. 1, s. 14-15.
- KONTOVÁ, E. 2006. Dosiahnuté vzdelanie sestier posunulo sesterskú profesiu na vyššiu úroveň. In *Zdravotnícke noviny*. ISSN 1335-4477, roč. XI, č. 21, s. 6. KONTOVÁ, E. 2010. Pokrokové roly sestier. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2010, roč. IX, č. 9-10, s.

14-15.

KURIPLACHOVÁ, G. – WICZMÁNDYOVÁ, D. 2012. *Efektivita vzdelávania sestier po roku 1989 vo východoslovenskom regióne*. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety. 2012. [Dizertačná práca].

KUTNOHORSKÁ, J. 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 1. vyd. 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

MAREKOVÁ, B. 2011. Sestry a celoživotné vzdelávanie. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2011, roč. X, č. 1-2, s. 14-15.

MASTILIAKOVÁ, D. – ARCHALOUSOVÁ, A. – ZELENÍKOVÁ, R. 2008. Další vzdělávání - cesta k prohlubování kompetencí sester. In *Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství III - Sborník příspěvků III. Slezské vědecké konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. ISBN 978-80-7248-470-6, s. 59-67.

NARIADENIE VLÁDY SR č. 322/2006 Z. z. o spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností.

NARIADENIE VLÁDY SR č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon Zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, ústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností. NÁRODNÝ PLÁN ROZVOJA OŠETROVATEĽSTVA. 1997. Vestník MZ SR 1997, čiastka 7-8.

PYNE, R.H. 1981. *Professional Discipline in Nursing. Theory and Practice*. Oxford, 1981.

SEKÁČOVÁ, M. 2011. Odborná spôsobilosť sestry a pôrodnej asistentky. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, roč. X, č. 3-4, s. 48-49.

SÚBOR DOKUMENTOV WHO 1. 2003. *Ďalší postup po prijatí Mnichovskej deklarácie*. Bratislava: SKSaPA, 2003. 202 s. ISBN 80-967818-5-5.

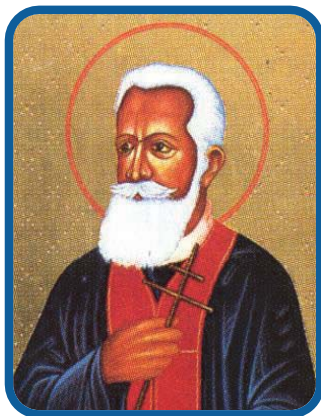
ŠVEJDA, G. 2006. *Vybrané kapitoly z tvorby e-learningových kurzov*. Nitra: Pedagogická fakulta Univerzity Konštantína Filozofa, 2006. 138s. ISBN 80-8050-989-1.

TKÁČOVÁ, E. 2011. Profesionálne ambície sestier v povolani. In *Zborník prednášok z V. celoslovenskej konferencie sestier pracujúcich v chirurgických odboroch s medzinárodnou účasťou*. Michalovce: RKSaPA, 2011. ISBN 978-80-89542-02, s. 13-15.

TUNING GENERAL BROCHURE. 2006. [online]. [cit. 2011. 12. 12.]. Dostupné na internete: <http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/documents/General_Brochure_final_version.pdf>.

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.

ŽIAKOVÁ, K. – BÓRIKOVÁ, I. – TOMAGOVÁ, M. 2011. Kompetencie sestier. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2011, roč. X, č. 5-6, s. 16-17.



ABSTRAKTY



DÔLEŽITOSŤ SOCIÁLNEHO PORADENSTVA A EDUKÁCIE PRE KOMUNITU DIABETIKOV

Barkasi Daniela

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Detašované pracovisko Michalovce
- Bl. M. D. Trčka

Abstrakt

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

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

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

Kľúčové slová: Diabetes mellitus. Edukácia. Sociálne poradenstvo. Kvalita života. Komunita.

THE IMPORTANCE OF SOCIAL COUNSELING AND EDUCATION FOR THE COMMUNITY OF DIABETICS

Abstract

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

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

Conclusion: Diabetes mellitus is a disease which deeply effects the quality of life of the client. Education and social counselling should be included in lifestyle of every diabetic, as it could minimize the possible complications that may occur with this disease it could increase the quality of living. The most important thing is to teach the person how to live with this disease and help the person to change the behaviour to succeed so that the word *must* changes to *want*.

Key words: Diabetes mellitus. Education. Social counselling. Quality on life. Community.

Použitá literatúra

BUKOVSKÁ, A. – GALAJDA, P. – MOKÁŇ, M. 2014. *Edukácia a sociálne poradenstvo v diabetológii*. Turany : Vydavateľ P+M, 2014. 122 s. ISBN 978-80-89694-04-4.

KRALL, L., P. – BEASER, R., S. 1989. *Joslin Diabetes Manual*. 12th edition. Philadelphia : Lea and Febiger, 1989. 406 p. ISBN 0-8121-1120-6.

KVAPIL, M. 2012. *Nová diabetologie*. Praha : Medical Tribune CZ, 2012

MAGUROVÁ, D. – MAJERNÍKOVÁ, L. 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin : Osveta, 2009. 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.

RYBKÁ, J. et al. 2006. *Diabetologie pro sestry*. Praha : Grada Publishing, 2006. 283 s. ISBN 80-247-1612-7.

Kontaktná adresa

RNDr. Daniela Barkasi, PhD., email: daniela.barkasi@gmail.com

PREPOJENIE SOCIÁLNYCH A ZDRAVOTNÝCH SLUŽBIEB V STAROSTLIVOSTI O PACIENTA / KLIENTA

¹Dziacka Alena, ¹Botíková Andrea

¹Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,
Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Úvod: Hranice medzi profesionálnym ošetrovateľstvom a sociálnymi službami sa čoraz viac zužujú. Medzi zariadenia, v ktorých sa okrem sociálnych služieb poskytuje aj zdravotná starostlivosť, patria zariadenia pre seniorov, zariadenie opatrovateľskej služby, domov sociálnych služieb a špeciálne zariadenia. Zmenený demografický profil spoločnosti vytvára nové podmienky v rozvoji sociálnej a zdravotnej starostlivosti.

Jadro práce: Cieľom príspevku bolo poukázať na prínos ošetrovateľskej starostlivosti v systéme sociálnych zariadení. Prognóza vekovej štruktúry obyvateľov Slovenska prepočítaná pre rok 2030 je charakteristická výrazným prírastkom početnosti v kategórii 65 a viacročných. Predlžovanie priemerného veku populácie si vyžaduje v sociálnych zariadeniach intenzívnejšiu starostlivosť o pacienta/klienta. Komplexná starostlivosť je zameraná na: efektívnu, individuálnu a dostupnú starostlivosť, nadobudnutie optimálnej kvality života pacienta / klienta a vytvorenie podmienok na aktívne a zdravé starnutie. Princíp komplexnosti starostlivosti rešpektuje individualitu pacienta / klienta a koordináciu činnosti všetkých členov multidisciplinárneho tímu. Na Slovensku prevláda dlhodobá starostlivosť o chronicky chorých a seniorov. Vzhľadom na charakter dlhodobej starostlivosti by sa sociálne zariadenia mali zameriavať na zdravotno – sociálne služby.

Záver: Podmienkou kvalitnej komplexnej starostlivosti o pacientov / klientov v sociálnych zariadeniach je trvalá prítomnosť sestry ako členky multidisciplinárneho tímu. Symbióza medzi lekárom, sestrou a sociálnym pracovníkom je rozhodujúca pre zefektívnenie sociálno - zdravotných služieb.

Kľúčové slová: Ošetrovateľstvo. Sociálne služby. Komplexná starostlivosť.

Multidisciplinárny tím. Senior.

INTERPLAY BETWEEN SOCIAL AND HEALTH CARE IN CARING FOR PATIENT/CLIENT

Abstract

Introduction: The line between nursing and social care becomes thinner. Institutions, which provide both social care and nursing care, are houses for the elderly, nursing homes, social care homes, and special institutions. There are new challenges in development of social and nursing care due to the changed demographic profile.

Core: The goal of this article was to demonstrate contribution of nursing care in the system of social care homes. Slovak population of 65-year-olds and older will increase significantly by 2030. Increasing life expectancy requires more intense care for clients of social care homes. Complex care focuses on effective, personalized, and economical care. Its goal is to secure optimal quality of life for the client and healthy aging. Complex care respects autonomy of a client and insures cooperation of multidisciplinary team. Long-term care for chronically ill and elderly predominates in Slovakia. Thus, social care homes should focus on health and social services.

Conclusion: Permanent presence of a nurse, as a member of multidisciplinary team, in social care homes is a precondition of high-quality complex care for clients. Cooperation between physician, nurse, and social worker is a key for making social and health care more efficient.

Key words: Nursing care. Social care. Complex care. Multidisciplinary team. Senior.

Použitá literatúra

JAROŠOVÁ, D. (2007) *Úvod do komunitníhošetřovatelství*. 1.vyd. Praha: GradaPublishing a. s., 2007, 100 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2150 – 7.

KATUŠA, M. a kol. (2014) *Vývoj obyvateľstva v Slovenskej republike a krajoch v roku 2013*. Štatistický úrad Slovenskej republiky, Okruh: Demografia a sociálna štatistika. 2014, 129 s. ISBN 978 – 80 – 8121 – 0.

RENPENNING, K. a TAYLOR, S. (2003) *SelfCareTheory in Nursing: SelectedPaperofDorotheaOrem*. New York: SpringerPublishingCompany, 2003, 401 s. ISBN 9780826117267.

RICE, R. (2006) *HomeCareNursingPractice*, 4. vyd. St. Louis: MosbyElsevier, 2006, 608 s. 4. vyd. ISBN 9780323030724.

ZÁKON 448/2008 Z.z. z 30. októbra 2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov. Dostupné na internete: <<http://zakony.judikaty.info/predpis/zakon-448/2008>>.

Kontaktná adresa

PhDr. Alena Dziacka, PhD.
TU, FZaSP, Katedra ošetrovateľstva
Univerzitné námestie I
918 43 Trnava
email: alena.dziacka@truni.sk

POSLANIE SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA AKO LÍDRA V KOMUNITNEJ PRÁCI

Kmecová Jaroslava

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava- Detašované pracovisko
Michalovce, Ústav Bl. Metoda Trčku

Úvod: V komunitnej práci najdôležitejšiu úlohu zohráva sociálny pracovník, od ktorého sa veľa vyžaduje. Jeho úlohou je predovšetkým zvládnuť celý proces komunitnej práce, ktorý má štyri fázy: zisťovanie a analýza potrieb, plánovanie, realizovanie, kontrolovanie a vyhodnocovanie. Úspech zvládnutia jeho úloh vyplýva nielen z jeho vzdelanostných a odborných predpokladov, ale predovšetkým z jeho osobnostných predpokladov zameraných na úsilie o veľké veci a jeho osobnou ambíciou slúžiť.

Jadro práce: Sociálny pracovník nemôže vykonávať svoju prácu bez toho, aby poznal dôležitosť svojho poslania, ktoré denno-denne realizuje prostredníctvom služby iným. Poslanie sociálneho pracovníka smeruje prostredníctvom osobného príkladu k vedeniu ľudí. Toto vedenie si vyžaduje osobnú zaangażovanosť sociálneho pracovníka v týchto činnostiach: presvedčanie, usmerňovanie, stimulovanie ku kvalitnej práci, dosahovaniu cieľov, prinášaniu rozvoja. Tento takzvaný sociálno-liderský rozmer riadenia môže veľmi efektívne pomôcť komunitám nájsť nový a efektívny spôsob riešenia sociálnych problémov v oblasti komunitného plánovania. Sociálny pracovník ako líder je skrytým motorom efektívneho riešenia sociálnych problémov, ktoré výrazným spôsobom môžu ovplyvniť komunitnú prácu. Jeho najdôležitejšou úlohou je znovu obnoviť a prebudiť v ľuďoch pracovné nadšenie, ktoré im pomôže v socializácii a v rozvoji.

Záver: Komunitná práca si vyžaduje hľadanie stále nových prístupov, ktorých hlavnými iniciátormi sú sociálni pracovníci. Od sociálneho pracovníka sa vyžaduje nielen dosiahnuť potrebné vzdelanie, ale mať aj prax vo svojej oblasti a neustále sa vzdelávať. Vzdelávanie nie je dostatočné iba v zvyšovaní kvalifikácie a študovaní legislatívy. Sociálny pracovník musí predovšetkým pracovať na sebe, svojej osobe, svojej povahe a zvládaniu záťažových situácií po emocionálnej stránke. Jeho správanie pozorujú klienti sociálnej práce a vo veľkej miere ho aj kopírujú. Z toho dôvodu jeho poslanie ako lídra by sa malo stať prioritou pre neho samého.

KLúčové slová: Poslanie. Sociálny pracovník. Líder. Komunitná práca. Rozvoj.

MISSION OF THE SOCIAL WORKER AS A LEADER IN THE COMMUNITY WORK

Introduction: In community work the most important is the role of the social worker. There are many requirements expected from him. His role is primarily to manage the whole process of community work, which has four phases: clarification and analysis of needs, planning, implementation, controlling and evaluation. The success of mastering his tasks stems not only from his educational and professional prerequisites, but primarily from his personal preconditions aimed to strive for great things and his personal ambition to serve.

Core task: A social worker cannot perform his work without having to know the importance of his mission, which daily is realized through service to others. The mission of the social worker is directed by personal example to lead the people. This leadership requires the personal engagement of the social worker in the following activities: persuading, guiding, stimulating to good quality work, achievement of objectives, bringing development. This so-called socio-leader dimension of management can be very effective to help communities find a new and effective way of addressing social problems in the area of community planning. Social worker as a leader is a hidden engine of effective solutions to social problems, which significantly can affect community work. His most important task is to re-restore and awaken people work enthusiasm, which will help them in socializing and in development.

Conclusion: Community work requires the search for new approaches, which the main initiators are social workers. From social worker is required not only to obtain the necessary education, but also have experience in his field and constantly continue and improve his education. Education is not sufficient only to increase the qualifications and study of legislation. A social worker must, above all, to work on himself, his personality, his attitude and to manage stressful situations emotionally. His behaviour is observed by clients of social work and also to large extent being copied. Therefore his mission as a leader should become a priority for himself.

Key words: Mission. Social worker. Leader. Community work. Development.

Použitá literatúra

- KMECOVÁ, J. a kol. 2014. Teória a výskum dobrovoľníckej činnosti v súčasnej praxi. Instytut Wydawniczy Humanum: Warszawa, 2014. 366 s. ISBN 978-83-932603-8-6
- KOŠTURIÁK, J. 2014. Povolanie od zamestnania k povolaniu. Bratislava: Karmelitánske nakladateľstvo v Bratislave, 2014. 197 s. ISBN 978-80-8135-054-2
- BLANCHARD, K. – JOHNSON, S. 2013. Minútový manažér. Bratislava: Citadella, 2013. 126 s. ISBN 978-80-89628-05-6.

Kontaktná adresa

Jaroslava Kmecová, Ing., PhD., MBA, LL.M
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety
Nám. 1. mája 1, Bratislava
email: jaroslava.kmecova@dare.sk

ŠPECIFIKÁ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI V RÓMSKEJ KOMUNITE

Kuševoá Silvia

Nemocnica A. Leňa Humenné, a.s., Novorodenecké oddelenie JIS

Abstrakt

Úvod: Kultúrne ohľaduplná ošetrovateľská starostlivosť rešpektuje názory, tradície, kultúrne špecifiká jednotlivca, rodiny a komunity, výsledkom čoho je kultúrne senzitivna starostlivosť. Kultúrne rôznorodá ošetrovateľská starostlivosť je cieľavedome zameraná na jednotlivcov, rodinu, komunitu s odlišnými kultúrnymi špecifikami. Jednou z takýchto komunít je aj rómska komunita, ktorá má tiež svoje špecifiká, a preto potrebuje aj špecifickú ošetrovateľskú starostlivosť.

Jadro práce: Prezentácia je zameraná na špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti v rómskej komunite. V úvode je priblížená história rómskej komunity, ich život a problémy so začlenením sa do spoločnosti. Poukazuje na rozdiely vo vnímaní hodnôt v rómskej a nerómskej populácii, ako aj rozdiely a špecifiká v problematike zdravotnej starostlivosti. Približuje špecifiká zdravotného stavu v rómskych komunitách. Rozoberá možnosti riešenia zlého zdravotného stavu Rómov s cieľom nájsť účinné opatrenia zamerané na pomoc rómskej populácie.

Záver: Význam celej prezentácie spočíva v zaznamenaní súvislého a uceleného obrazu o rómskej komunite a získaní základných informácií špecifickej ošetrovateľskej starostlivosti v rómskej komunite, ktoré nám pomôžu skvalitniť ošetrovateľskú starostlivosť o Rómov v našom regióne.

KLúčové slová: Róm. Rómska komunita. Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti.
Multidisciplinárna starostlivosť. Diskriminácia.

SPECIFICS OF NURSING CARE IN THE ROMA COMMUNITY

Abstract

Introduction: Cultural considerate nursing care respects the opinions, traditions and cultural specifics of individual, family and community, resulting in a culturally sensitive care. Culturally diverse nursing care is purposefully focused on individuals, family and community with different cultural specific. One of such communities is Roma community, which also has its own specifics and therefore needs specific nursing care.

Core: Presentation focuses on the specifics of nursing care in the Roma community. In the introduction there is approaching the history of the Roma community, their life and problems with integration into society. It points to the differences in the perception of values in the Roma and non-Roma population as well and differences and specifics in health-care issues. It approaches the specifics of health condition in Roma communities. Discusses possible solutions of poor health condition of the Roma in order to find effective actions to help Roma population.

Conclusion: The importance of the whole presentation is based on recording of continuous and comprehensive view of the Roma community and obtaining basic specific nursing care information in Roma community, which will help us to improve the quality of nursing care of Roma in our region.

Key words: Romany. Romani comunity. Specifics of nursing care. Multidisciplinary care. Discrimination.

Použitá literatúra

HANCOCK, I. 2005. My Rómsky národ. Bratislava : Petrus, 2005. 258 s. ISBN 80-88939-97-6.

HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2004. Komunitné ošetrovateľstvo. Martin : Osveta, 2004. 280 s. ISBN 80-8063-155-7.

HORVÁTHOVÁ, E. 1964. Cigáni na Slovensku. Bratislava : Vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied, 1964. 396 s. ISBN 71-066-64.

LIÉGEOIS, J.P. 1997. Rómovia, cigáni, kočovníci. Bratislava : Charis s.r.o., 1997. 272 s. ISBN 80-967674-2-9.

MANN, A. B. 2000. Rómsky dejepis. Bratislava : Kalligram, 2000. 55 s. ISBN 80-7149-316-3.

Kontaktná adresa

Bc. Silvia Kuševová

email: silvika.kusevova@gmail.com

STAROSTLIVOSŤ O ZAMESTNANCOV V ORGANIZÁCIÍ PROSTREDNÍCTVOM SOCIÁLNEJ POLITIKY

Matys Miroslav

Vysoká škola manažmentu vo Varšave

Abstrakt

Úvod: Cieľom môjho príspevku je poukázať na problematiku komunitnej starostlivosti zamestnávateľa o svojich zamestnancov ako o jednotnú komunitu v spoločnosti. Postupným rozvíjaním komunitnej starostlivosti z pozície organizácie dochádza k ovplyvňovaniu životných podmienok, kultúrnej, hygienickej a vzdelanostnej úrovne pracovníkov.

Jadro práce: Jadro práce tvoria teoretické východiská, ktoré sú doplnené o skutočné poznatky z praxe v konkrétnej spoločnosti. V dnešnej trhovej ekonomike si každá organizácia uvedomuje, že ľudia sú základom jej úspešného fungovania. Nielen získavanie nových zamestnancov, ale aj následná starostlivosť o týchto ľudí je aktuálnou otázkou efektívneho existovania komunity v podniku. Komunitnou starostlivosťou v podniku rozumieme zlepšenie životnej úrovne zamestnancov formou dobrovoľnej starostlivosti o jednotlivca. Vzťahy medzi zamestnancami na pracovisku vedú k vytváraniu spoločných cieľov. Cieľom starostlivosti o zamestnancov je riadený proces vytvárania priaznivých pracovných podmienok. Tieto podmienky sú vytvárané pomocou sociálnej politiky podniku s následným zapracovaním do kolektívnych zmlúv. Výsledky podnikovej aktivity v sociálnej politike sa prejavujú hlavne v tom, ako sú ľudia spokojní so svojou prácou, ako hodnotia možnosť seberealizácie, ako vidia budúcnosť seba a svojej rodiny. Predstaviteľom týchto požiadaviek sú odbory alebo zástupcovia zamestnancov v konkrétnej organizácii. Všetky tieto požiadavky v sebe zahŕňa kolektívna zmluva, ktorá popisuje celý rad faktorov ako napríklad optimalizáciu pracovných podmienok a pracovného prostredia, dopravu do zamestnania a späť, odmeňovanie, stravovanie, platové podmienky a pod.

Záver: Komunitná starostlivosť o zamestnancov je v dnešnej dobe stále otvorenou otázkou. Proces starostlivosti o zamestnancov tvoriacich komunitu je zameraný na dlhodobú aktívnu prácu. Neodmysliteľnou súčasťou tejto práce je osobná komunikácia zamestnávateľa so zástupcami zamestnancov a zamestnancami. Pracovný kolektív je najvýznamnejší faktor, ktorý motivuje zamestnancov. Dokonca je to viac motivujúci faktor ako samotná mzda. Správne zvolenou sociálnou politikou podniku dochádza k vytváraniu spokojnosti zamestnancov, ktorých potreby sú zahrnuté nielen v kolektívnych zmluvách, ale aj vo výhodách a benefitoch. Výsledkom skúmanej problematiky je poukázať na dôležitosť starostlivosti o zamestnancov v organizácii tvoriacich komunitu nielen vo firme, ale aj v regióne, kde žijú.

Kľúčové slová: Komunita. Starostlivosť. Človek. Motivácia. Spokojnosť. Dobrovoľnosť.

TAKING CARE OF EMPLOYEES THROUGH THE SOCIAL POLICY IN ORGANIZATION

Abstract

Introduction: The aim of this paper is to highlight the issue of community care in organizations between employer and employees as a uniform community in the society. The gradual development of community care of the position of organisation can still affect the living conditions, cultural, sanitary and educational level of workers.

Core work: The main part consists of theoretical bases, which are filled up by real knowledge from practice in particular company. In today's market economy of each organization recognizes that people are the essential of its successful operation. Not only recruiting new employees but also aftercare of these people is the current issue of effective community existing in the company. Community care in the company means the improvement of living standards of employees through the voluntary care of the individual. Workplace relationships lead to creating common goals. Taking care of employees is managed process of creating favourable working conditions. These conditions are created by social policy of the company and included in collective agreements. The results of business activities within social policy are mainly reflected in job satisfaction, in possibility of self-realization and how the workers see the future of themselves and their families. Representatives of these demands are labour unions or employee representatives in the specific organization. All these requirements are involved in collective agreement, which describes a range of factors such as the optimization of working conditions and working environment, transportation, benefits, meals, salaries and so on.

Conclusion: The community care of employees remains an open question. The process of care for employees who create the community is aimed at long-term active work. An essential part of this work is personal communication among employer and representatives of employees and also with employees. The working team is the most important factor that motivates employees. It is even more motivating than the salary. The social policy of the organization which is correctly chosen leads to the employees' satisfaction. Their needs are not included only in collective agreements, but also in the advantages and benefits. The result of research is to highlight the importance of employees care in the specific organization and also in the region where they live.

Key words: Community. Care. Human. Motivation. Satisfaction. Voluntariness.

Použitá literatúra

ARMSTRONG, M. 1999. Personální management. Praha: Grada Publishing, 1999. 968 s. ISBN 80-7169-614-5

BĚLOHLÁVEK, F. 2008. Jak vést a motivovat lidi. 5. vyd. Brno: Computer Press, 2008. 120 s. ISBN 978-80-251-2235-8.

STANEK, V. a kol. 2011. Sociálna politika: Teória a prax. 2. vyd. Bratislava: Sprint dva, 2011. 342 s. ISBN 978-80-89393-28-2

BLAHOVÁ, K. 2015. Vybrané aspekty starostlivosti o zamestnávateľa o zamestnancov. Košice: EQUILIBRIA 2015. 194 s. ISBN 978-80-8143-159-3

KMECOVÁ, J. a kol. 2014. Teória a výskum dobrovoľníckej činnosti v súčasnej praxi. Wrszawa: InstytutWydawniczyHumanum. 2014. 366 s. ISBN 978-83-932603-8-6
ULRICH, D. 2009. Mistrovskéřizenilidských zdrojů. Praha: GradaPublishing, 2009. 272 s. ISBN 978-80-247-3058-5.

Kontaktné údaje

Ing. Miroslav Matys
Dukelská 19, 085 01 Bardejov
email: matys.miro@gmail.com

KOMUNITNÁ STAROSTLIVOSŤ O ZAMESTNANCOV V OBLASTI VZDELÁVANIA S OHĽADOM NA TÍMOVÚ PRÁCU

Matys Slavomír

Vysoká škola manažmentu vo Varšave

Abstrakt

Úvod: Výrobné podniky sú z geografického hľadiska miesto - pracovisko, kde sa pravidelne stretáva určitý počet ľudí. Pracovný proces je jeden z dôležitých faktorov, ktorý ovplyvňuje správanie človeka počas jeho života. Cieľom príspevku je poukázať na možnosti mimopracovných aktivít vo forme vzdelávania ako jedného zo strategických cieľov v rámci starostlivosti o zamestnancov na sociálnej a odbornej úrovni.

Jadro práce: V práci je sústredená pozornosť vymedzeniu pojmov. Na základe teoretických poznatkov a praktických skúseností o súvislostiach medzi podstatou výrobného podniku, úlohou zamestnancov ako členov komunity, zástupcami zamestnancov a zamestnávateľom. Zamestnávateľ, ktorému má záležať na vytváraní takéhoto prostredia a má byť pre neho prvoradá starostlivosť o sociálne potreby zamestnancov. Vzdelávanie by sa malo venovať predovšetkým týmto oblastiam: tovaroznalectvo a obsluha zariadení, sociálne zručnosti, tímová práca, anglický jazyk. Zamestnanci sú súčasťou komunity, ktorá má stanovené pravidlá, ciele a postupy dosahovania týchto cieľov. Zamestnanci sú na druhej strane slobodní ľudia, ktorí majú svoje ciele. Dôležité je tieto ciele navzájom prepájať a takýmto spôsobom motivovať každého člena komunity k spoluúčasti na realizovaní stanovených cieľov. Vzdelávanie je jeden z motivačných faktorov, kde jedinec nadobúda vedomosti pre rozvoj vlastnej osobnosti, vedomosti pre skvalitnenie svojej práce na pracovisku. Zároveň kurzy môžu významným spôsobom poskytnúť priestor pre skvalitnenie vzťahov v komunite. Tieto faktory ovplyvňujú celkový pracovný proces a pomáhajú naplňať nielen osobné ciele zamestnancov, ale aj spoločný cieľ stanovený zamestnávateľom.

Záver: Z odbornej stránky je dôležité prispôsobiť kurzy pracovným pozíciám zamestnancov tak, aby v nich cielene vyvolali záujem o samoštúdium v príslušnom obore. Zo sociálnej oblasti by malo byť ponúknuté také vzdelávanie, ktoré podporí pozitívnym spôsobom vzťahy v komunite. Zo strategického hľadiska je spokojnosť zamestnancov dôležitá, pretože má to nielen výborný vplyv na ich výkon, ale predovšetkým aj na rozvoj regiónu, kde je podnik etablovaný. Práve zamestnávateľovi by malo záležať aj na rozvoji zamestnancov a mimopracovnej činnosti prospešnej pre zamestnávateľa a región.

KLúčové slová: Komunitná starostlivosť. Tímová práca. Zamestnanci. Ciele. Vzdelávanie.

COMMUNITY CARE OF WORKERS IN THE FIELD OF EDUCATION WITH RESPECT TO TEAMWORK

Abstract

Introduction: Manufacturing companies are from geographical point of view place - workplace where periodically meets certain number of people. The working process is one of the important factors influencing human behavior throughout his life. The aim of this article is to point out the possibility of non-work activities in the form of education as one of the strategic objectives under the care of the employee's social and professional level.

Core work: The article focuses attention to circumscribe definitions. Based on theoretical knowledge and practical experience of the link between the entity of the manufacturing enterprise, the role of employees as community members, representatives of workers and employer. The employer who is responsible to creating such an environment should put paramount importance to the care of the social needs of employees. Education should be devoted primarily to the following areas: Commodity and facilities service, Social skills, Teamwork, English language. The employees are part of a community that has established rules, targets and procedures for achieving these targets. Employees, on the other hand, are single people who have their own targets. Important is to join these goals all together and in this way to motivate each member of the community for participation in realizing the specified targets. Education is one of the motivational factors, where each person acquires individual knowledge for self-development, learning to improve their work in the workplace. At the same time courses can provide significant scope for improving community relations. These factors affect the overall workflow and help meet personal goals not only among the employees, but also a common target set by the employer.

Conclusion: Technically, it is important to adapt the courses to work positions in order to have deliberately provoked the interest of self-study in the relevant field. From the social area it should also be offered training to promote a positive way in community relations. In strategic terms, the employee satisfaction is important because it not only has a great impact on their performance, but also and above all the development of the region where the company is established. It is employer who should persist on the development of employees and non-working activities which brings benefits both the employer and the region.

Key words: Community care. Teamwork. Employees. Targets. Education.

Použitá literatúra

HARTL, P. 1997. Komunita občanská a komunita terapeutická. Praha: Slon. 1997. 221 s. ISBN:80-85850-45-1

KMECOVÁ, J. a kol. 2014. Teória a výskum dobrovoľníckej činnosti v súčasnej praxi. Wrszawa: Instytut Wydawniczy Humanum. 2014. 366 s. ISBN 978-83-932603-8-6

KOUBEK, J. 2011. Personální práce v malých a středních firmách. 4. vyd. Praha: GRADA PUBLISHING, a.s., 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-3823-9

PETRUSEK, M.1996. Teórie sociálnich sítí. In: Velký sociologický slovník. Praha: Karolinum. 1996. ISBN 80-7184-311-3
ŽILOVÁ, A. 2003. Komunitná práca s komunitou s vysokou mierou nezamestnanosti. B. Bystrica: 2003. 114 s. ISBN: 80-8055-721-7.

Kontaktné údaje

Ing. Slavomír Matys

Dukelská 19

08501 Bardejov

email: slavomirmatys@gmail.com

SPIRITUALITY AS A PREDICTOR OF WELL-BEING OF THE INDIVIDUAL

Panas Teresa

Wyższa Szkoła Menedżerska w Warszawie

Abstract

Introduction: The twentieth century and twenty-first enrolled at intensifying research on the understanding of spirituality in psychology. The term itself is a well-known philosophy, theology, but his presence in psychology arouses on the one hand a lot of controversy, on the other contributed to the research in the field of clinical psychology, health psychology and the psychology of religion.

Core work: History of clinical psychology, psychosomatics, health psychology can be either very long or very short. In search of "long duration" should refer to philosophy, theology and medicine. "Short duration" dates instead of the twentieth century (Alexander, French, psychoanalysis and other psychological directions).

The relationship between psyche and soma can produce four types of positions:

- position based on disjunction, or dualism,
- position based on the relationship koniuncji assuming psychophysical unity with particular emphasis on the soma. Here it is possible to study the impact of somatic complaints personality,
- position based on the relationship conjunction assuming psychophysical unity with emphasis on the psyche,
- position based on the relationship of conjunction is not receiving the recognition or psychosomatic or somatopsychicznego shots, while treating the psyche and soma as inseparable.

In this position you can not be thinking causal enter because the soul (psyche) is a function of the body, which reveals them and get to know the soul (psyche) can be only by the body and its behavior and cognitive processes, emotional, motivational and volitional because they are available to us.

Conclusion: The phenomenon of spirituality in the psychological sense to better understand the functioning of the real Me, and I in a social context. Conducted psychological studies relate to a significant degree of psychological well-being, mental health, and what this entails is the meaning of life, philosophy of life, thinking, emotions, hierarchy of values, relationships (eg. Jarosz, 2010, Heszen- Niejodek, 2003, Prusak, 2006). The essence of spirituality is so in the psychological meaning of a person's ability to go beyond the currently experienced the "I" (Heszen-Niejodek, 2003). This crossing is manifested through self-realization, personal development, as well as in the outside world or another man. Trancedencji direction depends on the value system of each person treated as the most important values.

Key words: Spirituality. Psychology health. Psychosomatics.

Literature

- Jarosz M, Pojęcie duchowości w psychologii. *Studia z Psychologii w KUL*, tom 16 red. O. Gorbaniuk, B. Kostrubiec-Wojtachnio, D. Musiał, M. Wiechetek, Lublin, Wyd. KUL 2010, s. 9-22
- Heszen-Niejodek, I. (2003). Wymiar duchowy człowieka a zdrowie. W: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*, s. 33-47. Łódź: Wyd. UŁ.
- Prusak, J. (2006). Religia i duchowość w psychoterapii. W: S. Głaz (red.), *Podstawowe zagadnienia psychologii religii* (s. 423-447). Kraków: WAM.

SPIRITUALITA AKO PODSTATNÝ PRVOK PRE VZNIK A ROZVOJ KOMUNITY V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Vansač Peter

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Detašované pracovisko bl. Metóda
Dominika Trčku

Abstrakt

Úvod: Spirituálna oblasť je dôležitá u každého prijímateľa sociálnych služieb. Klienti môžu mať rôznu duchovnú vybavenosť, ktorá ovplyvňuje život samotného klienta, ale aj komunity do ktorej patrí. Úloha sociálneho pracovníka je nesporná v komunitnom živote klientov.

Jadro práce: Spiritualita je veľmi široký pojem a podľa kardinála Špidlíka je to každý ušľachtilý humanizmus. V kresťanstve spirituálny človek je ten, v ktorom prebýva Duch Svätý. Pôsobenie Ducha Svätého kardinál Špidlík prirovnáva k vode, ktorá má rovnakú podobu, ale predsa rozmanité účinky. Prejavom duchovného života je čistá viera, dobrý život, cnosti a neporušené mravy. Komunita prijímateľov sociálnych služieb podľa zákona č. 448/2008 Z.z. § 4 ods. (3) je skupina osôb, ktorá žije v určitom zoskupení, ktorú spájajú spoločné záujmy, hodnoty a ciele. Prijímateľ sociálnej služby s duchovnou vybavenosťou v komunite môže ovplyvniť život v komunite a to tým, že určuje vzťah klienta k druhým klientom aj k prírode. Preto saturácia duchovných potrieb v zariadeniach sociálnych služieb má hlboký zmysel. Slávenie Eucharistie, vysluhovanie sviatosti zmierenia, sviatosť pomazania chorých a iné duchovné úkony prispievajú k súdržnosti, solidarite komunity. Sociálny pracovník sa má snažiť utvárať a rozvíjať komunitný život klientov a to komunikáciou, podporovaním klientov v rámci komunity, rozvíjaním komunitnej sociálnej práce v rámci pracovného tímu.

Záver: Disponovanosť pre konanie dobra vychádza z prirodzených hodnôt človeka a robiť dobro umocňuje duchovný život. Skutky telesného a duchovného milosrdenstva potrebuje každý klient tak prijímať, ako aj uskutočňovať.

Kľúčové slová: Prijímateľ sociálnej služby. Komunita. Sociálny pracovník. Spiritualita.

SPIRITUALITY AS IMPORTANT COMPONENT FOR FORMATION AND IMPROVEMENT OF COMMUNITY IN FACILITIES OF SOCIAL SERVICES

Abstract

Introduction: Spiritual sphere is important to every recipient of social services. Clients can have different spiritual equipment, which affects life of single client but also community where they belong to. Duty of social worker is absolute in the life of community clients.

The core of work: Spirituality is very huge concept and according to cardinal Špidlík it is each noble humanism. In the Christianity spiritual person is that one, in who the Holy Spirit lives in. Impact of the Holy Spirit cardinal Špidlík compares to water, which has the same form but miscellaneous effects. Expression of spiritual life is pure faith, good life, virtue and virgin morals. Community of recipients of social services according to law no. 448/2008 Z.z. § 4 article (3) is group of people, which lives in particular aggregation, which is connected by common hobbies, values and goals. The recipient of social service with spiritual facilities in community could impact life of community by defining relationship between client to other clients but also to nature. Because of that saturation of spiritual needs in facilities of social services has deep reason. Celebrating of Eucharist, sacrament of reconciliation, last Sacrament and other spiritual acts contribute to unity and solidarity of community. Social worker has to try to create and improve life of community's clients by communication, encouraging clients within community, improving community social work within work team.

Closure: Be ready for acting good rises from natural attributes of person and doing good strengthens spiritual life. Acts of physical and spiritual mercy needs every client as accept as accomplish.

Key words: Recipient of social service. Community. Social worker. Spirituality.

Použitá literatúra

ŠPIDLÍK, T.: *Pramene svetla*, Spolok sv. Vojtecha Trnava 2000, Vydavateľstvo otcov baziliánov Blahovistník, Prešov 2000, s. 558, ISBN 807162-323-7.

ŠPIDLÍK, T.: *Spiritualita křesťanského východu*, Řím, Křesťanská akademie Velehrad 1983, 437 s.

STRÍŽENEC, M. 2007. *Novšie psychologické pohľady na religiozitu*, Ústav experimentálnej psychológie SAV, Bratislava 2007, 166 s. ISBN 978-80-88910-24.

TOKÁROVÁ, A. a kol.: *Sociálna práca*. Prešov : Akcent print, 2007. 573 s. ISBN 978-80-969419-8-8.

Kontaktná adresa

doc. ThDr. Peter Vansač, PhD

Partizánska 23, 071 01 Michalovce,

email: vansac.p@gmail.com, pvansac@sinet.sk